



**DEN DIALOGISKE VENDING
I PERSONCENTRERET
SUNDHEDSKOMMUNIKATION**

MICHAEL SCHEFFMANN-PETERSEN

FORORD	4
INDLEDNING	5
AFHANDLINGENS UDFORDRINGER	8
DE PRIMÆRE FORSKNINGSSPØRGSMÅL	11
DET BIDRAGER AFHANDLINGEN MED	14
AFHANDLINGENS KAPITLER	16
KAPITEL 1	20
DEN DIALOGISKE VENDING SOM EN SAMFUNDSMÆSSIG OG PRAKSISRELATERET TENDENS	20
DE PERSONCENTREREDE TILGANGE SOM FÆNOMEN	21
DYRKELSEN AF DIALOG I DE PERSONCENTREREDE TILGANGE	24
KRITIK AF DE PERSONCENTREREDE TILGANGE	28
DEN DIALOGISKE VENDING SOM EN SAMFUNDSMÆSSIG TENDENS	30
DE PERSONCENTREREDE TILGANGES INDTOG PÅ PSYKIATRIOMRÅDET	38
ÅBEN DIALOG SOM TILGANG	42
ANVENDELSEN AF ÅBEN DIALOG TILGANGEN I ODSHERRED KOMMUNE	45
KAPITEL 2	48
DEN DIALOGISKE VENDING I SOCIALVIDENSKABEN	48
A TURN TO DIALOGISM	51
HVEM ER DEN ANDEN I DIALOGISME?	54
SPÆNDINGER I DET MULTIPLE SELV – EN KAMP OM AKTUALISERING	59
POSITIONERING AF DIALOGISME I ET TEORETISK LANDSKAB	64
KAPITEL 3	72
METODE OG REFLEKSIONER	72
EN ETNOGRAFISK TILGANG TIL PRAKSIS	74
ETISKE OVERVEJELSER	79
REFLEKSIONER OVER EMPIRIPRODUKTIONEN	81
FORTÆTNINGER SOM METODE - BEARBEJDNINGEN	87
KAPITEL 4	91
ANALYSESTRATEGI	91
INTRODUKTION OG OVERSIGT OVER ANALYSESTRATEGIEN	92
ET ANALYTISK PERSPEKTIV PÅ MULTIVOICEDNESS – DIALOGISME SOM ONTOLOGI	94
ET ANALYTISK FOKUS PÅ MULTIPLE STEMME	97
SPÆNDINGER I ASYMMETRISKE I-OTHER RELATIONER	99
DIALOG SOM METODOLOGI	101
ANALYSESTRATEGIENS FOKUS I DE EMPIRISKE UNDERSØGELSER	104
KAPITEL 5	108
SYGDOMSFORTÆLLINGER SOM ET MULTIVOICED FÆNOMEN	108
ANALYSENS STRUKTUR	108
STINES FORTÆLLING	109
PIAS FORTÆLLING	122

PETERS FORTÆLLING	134
BENTES FORTÆLLING	147
OPSAMLING PÅ SYGDOMSFORTÆLLINGERNE	160
KAMPEN FOR ANERKENDELSE	161
KAPITEL 6	168
ÅBEN DIALOG FORLØBET – DIALOG SOM GENSTANDSFELT	168
KAPITLET'S ANALYSESTRUKTUR	169
ANALYSEDEL A	170
RESUMÉ AF MØDERNE	171
OVERSIGT OVER MØDEDELTAGERNE OG ANVENDTE PSEUDONYMER	175
ANALYSEDEL B	175
ANALYSEDEL C	195
ANALYSEDEL D	215
OPSUMEREDE OG ANALYSERENDE DISKUSSION	237
DIALOG SOM KRITISK SAMTALERESSOURCE	237
ÅBEN DIALOG MØDERNE - EN PERSONCENTRERET INDSATS	247
KAPITEL 7	265
HVOR ER "CENTERET" I PERSONCENTRERET SUNDHEDSKOMMUNIKATION?	265
KONKLUSION	279
LITTERATUR	290
BILAG 1	301
KATRINES BREV	301
RESUMÉ	304
ENGLISH ABSTRACT	308

Den dialogiske vending i personcentreret sundhedskommunikation

Af Michael Scheffmann-Petersen

Ph.d.-afhandling, september 2016

Institut for Kommunikation og Humanistisk Videnskab,

Center for Dialogisk Kommunikation, Roskilde Universitet

Vejleder: Louise Phillips

Forord

Jeg vil gerne takke en lang række personer, som har været en del af mit ph.d.-forløb, og gjort det muligt, at du som læser sidder med denne afhandling i hånden.

Jeg vil først og fremmest takke de borgere fra sundhedscenteret og distriktpsychiatrien i Odsherred Kommune, som har delt deres helt utrolige og gribende fortællinger med mig. Tak fordi I har deltaget i afhandlingens undersøgelser, og tak fordi I vil dele jeres historie.

Jeg vil også takke de forskellige fagprofessionelle fra sundhedscenteret og distriktpsychiatrien, som har gjort denne afhandling mulig. I den forbindelse vil jeg også takke de mange andre fagprofessionelle fra Odsherred Kommune, som også har krydset min vej. Tak for jeres inputs, ideer og de mange samtaler.

Tak til forskningsgruppen Center for Dialogisk Kommunikation og til alle dens deltagere. Denne gruppe har fungeret som et hjem for afhandlingen, hvor jeg har haft mulighed for at få input, diskuterer ideer, lufte frustrationer og tale om alt, hvad der hører til et ph.d.-forløb. Jeg vil særligt takke Birgitte Ravn Olesen, Christina Hee Pedersen og Lisbeth Frølund for at stå til rådighed med hjælp og vejledning og for at agere guide til universitetsverdenens dagligdag og finurligheder, tak for det! Også en tak til mine ph.d.-kollegaer Tine Rosenthal Johansen, Jonas Agerbæk Jeppesen, Ditte Høgsgaard, Jannie Kristine Uhre og Mette Wichmand. I har beriget både projektet og dagligdagen på IKH.

En helt særlig tak til min vejleder Louise Phillips, som har været en fremragende støtte og hjælp under hele forløbet. Tak for de mange gode snakke, råd, gennemlæsninger og for de utallige teoretiske samtaler vi har haft. Du har været en af mine mest værdsatte inner-Others i ph.d.-forløbet.

Til sidst en tak til familie og venner, som har fulgt afhandlingen tæt. Tak for jeres tålmodighed! En helt speciel tak til min kæreste Signe, der har bidraget med støtte, indsigtfulde kommentarer og skarp korrekturlæsning.

Indledning

At skabe et forskningsprojekt

– projektets udfordringer, min motivation og de mange forståelser af dialog

Denne ph.d.-afhandling handler om *dialog*. Mere specifikt undersøger afhandlingen, hvordan dialog bliver gjort til en særlig form for kommunikation inden for sundhedsområdet. Det betyder, at dialog både bliver en tilgang til at koordinere et borgernært og tværfagligt samarbejde *med* og *omkring* borgeren. Samtidigt bliver det også en metode til aktivt at inddrage og anerkende alle aktører i et sygdoms- og behandlingsforløb.

I afhandlingen præsenterer jeg en undersøgelse af dialog, som både udgør en teoretisk og en empiriske undersøgelse af dialog. Afhandlingens empiriske undersøgelse af dialog knytter sig til en særlig form for sundhedskommunikation, der kommer til udtryk gennem personcentrerede indsatser på social- og sundhedsområdet. Disse personcentrerede indsatser og deres tilgang til kommunikation betragtes, i afhandlingen, som værende en del af en større samfundsmæssig tendens kaldet *den dialogiske vending*. I den dialogiske vending dyrkes dialogisk kommunikation, som en måde til at skabe et mere borgernært samarbejde og som en tilgang til at samskabe viden, der i sidste ende kan føre til praksisændringer for borgeren (Aubert & Soler 2006, Gomez, Puigvert & Flecha 2011, Phillips 2011, Phillips et al 2013, 2016).

I afhandlingen undersøger jeg, hvordan en specifik personcentreret tilgang kaldet *Åben Dialog tilgangen* aktualiserer en dialogforståelse der, ud fra nogle særlige dialogiske principper, har til hensigt at inddrage og anerkende borgere i deres sygdoms- og behandlingsforløb (Seikkula et al 2012a, 2012b). Helt konkret følger jeg forskellige borgere, pårørende og sundhedsaktører fra Odsherred Kommune. Borgerne har alle det tilfælles, at de enten har været eller er en del af denne Åben Dialog tilgang. I afhandlingen betragter jeg Åben Dialog tilgangen, som et eksempel på en personcentreret sundhedsindsats, og dermed som en del af den samfundsmæssige tendens om en dialogisk vending. Det gør jeg, da Åben Dialog tilgangen udgør en bestemt form for ”dialogpraksis”, der bygger på nogle særlige dialogiske principper. Nogle principper der har til hensigt at skabe et mere inkluderende, borgernært og tværfagligt samarbejde med og omkring borgeren.

Afhandlingens undersøgelse af dialog udgør, som nævnt, både en teoretisk og empirisk undersøgelse. Undersøgelserne udmønter sig i en udforskning af to forskellige genstandsfelter, som begge relaterer sig til praksisfeltet og til forskningsfeltet inden for den dialogiske vending. Det betyder, at jeg i afhandlingen skelner mellem to forskellige former for dialogiske vendinger. Den ene dialogiske vending forstår jeg som værende praksisrelateret, da den kan betegnes som en samfundsmæssig tendens om at dyrke dialogisk kommunikation. En tilgang der har til hensigt at skabe lighed og inddragelse af borgere i deres sygdoms- og behandlingsforløb. Den anden dialogiske vending er en tendens, som jeg betegner som en dialogisk vending inden for socialvidenskaben. Det er en teoretiske funderet bevægelse, som søger at videreudvikle særligt Mikhail Bakhtins tanker om dialog, også kaldet for *dialogisme* (Hermans et al 2002, 2011, Linell 2009, Marková 2005, 2006, Marková et al 2007).

Det der er særegen for denne afhandling er, at jeg igennem en systematisk udforskning af den dialogiske vending inden for socialvidenskaben skaber og opstiller en analysestrategi i samspil med afhandlingens empiriske undersøgelser. Det er en analysestrategi der bygger på en dialogisk kommunikationsteoretisk optik på dialogisme. Denne dialogiske kommunikationsteoretiske optik danner herved det teoretiske og analyse-mæssige grundlag for afhandlingens empiriske undersøgelser, som omhandler praksisfeltet inden for den dialogiske vending. Det betyder, at jeg gennem en systematisk udforskning af Bakhtins tanker om dialogisme konstruerer en analysestrategi, der gør det muligt for mig at gøre dialog til genstand for analyse. På den måde kan jeg, blandt andet, undersøge, hvordan dialog aktualiseres i en konkret personcentreret sundhedsindsats.

Som nævnt udforsker jeg to former for dialogiske vendinger, hvor afsættet er henholdsvis en teoretisk funderet bevægelse i socialvidenskaben og en praksisrelateret tilgang. Disse to bevægelser er ikke umiddelbart forbundet. Afhandlingen er på den måde særegen, da jeg udforsker og undersøger, hvordan disse to tendenser kan anvendes til at informere hinanden. Det betyder, at jeg arbejder abduktivt imellem disse to forskellige tendenser om en dialogisk vending for at skabe en vekselvirkning mellem teori og praksis. Denne vekselvirkning kommer for eksempel til udtryk ved, at jeg i min analyse af forskningslitteraturen, som handler om de personcentrede tilgange på sundhedsområdet, peger på, at disse tilgange ikke bygger på en teoretisk funderet forståelse af dialog. Det betyder, at dialog ofte fremstår romantiseret, da der ikke foretages en kritisk refleksion

over, hvordan dialog skal aktualiseres i de personcentrerede tilgange. Disse analytiske betragtninger fører til, at jeg konstruerer en analysestrategi og en dialogisk metodologi, der baserer sig på en dialogisk kommunikationsteoretisk optik, som er inspireret af blandt andet Bakhtins tanker om dialogisme. Ud fra denne optik er det muligt at gøre dialog til genstand for analyse samt behandle dialog ud fra et kritisk og refleksivt analytisk perspektiv. Denne analysestrategi anvendes som en optik til at undersøge afhandlingens to empiriske undersøgelser.

Afhandlingens empiriske undersøgelse er delt i to forskellige undersøgelser. Den første undersøgelse handler om, hvordan borgere fra sundhedscenteret i Nykøbing Sjælland i Odsherred Kommune konstruerer deres *sygdomsfortællinger*, hvilket er et narrativ om deres sygdoms- og behandlingsforløb (Frank 2013). Ud fra en dialogisk kommunikationsteoretisk optik undersøger jeg, hvordan disse sygdomsfortællinger kan forstås som et *multivoiced* fænomen. Det betyder, at jeg ud fra en forståelse af Bakhtins dialogisme undersøger, hvordan disse sygdomsfortællinger er konstrueret som en relationel proces. En proces hvor fortællingerne er skabt i en dialogisk relation til den *anden*. I den første empiriske undersøgelse medvirker fire borgere. Et fælles træk ved borgerne er deres sygdomsforløb, der involverer en lang række sundhedsaktører på tværs af forskellige behandlingskontekster i Odsherred Kommune. Derudover inddrages også en række personlige og familiære relationer. Afhandlingens første empiriske undersøgelse præsenterer hermed en undersøgelse, som, ud fra en dialogisk kommunikationsteoretisk optik, sætter fokus på, hvordan disse borgere på dialogisk vis konstruerer sygdomsfortællinger gennem deres relationer til for eksempel pårørende, fagprofessionelle og de institutioner, som alle er en del af den pågældende borgers sygdoms- og behandlingsforløb. Denne empiriske undersøgelse relaterer sig til tendensen om en dialogisk og personcentreret tilgang på sundheds- og socialområdet ved, at undersøgelsen tematiserer de personcentrerede indsatsers hensigt om at forstå og tage udgangspunkt i borgernes egne oplevelser, erfaringer, viden og præferencer i forbindelse med deres sygdoms- og behandlingsforløb. Afhandlingens første empiriske undersøgelse handler derfor om, hvordan borgere konstruerer deres sygdomsfortællinger i et relationelt og kompliceret samspil mellem divergerende *stemmer* og vidensformer, som alle er en del af borgerens sygdoms- og behandlingsforløb.

I afhandlingens anden empiriske undersøgelse følger jeg en familie i et Åben Dialog forløb i distriktpsychiatrien i Nykøbing Sjælland i Odsherred Kommune. I denne empiriske undersøgelse

bliver dialog gjort til genstandsfelt for analyse, idet jeg følger et konkret Åben Dialog forløb fra start til slut. Det gør jeg for at undersøge, hvordan dialog aktualiseres i et tværfagligt samarbejde, og hvad der sker, når dialog anvendes som et kollaborativt princip for at samskabe viden og finde fælles løsninger. I afhandlingens anden empiriske analyse undersøger jeg desuden, hvordan dette Åben Dialog forløb kan ses som et udtryk for en personcentreret sundhedsindsats og tilgang. Jeg er interesseret i at undersøge, hvad en aktualisering af dialog i dette Åben Dialog forløb betyder for måden hvorpå, der konstrueres og forhandles et tværfagligt samarbejde med familien. Jeg er på den måde interesseret i at undersøge, om, eller hvordan, en aktualisering af dialog skaber et inkluderende og anerkendende forløb, hvor alle aktører inddrages og anerkendes for herved at skabe fælles løsninger med den pågældende familie.

Inden jeg redegør for afhandlingens forskningsspørgsmål og for, hvordan jeg forstår og skelner mellem de to forskellige tendenser omkring de dialogiske vendinger, vil jeg redegøre for nogle praktiske udfordringer i mit ph.d.-forløb. Det skyldes, at der i begyndelsen af mit ph.d.-forløb var en række omstændigheder, der gjorde, at jeg blev ledt af to forskellige veje i forhold til at undersøge og arbejde med dialog – mod en praksisrelateret tilgang på sundhedsområdet og mod en teoribaseret tilgang til dialog.

Afhandlingens udfordringer

Jeg vil indledningsvis kort redegøre for projektets indledende forløb. Det skyldes, at dette forløb om noget har været med til at forme afhandlingens undersøgelse og metode.

Ph.d.-afhandlingen er et samfinansieret projekt mellem sundhedsadministrationen i Region Sjælland og Roskilde Universitet. Jeg indledte mit ph.d.-forløb i slutningen af 2012, hvor jeg arbejdede ud fra en projektidé og en forståelse om, at mit projekt var forankret som et aktionsforskningsprojekt, hvor jeg i samarbejde med både sundhedsaktører og borgere med kroniske og/eller særligt komplekse social- og sundhedsproblematikker fra Region Sjælland skulle samarbejde om et kollaborativt forskningsprojekt. Med en kollaborativ tilgang skulle jeg undersøge, hvordan disse aktører anvendte dialog som en tilgang til at sam-producere viden og til at skabe et mere smidigt forløb for borgeren.

En udfordring som hurtigt meldte sig var, at de indledende forhandlinger og aftaler med de institutioner, sundhedsaktører og borgere, der skulle medvirke i projektet, af flere forskellige årsager faldt fra hinanden. Det skyldes især nogle kommunikationsmæssige misforståelser mellem sundhedsadministrationen i Region Sjælland og Roskilde Universitet. Det betød, at jeg i begyndelsen af 2013 stod med et aktionsforskningsprojekt uden hverken deltagere eller en konkret aftale om et samarbejde med en sundhedsinstitution i regionen. Jeg brugte således meget tid i begyndelsen af mit ph.d.-forløb på at overveje, hvordan jeg kunne realisere det projekt, som jeg i sin tid havde ansøgt. Det endte med, at jeg måtte skrinlægge ideen om et større kollaborativt aktionsforskningsprojekt, da et aktionsforskningsprojekt uden deltagere, og derved uden en egentlig *aktion*, vist må betegnes som et oxymoron. Det at jeg stod uden en konkret projektidé og uden samarbejdspartnere betød også, at jeg havde vanskeligt ved at se, hvordan jeg kunne lave en undersøgelse omhandlende anvendelsen af dialog på sundhedsområdet.

Det der gjorde, at jeg alligevel fik etableret et forskningsprojekt var, at jeg skiftede fokus, således at dialog udgjorde et mere teoretiske genstandsfelt. Jeg forsøgte på den måde at skabe et forskningsprojekt omhandlende anvendelsen af dialog på sundhedsområdet med udgangspunkt i en teoretisk og generel undring om, hvordan man kan forstå *dialog*? Det blev til en søgen, hvor jeg blandt andet blev guidet af min vejleder Louise Phillips og min forskningsgruppe Center for Dialogisk Kommunikation, hvor dette projekt også er forskningsmæssigt forankret. Denne søgen førte mig især til den russiske teoretiker Mikhail Bakhtins tanker om dialog, som også kaldes for dialogisme. Bakhtins tanker om dialogisme udgør på den måde en hjørnesten i afhandlingen og i skabelsen af afhandlingens teoretiske og analytiske fundament.

Jeg begyndte mit studie af Bakhtins forståelser af dialogisme ved, at orientere mig bredt i hans forfatterskab. Dette blev til utallige litteratursøgninger, hvor jeg begyndte at spotte en tendens om en dialogisk vending i socialvidenskaben. Det er en tendens, hvor en lang række teoretikere forsøger at videreudvikle Bakhtins tanker om dialogisme på tværs af forskellige forskningsfelter (Hermans et al 2002, 2011, Linell 2009, Marková 2005, 2006, Marková et al 2007, Valsiner 2002). Denne tendens om en dialogisk vending i socialvidenskaben udgør således et genstandsfelt i afhandlingen.

Åben Dialog i Odsherred Kommune

Eftersom den oprindelige projektidé og derved dets forskningsdesign faldt fra hinanden, har jeg, som sagt, søgt efter en måde at realisere det ph.d.-projekt, som jeg i sin tid ansøgte. En konkret udfordring for ph.d.-projektet har derfor været at ”skaffe sig adgang” til et forsknings- og genstandsfelt, hvor jeg kunne undersøge det oprindelige projekts fokus på anvendelse af dialog, som en tilgang til at samskabe viden og skabe praksisforandringer på sundhedsområdet.

Min søgen efter et samarbejde bragte mig langt om længe til Odsherred Kommune, hvor jeg blev introduceret for en gruppe fagprofessionelle fra henholdsvis sundhedscenteret og distriktpsychiatrien i Nykøbing Sjælland. Denne gruppe af ildsjæle arbejder i deres behandlingspraksis med en bestemt dialogisk tilgang kaldet Åben Dialog tilgangen. Åben Dialog tilgangen, skabt af den finske psykolog Jaakko Seikkula, har fokus på at løse sundheds- og socialproblemstillinger i samarbejde med borgere (Seikkula et al 2006, 2012a, 2012b). Tilgangen er karakteriseret ved at være en relations- og netværksbaseret tilgang, der gennem dialog anerkender, at både det fagprofessionelle netværk omkring borgeren og borgerens egne relationer er vigtigt at medtænke, når der skal skabes fælles løsninger (Seikkula et al 2006). Måden hvorpå denne gruppe fra henholdsvis sundhedscenteret og distriktpsychiatrien i Odsherred Kommune arbejder med Åben Dialog tilgangen er at tilbyde dialogformen til borgere, der oplever særlige vanskeligheder i deres sygdoms- og behandlingsforløb. Det kan være borgere, der også kæmper med kroniske sygdomme og/eller multisygdom, og derved er i flere behandlingstilbud på tværs af kommunen. Åben Dialog tilgang er på den måde et tilbud og en tilgang til at forsøge at skabe et mere tværfagligt arbejde med og omkring borgerne.

Det var ud fra mit møde med denne gruppe af fagprofessionelle fra sundhedscenteret og distriktpsychiatrien i Nykøbing Sjælland, at jeg langsomt fik lov til at blive en del af deres behandlingsnetværk og af deres respektive praksisser. Mit feltarbejde gjorde, at jeg kunne etablere relationer og foretage interviews med tre borgere, som alle var i aktive forløb for misbrugsbehandling, og en pårørende fra sundhedscenteret i Nykøbing Sjælland. Gruppen af fagprofessionelle blev også adgangsgivende for, at jeg kunne etablere et forskningsmæssigt feltarbejde i distriktpsychiatrien i Nykøbing Sjælland. Det betød, at jeg kunne opbygge relationer til borgere, som var i behandling i distriktpsychiatrien. Gennem én af disse relationer opstod der mulighed for, at jeg kunne følge og observere en pige ved navn ”Katrine” og hendes forældre

gennem et Åben Dialog forløb i distriktspsykiatrien. Dette Åben Dialog forløb omhandler Katrines sygdoms- og socialproblematikker og forløber over i alt fire møder, der foregår i distriktspsykiatrien. Møderne inkluderer foruden Katrine også hendes forældre, tre behandlere fra distriktspsykiatrien, to sagsbehandlere og en jobkonsulent fra Odsherred Kommune, Katrines skolelærer fra den lokale skole og Katrines støtte- og kontaktperson. Formålet med Åben Dialog møderne er at skabe et tværfagligt koordineret forløb, som inddrager de relevante aktører, så de i fællesskab kan finde løsninger på Katrines sygdomsproblematikker og hendes boligsituation (jf. observations og feltnoter).

De primære forskningsspørgsmål

I afhandlingen præsenterer jeg, som nævnt, to empiriske undersøgelser. Den ene handler om, hvordan borgere, som er i et behandlingsforløb for enten alkohol- eller stofmisbrug i sundhedscenteret i Nykøbing Sjælland, konstruerer sygdomsfortællinger i relation til de involverede aktører i deres sygdomsforløb. Den anden empiriske undersøgelse undersøger et Åben Dialog forløb i distriktspsykiatrien Nykøbing Sjælland. Det er et multi-aktør forløb, der omhandler Katrine og hendes forældre samt forskellige fagprofessionelle på tværs af kommunen. Forløbet har til hensigt at samskabe viden på en dialogisk og kollaborativ måde for at finde fælles løsninger for Katrine og hendes forældre. Afhandlingens to empiriske undersøgelser placerer jeg i den samfundsmæssige tendens om en dialogisk vending på sundheds- og socialområdet, hvor dialogisk kommunikation dyrkes gennem personcentrerede tiltag og tilgange. Det gør jeg, da særligt afhandlingens anden undersøgelse af et Åben Dialog forløb har til hensigt at inddrage borgere aktivt i deres sygdoms- og behandlingsforløb, der ud fra en dialogisk tilgang har til hensigt at samskabe viden og generere praksisforandringer.

I afhandlingen undersøger jeg den dialogiske vending i socialvidenskaben, som handler om en teoretisk bevægelse om at udvikle dialogisme som en teoretisk retning og metode. Jeg positionerer mig selv, som en aktiv deltager i denne teoretiske bevægelse. Det gør jeg ved, at jeg foretager en systematisk udforskning af den dialogiske vending, som omhandler Bakhtin og udviklingen af dialogisme. Det er igennem min deltagelse i dette forskningsfelt, at jeg med min ph.d.-afhandling bidrager til den teoretiske udvikling af dialogisme. Min systematiske undersøgelse af feltet dialogisme, danner grundlag for, at jeg kan opstille min analysestrategi og metode, som jeg udvikler

i samspil med afhandlingens to empiriske undersøgelser. Det leder mig frem til et af afhandlingens forskningsspørgsmål, som er:

Hvordan kan dialog forstås og analyseres som en spændingsfyldt og multipel (*multivoiced*) størrelse ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme?

Jeg besvarer dette forskningsspørgsmål ved at udforske den dialogiske vending inden for socialvidenskaben. Ud fra en systematisk undersøgelse af den dialogiske vending i socialvidenskaben og af forskellige teoretikers videreudvikling af dialogisme konstruerer jeg en særlig analysestrategi og dialogisk metodologi. Det er en analysestrategi, som jeg udvikler i et samspil med afhandlingens empiriske undersøgelser og i samspil med min undersøgelse af den dialogiske vending forstået som et praksisrelateret fænomen på sundhedsområdet. Analysestrategien gør det herved muligt at undersøge dialog som genstandsfelt, hvilket betyder, at jeg ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme kan undersøge og belyse multivoicedness.

I afhandlingens første empiriske undersøgelse undersøger jeg, som tidligere nævnt, hvordan tre borgere og en pårørende fra sundhedscenteret konstruerer deres sygdomsfortællinger. I denne undersøgelse undersøger jeg, ud fra Bakhtins tanker om dialogisme, hvordan disse sygdomsfortællinger kan forstås som et multivoiced fænomen, som er konstrueret i en relationel, dialogisk proces og i interaktionen med den *anden*. For at belyse dette udvikler jeg en analysestrategi, som baserer sig på en dialogisk kommunikationsteoretisk optik. Denne analysestrategi har ikke kun til hensigt at undersøge, hvordan jeg kan forstå disse sygdomsfortællinger som værende et multivoiced fænomen, men også hvordan jeg ud fra en række dialogiske og etiske forskningsprincipper kan arbejde med at repræsentere borgerens fortælling og *stemme(r)*. Det vil sige, at jeg i denne analyse udvikler en analysestrategi, som udviser en særlig metodisk sensitivitet i forhold til at repræsentere borgernes *stemmer*. Det gør jeg blandt andet ved at inddrage forskellige narrative og poststrukturalistiske repræsentationsteknikker (Frank 2005, Krøjer 2003). Med andre ord er jeg optaget af at undersøge, hvordan borgere konstruerer deres sygdomsfortællinger, og særligt hvordan disse fortællinger er konstrueret i relation til den *anden*. Det betyder, at disse fortællinger kan forstås som multivoiced, fordi de inkluderer en pluralitet af

forskellige *stemmer* og vidensformer. Den første empiriske undersøgelse fokuserer herved på at undersøge følgende:

Hvordan konstruerer borgerne deres sygdomsfortællinger ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme? Og hvordan kan dialogisme som teoretisk optik anvendes til at undersøge, hvordan forskellige *stemmer* artikuleres i disse fortællinger, samt hvordan viden og identitet kommer til udtryk i et sammenspil mellem forskellige *stemmer* i fortællingerne?

I afhandlingens anden empiriske analyse undersøger jeg, som allerede beskrevet, en konkret personcentreret indsats i distriktspsykiatrien i Nykøbing Sjælland. I denne empiriske undersøgelse undersøger jeg et Åben Dialog forløb, som jeg ser som et udtryk for en konkret personcentreret indsats og derved som et udtryk for den samfundsmæssige tendens om en dialogisk vending på sundhedsområdet.

I denne undersøgelse er jeg interesseret i at belyse, hvordan jeg, ud fra en dialogisk kommunikationsteoretisk optik, kan gøre dialog til genstand for analyse. Jeg er interesseret i at undersøge, hvordan dialog aktualiseres i et sådant forløb, og hvad en aktualisering af dialog betyder for konstruktionen af et kollaborativt samarbejde blandt deltagerne. Jeg er på den måde interesseret i at undersøge om, eller hvordan, der etableres et samarbejde blandt deltagerne. Ydermere er jeg interesseret i at undersøge, hvordan dette samarbejde formår at involvere og anerkende forskellige vidensformer, der går på tværs af de involverede borgere og de forskellige fagprofessionelle og deres fagligheder. Det betyder, at jeg ud fra en dialogisk kommunikationsteoretisk optik er interesseret i at undersøge, hvordan der skabes og forhandles et fælles ”vi” blandt deltagerne i dette Åben Dialog forløb. Ved at undersøge hvordan der konstrueres et ”vi” blandt deltagerne, så er jeg også optaget af at undersøge, hvordan mening produceres i multi-aktør dialoger, hvor en meningskabelse, ifølge Bakhtin, beror på et sammenspil imellem en multiplicitet af *stemmer*. Denne anden empiriske undersøgelse har herved fokus på at undersøge:

Hvordan aktualiseres dialog på Åben Dialog møderne, og hvad betyder denne aktualisering for både konstruktionen af et samarbejde blandt deltagerne, og for en pluralitet af vidensformer på Åben Dialog møderne?

Afhandlingen afsluttes med en opsamlende og analyserende diskussion, hvor jeg trækker tråde imellem afhandlingens to empiriske undersøgelser for at diskutere implikationerne af en sundhedspraksis, hvor dialogisk kommunikation dyrkes gennem personcentrerede indsatser. I diskussionen opsummerer jeg afhandlingens hoveddiskussioner og resultater af, at jeg i afhandlingen har arbejdet på tværs af to dialogiske strømninger.

I diskussionen stiller jeg spørgsmålstejn ved nogle af de grundlæggende principper for de personcentrerede sundhedsindsatser. Det gør jeg ved at diskutere *inddragelse*, *ansvar* og *dialog* i forbindelse med en personcentreret tilgang og kommunikation. Derfor bliver det bærende spørgsmål i diskussionen følgende: *Hvor er "centeret" i den personcentrerede sundhedsindsats og kommunikation?* Jeg diskuterer dette spørgsmål ved at inddrage forskellige analytiske pointer fra afhandlingens to undersøgelser samt undersøgelserne af de dialogiske vendinger.

Det bidrager afhandlingen med

Ud fra de førnævnte forskningsspørgsmål står det klart, at jeg ønsker at bidrage til forskningsfeltet og strømningerne omhandlende de dialogiske vendinger. Det betyder, at jeg i afhandlingen positionerer mig som en aktiv deltager i den teoretisk strømning i socialvidenskaben, der handler om at videreudvikle Bakhtins forståelser af dialogisme. Det gør jeg ved at udvikle en analysestrategi, som baserer sig på en selvstændig læsning og aktiv tolkning af Bakhtins tanker om dialogisme og udvikling i den dialogiske vending i socialvidenskaben. Jeg ønsker med afhandlingen at bidrage til denne bevægelse ved, at udvikle en konkret analysestrategi og dialogisk metodologi i samspil med afhandlingens empiriske analyser. Det vil sige, at den udvikles i en vekselvirkning mellem teori og praksis.

Mit bidrag til udviklingen af dialogisme er, som nævnt, en konkret analysestrategi og en dialogiske metodologi. I afhandlingen tager jeg udgangspunkt i Aveling et al's (2014) kritik om, at der med denne dialogiske vending i socialvidenskaben endnu ikke eksisterer en konkret metode til at undersøge multivoicedness i det dialogiske og multiple selv. Min analysestrategi skal herved ses som et bidrag til, hvordan dialogisme (multivoicedness) kan studeres, samt til hvordan der kan opstå repræsentations problematikker, når det kommer til at analysere en multiplicitet af *stemmer*. En forskningsmæssig problematik der kræver en særlig dialogisk metodologi og etisk

tilgang.

Afhandlingen bidrager også til forskningsfeltet som handler om den dialogiske vending forstået som en samfundsmæssig og praksisrelateret tendens. Det gør den ved, at jeg undersøger, hvordan et Åben Dialog forløb efterlever sine dialogiske principper om at skabe et mere involverende og tværfagligt samarbejde med og omkring en familie i distriktspsykiatrien i Nykøbing Sjælland. I det følgende kapitel foretager jeg en uddybende redegørelse af de personcentrerede sundhedsindsatser, og deriblandt Åben Dialog tilgangen. En konkret kritik, som jeg fremfører i dette kapitel er, at de personcentrerede tilganges dialogforståelse ofte fremstår romantiseret og ikke teoretisk funderet. Det betyder, at dialog ikke bliver behandlet ud fra et kritisk og refleksivt perspektiv. Ud fra afhandlingens analysestrategi, som bygger på et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogism, så bidrager afhandlingen med viden om, hvad aktualiseringen af dialog betyder for en konkret personcentreret tilgang. Afhandlingen bidrager således til forskningsfeltet om den dialogiske vending ved, at jeg følger et Åben Dialog forløb i distriktspsykiatrien i Nykøbing Sjælland. Ud fra en kritisk og refleksiv tilgang til dialog genererer afhandlingen viden om, hvordan dialog aktualiseres i et sådant forløb, og hvad en aktualisering af dialog betyder for både etableringen og konstruktionen af et borgernært og tværfagligt samarbejde. Afhandlingens empiriske undersøgelser bidrager således ikke kun med viden til forskningsfeltet som omhandler dialogisk kommunikation og personcentreret sundhedskommunikation, men også til forskningsfeltet som handler om samarbejdsprocesser på sundhedsområdet.

Afhandlingens kapitler

Kapitel 1: Den dialogiske vending som en samfundsmæssig og praksisrelateret tendens

I kapitel 1 gør jeg rede for, at den dialogiske vending kan forstås som en samfundsmæssig og praksisrelateret tendens på især sundheds- og socialområdet. Jeg foretager i dette kapitel både en redegørelse og en analyse af dele af forskningslitteraturen omhandlende de personcentrerede tilgange på social- og sundhedsområdet. Jeg peger i den forbindelse på særligt to tendenser. Den ene tendens er, at de personcentrerede tilgange kan forstås som et multidimensionalt koncept. Det betyder, at de dækker over en bred vifte af forskellige tilgange, som har forskellige måder til, hvordan de praktiserer en anerkendende og involverende tilgang til et samarbejde med og omkring borgeren. Den anden tendens handler om, at dialogforståelsen i disse tilgange sjældent behandles reflektivt og kritisk, hvilket fører til, at dialog ofte fremstår som et buzzword og som en romantiseret udgave af en dialogforståelse.

I kapitel 1 gør jeg ligeledes rede for, at de personcentrerede tilgange skal ses som en samfundsmæssig tendens på sundhedsområdet. Jeg argumenterer i den forbindelse for, at ønsket og idealet om at involvere borgeren eller patienten ikke er en ny tendens på sundhedsområdet. Jeg sætter i den forbindelse de personcentrerede tilgange i direkte relation til sundhedskommunikation, idet jeg redegør for, hvordan de personcentrerede tilgange bygger på en særlig tilgang til kommunikation, hvor dialogisk kommunikation ofte dyrkes som en måde til at skabe et borgernært forløb. Kapitlet afsluttes ved, at jeg redegør for, hvordan de personcentrerede tilgange også har vundet indpas på psykiatriområdet. Jeg argumenterer i den forbindelse også for Åben Dialog tilgangen som en bestemt form for personcentreret tilgang.

Kapitel 2: Den dialogiske vending i socialvidenskaben

I kapitel 2 gør jeg rede for endnu en dialogisk vending, som handler om en teoretisk funderet bevægelse – et ”turn to dialogue”. Det er en bevægelse og strømning, der omhandler Mikhail Bakhtins tanker om dialogisme, hvor en række teoretikere forsøger at videreudvikle og anvende Bakhtins tanker om dialogisme på tværs af forskellige forskningsfelter. I dette kapitel vil jeg redegøre for Bakhtins tanker om dialogisme og for de vigtigste bidrag til denne strømning. I kapitlet præsenterer jeg resultatet af min systematiske læsning og udforskningen af den dialogiske vending og redegør i den forbindelse for nogle teoretiske bidrag inden for bevægelsen. Kapitlets redegørelser bidrager til, hvordan jeg konstruerer min analysestrategi og dialogiske metodologi til

brug i afhandlingens empiriske undersøgelser. Jeg positionerer mig således som en aktiv del af en teoretisk, funderet bevægelse, der forsøger at udvikle dialogisme som et teoretisk perspektiv. Mit bidrag er i den forbindelse en konkret analysestrategi og dialogiske metodologi, som jeg præsenterer i kapitel 4.

Kapitlet afsluttes ved, at jeg foretager en positionering af dialogisme i et teoretisk landskab, samt at jeg gør rede for og positionerer Bakhtins forståelse af dialogisme over for andre forståelser og tilgange til dialog inden for forskningsfeltet, som handler om dialogisk kommunikation.

Kapitel 3: Metode og refleksioner

I kapitel 3 gør jeg rede for afhandlingens metodetilgang, metodiske overvejelser samt mine refleksioner i forhold til adgang til forskningsfeltet og empiriproduktionen. Kapitlet begynder med, at jeg kort beskriver, hvordan jeg fik arrangeret et forskningsophold i henholdsvis sundhedscenteret og distriktpspsykiatrien i Nykøbing Sjælland i Odsherred Kommune. Jeg reflekterer i den forbindelse over, hvad denne adgang til forskningsfelt har betydet for afhandlingens fokus og metodiske tilgang.

I kapitlet argumenterer jeg ligeledes for mine etiske overvejelser i forbindelse med mit forskningsforløb. Jeg gør derfor rede for de refleksioner og etiske overvejelser, som bliver aktuelle og relevante, idet jeg bedriver forskning med potentielt sårbare borgere, som kæmper med sygdom og/eller psykiske problemstillinger. Kapitlet afsluttes med, at jeg beskriver og reflekterer over afhandlingens empiriproduktion.

Kapitel 4: Analysestrategi

I Kapitel 4 gør jeg rede for afhandlingens analysestrategi. Analysestrategien er skabt på baggrund af Bakhtins tanker om dialogisme samt udviklingerne i den teoretiske strømning om et ”turn to dialogue” i socialvidenskaben. Det vil sige, at analysestrategien bygger på det teoretiske fundament, som jeg præsenterer i kapitel 2. Jeg redegør i dette kapitel også for, hvordan analysestrategien er skabt i samspil med afhandlingens empiriske undersøgelser, og jeg præsenterer i den forbindelse de empiriske undersøgelsesspørgsmål.

Kapitel 5: Analyse af sygdomsfortællinger som et multivoiced fænomen

I kapitel 5 præsenterer jeg afhandlingens første empiriske undersøgelse, som er en undersøgelse af tre borgeres og en pårørendes sygdomsfortælling. I undersøgelsen analyserer jeg deres sygdomsfortællinger ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme. Jeg undersøger, hvordan disse fortællinger kan forstås som et multivoiced fænomen. I undersøgelsen trækker jeg på tre forskellige analytiske tilgange til at undersøge og repræsentere en multivoicedness i fortællingerne. Det gør jeg ud fra en dialogisk metodologi, som jeg præsenterer i min analysestrategi i kapitel 4.

Kapitlet afsluttes ved, at jeg foretager en opsummerede diskussion af min analyse af borgernes fortællinger. Det gør jeg ved at tage udgangspunkt i et centralt tema for alle de analyserede fortællinger, hvilket er et tema om manglende anerkendelse.

Kapitel 6: Dialog som genstand – analyse af et Åben Dialog forløb

I kapitel 6 præsenterer jeg afhandlingens anden empiriske undersøgelse. I denne undersøgelse skifter jeg analytisk fokus i og med, at jeg gør dialog til genstandsfelt for analyse. Det betyder, at jeg følger et Åben Dialog forløb med en familie i distriktspsykiatrien i Odsherred Kommune. Ved at skifte fokus således at dialog nu er genstand for analyse, undersøger jeg, hvordan dialog aktualiseres på tværs af fire Åben Dialog møder. Jeg undersøger i den forbindelse, hvordan en aktualisering af dialog også knytter sig til konstruktionen og forhandlinger omkring et samarbejde blandt deltagerne. Yderligere undersøger jeg, hvad aktualisering af en dialogforståelse på møderne betyder for den pluralitet af vidensformer, der, på møderne, eksisterer på tværs af familien og de forskellige fagprofessionelle.

Undersøgelsen afsluttes med en opsummerende diskussion, hvor jeg diskuterer, hvordan disse Åben Dialog møder kan ses som et udtryk for en personcentreret indsats. Jeg diskuterer i den forbindelse, hvad netop en aktualisering af dialog betyder for måden, hvorpå både borgere og fagprofessionelle bliver inddraget og anerkendt i et sådant forløb.

Kapitel 7: Opsummerende diskussion og konklusion

I kapitel 7 laver jeg en opsummerende diskussion af afhandlingens empiriske undersøgelser og resultater. I diskussionen inddrager jeg ligeledes afhandlingens læsning af de to forskellige

tendenser om en dialogisk vending. Jeg foretager en empirisk og teoretisk informeret diskussion af implikationerne ved en personcentreret sundhedsindsats, der bygger på dialogiske principper om at involvere og anerkende borgeren samt samskabe en fælles viden for at skabe praksisforandringer og løsninger.

Kapitel 1

Den dialogiske vending som en samfundsmæssig og praksisrelateret tendens

I dette kapitel redegør jeg for afhandlingens forskningsfelt og de empiriske undersøgelsers genstandsfelt - den dialogiske vending. I kapitlet refererer den dialogiske vending til en samfundsmæssig og praksisrelateret tendens om anvendelsen af personcentrerede indsatser på social- og sundhedsområdet.

I den dialogiske vending og i de personcentrerede indsatser arbejdes der ud fra en særlig form for ”kommunikation”. Det er en kommunikationsform der konfigureres som dialog, idet de personcentrerede indsatser ønsker at inddrage og anerkende borgere i deres sygdoms- og behandlingsforløb ud fra dialogiske principper (Aubert & Soler 2006). I dette kapitel redegør jeg for den dialogiske vending på sundhedsområdet. Det gør jeg ved at analysere den litteratur, som omhandler og behandler de personcentrerede tilgange på især sundhedsområdet. I min gennemgang af litteraturen forholder jeg mig kritisk til disse tilganges forståelser og anvendelse af dialog. Jeg undersøger i den forbindelse, hvordan de personcentrerede tilgange har til hensigt at efterleve sine normative forpligtelser om at skabe borgernære og tværfaglige forløb, som bygger på dialogiske, participatoriske og demokratiske principper.

I min gennemgang og analyse af forskningslitteraturen, som handler om de personcentrerede tilgange på sundhedsområdet, så viser jeg yderligere, hvordan de personcentrerede tilgange også har vundet indpas på psykiatriområdet. Jeg redegør i den forbindelse for Åben Dialog tilgangen, som er et eksempel på denne tendens. Disse redegørelser præsenterer jeg i afslutningen af kapitlet, hvor jeg også gør rede for Åben Dialog tilgangens særlige tilknytning til Odsherred Kommune. Disse redegørelser skaber en ramme for afhandlingens empiriske undersøgelser, og især for afhandlingens anden empiriske undersøgelse, hvor jeg følger og undersøger et Åben Dialog forløb i distriktpsychiatrien i Odsherred Kommune (se kapitel 6).

Den dialogiske vending i personcentreret sundhedskommunikation og behandling

Den dialogiske vending er en tendens på især sundhedsområdet, som handler om en udbredelse af forskellige personcentrerede tilgange, der har til hensigt at skabe borgernære sundhedsforløb, som tager udgangspunkt i og anerkender borgerens viden og præferencer i forbindelse med et sygdoms-

og behandlingsforløb. Det der karakteriserer disse personcentrerede tilgange er, at kommunikation betydningsættes som dialog, hvilket betyder, at dialogisk kommunikation dyrkes til at generere viden og skabe praksisændringer (Aubert & Soler 2006, Gomez, Puigvert & Flecha 2011, Phillips 2011, Phillips et al 2013, 2016).

Den dialogiske vending er en samfundsmæssig tendens og et forskningsfelt, relaterer sig til flere forskningsområder, hvilket betyder, at den for eksempelvis ikke kun relaterer sig til studier som om dialogisk kommunikation. Den dialogiske vending relaterer sig også til forskning, der beskæftiger sig med tværfagligt og tværsektorielt samarbejde på sundhedsområdet (Leplege et al 2007, Phillips et al 2016). Det kommer til udtryk ved, at den dialogiske vending både handler om inddragelse og skabelse af et borgernært forløb, men også om at koordinere et tværfagligt samarbejde med og omkring borgeren. Det der karakteriserer den dialogiske vending er, at dialogisk kommunikation dyrkes som en tilgang til at skabe og koordinere et tværfagligt og borgernært samarbejde i forbindelse med et sygdoms- og behandlingsforløb. Det vil sige, at hensigten med de personcentrerede indsatser på sundhedsområdet er at skabe tværfaglige og borgernære forløb, som inkluderer og anerkender både de fagprofessionelle, borgeren og deres pårørende, som alle udgøre aktører i et sygdoms- og behandlingsforløb (Goldsmith 2010, Oborn & Dawson 2010, Quinlan 2009).

De personcentrerede tilgange som fænomen

Jeg vil i de følgende afsnit redegøre for de personcentrerede tilgange på især sundhedsområdet, og undersøge, hvordan disse tilgange forstår og dyrker dialogisk kommunikation for at skabe et borgernært og tværfagligt samarbejde *med* og *omkring* borgeren. Jeg peger på, at de personcentrerede indsatser og den personcentrerede kommunikation på social- og sundhedsområdet ikke er et entydigt fænomen (Emanuel & Emanuel 1992, Leplege et al 2007). Jeg vil i dette afsnit derfor vise, hvordan der eksisterer mange forskellige udlægninger og praksisvariationer af fænomenet.

Jeg vil starte min redegørelse med at pege på, at et fælles karakteristika for de mange personcentrerede indsatser og dens kommunikation er deltagelse. Deltagelse er et helt centralt aspekt, eftersom disse indsatser alle har til hensigt at tage udgangspunkt i borgeren, og anerkende borgerens erfaringer og præferencer i forbindelse med et sygdoms- og behandlingsforløb

(Goldsmith 2010). Det betyder, at de personcentrerede indsatser og deres tilgang til kommunikation står i skærende kontrast til for eksempel den patriarkalske kommunikationstilgang på sundhedsområdet, som kan beskrives således:

First is the paternalistic model, sometimes called the parental (9) or priestly model. In this model, the physician-patient interaction ensures that patients receive the interventions that best promote their health and well-being. To this end, physicians use their skills to determine the patient's medical condition and his or her stage in the disease process and to identify the medical tests and treatments most likely to restore the patient's health or ameliorate pain. Then the physician presents the patient with selected information that will encourage the patient to consent to the intervention the physician considers best. At the extreme, the physician authoritatively informs the patient when the intervention will be initiated (Emanuel & Emanuel 1992: 2221).

Som allerede påpeget står de personcentrerede indsatser og deres kommunikation i modsætning til den patriarkalske kommunikationstilgang på sundhedsområdet. Det gør de, da den patriarkalske tilgang bygger på en tydelig asymmetrisk magtrelation imellem for eksempel borger og læge. I den patriarkalske tilgang er det lægen eller behandleren, som besidder en ekspertviden, hvilket betyder, at det er dem der bestemmer behandlingsmuligheder og -mål. I de personcentrerede indsatser tænkes kommunikation anderledes, da disse tilgange har et ideal om at nivellere ekspertrollerne i relationen mellem borgeren og lægen. Denne tilgang åbner op for en pluralitet af vidensformer, hvilket betyder, at borgeren anskues som en aktiv deltager og en ekspert, der har indsigt i sin sygdom og har holdninger til, hvilken behandling der skal igangsættes. De personcentrerede tilgange bygger således på en respekt og anerkendelse af, at borgeren er i besiddelse af viden, erfaringer og præferencer i forhold til sit sygdoms- og behandlingsforløb. Det er også grunden til, at disse indsatser fokuserer på at åbne op for de forskellige vidensformer, som eksisterer i et sygdoms- og behandlingsforløb (Emanuel & Emanuel 1992, Quinlan 2009).

Jeg skrev indledningsvist, at tendensen om de personcentrerede sundheds- og socialindsatser ikke entydigt kan beskrives. Det skyldes, at der eksisterer mange forskellige udlægninger og variationer af disse indsatser, som alle betoner deltagelse, ansvar og dialog forskelligt. Forskellighederne kommer også til udtryk ved, hvordan de bliver betydningsstat. Der kan for eksempel være forskel på, om indsatserne beskrives som en *person-*, *patient-* eller en *klientcentreret* tilgang til kommunikation og behandling. Jeg refererer i min afhandling til disse tilgange som *personcentrerede*, og jeg anvender dermed denne term som en fællesbetegnelse for denne type af indsatser. At jeg anvender termen *personcentreret* skyldes også, at der i litteraturen, som handler om de personcentrerede tilgange, ofte opstår uklarheder om, hvornår hvilken betegnelse skal anvendes.

I flere tilfælde anvendes disse forskellige termer også synonymt. Det er en pointe, som Edvardsson et al også fremfører. De skriver:

The concepts of person-centredness and patient-centeredness are also frequently used synonymously in publications; however, these two concepts are slightly but importantly different. The term “person” denotes a holistic humanness and the equal value of individuals, whereas “patient” has been described as a reductionist, stigmatic term that imputes imperfections or undesired differentness to a person and thereby reduces the humanity of the subject. (Edvardsson et al 2008: 363)

I forskningslitteraturen, som beskæftiger sig med de personcentrerede tilgange, bliver det tydeligt, hvor heterogent et felt og disse praksisser er. Leplege et al (2007) skriver for eksempel i deres detaljerede og historiske gennemgang af de personcentrerede tilgange følgende:

This notion of person-centredness does not simply imply some degree of anti-reductionism in discussing rehabilitation, but rather it is itself strongly anti-reductionist in that it cannot be reduced to one specific idea. Thus, person-centredness encompasses multiple meanings that cannot be summed up under one notion. In other words, it is a multi-dimensional concept. (Leplege et al 2007: 1559)

Leplege et al 2007 peger på, at det ikke er muligt entydigt at beskrive de personcentrerede tilgange. Det skyldes, at de findes i mange udgaver og varianter, og at de breder sig over mange forskellige faglige og sundhedsfaglige discipliner. Forskeren Rita Charon, som beskæftiger sig med patientcentrerede tilgange på sundhedsområdet, definerer de patientcentrerede tilgange, som en tendens om, at borgere forventer at blive inddraget i deres sygdoms- og behandlingsforløb, og dermed gøres til aktive partnere i forhold til at finde løsninger på deres egne social- og sundhedsproblemstillinger. Charon definerer de patientcentrerede indsatser således:

Patient-centered care is a conceptual and clinical movement, arising both in the United States and the UK, that emphasizes the patient’s perspectives and desires throughout all aspects of health care. Such care respects patients’ preferences, attends to patients’ needs for information and education, involves family and friends, assures continuity and coordination of care, and addresses the emotional aspects of illness. (Charon 2006: 27)

Jeg vil pege på, at der i forskningslitteraturen, som handler om de personcentrerede tilgange, opstår en konkret udfordring, når det kommer til at forstå og definerer de personcentrerede tilgange som et entydigt fænomen og en samlet størrelse. Det er en pointe, som flere i forskningsfeltet peger på. Flere forskere mener, at de personcentrerede tilgange dækker over mange variationer, som kommer til udtryk ved, at de på forskellige måder beskriver, hvordan de vil opnå inddragelse og anerkendelse af borgeren i et sygdomsforløb (Leplege et al 2007, Quinlan 2009). Eftersom de personcentrerede tilgange eksisterer i så mange varianter, og breder sig over så mange forskellige fagområder, så efterlyses der også forskning, som kan belyse, om disse tilgange lever op til deres hensigter om at inddrage og anerkende borgerens viden, erfaringer og præferencer i forbindelse med et sygdoms- og behandlingsforløb (Cegala 2007, Leplege et al 2007, Roter & Hall 2011). At

der i litteraturen findes så mange forskellige beskrivelser af personcentrerede tilgange, som alle ønsker at inddrage fagprofessionelle og borgere i et sygdomsforløb, gør beskrivelserne også *kan* fremstå som hensigtserklæringer. Det vil således kræve et detaljeret studie af aktualiseringen af en personcentreret tilgang for at afgøre, om erklæringerne lykkes, og om tilgangen har den ønskede effekt (Bleakley 2014, Leplege et al 2007, Roter & Hall 2011).

Dyrkelsen af dialog i de personcentrerede tilgange

I dette afsnit undersøger jeg, hvordan de personcentrerede sundhedstilgange dyrker dialogisk kommunikation for at skabe borgernære og tværfaglige forløb, som har til formål at involvere og anerkende alle aktører i et forløb. Jeg peger i den forbindelse på, at disse tilgange har vanskeligt ved at leve op til de normative forpligtelser, som en dialogisk tilgang indebærer, idet jeg viser, at de personcentrerede tilgange ofte ikke behandler dialog ud fra et kritisk og refleksivt perspektiv.

Forskerne Mary Politi og Richard Street, som beskæftiger sig med patientcentreret sundhedskommunikation og behandling, peger som flere andre forskere på, at der med disse mange tilgange til en personcentreret behandling er sket et skred på området (Politi og Street 2011). De mener, at der i litteraturen, som beskæftiger sig med de personcentrerede tilgange, findes en kløft imellem det, de betegner som et operationelt niveau og et filosofisk niveau. Med det mener de, at mange af de personcentrerede tilgange på sundhedsområdet kan virke for ”filosofiske” i deres beskrivelser af, hvordan de vil inddrage og inkludere en pluralitet af vidensformer i et forløb. Politi og Street peger også på, at flere af disse tilgange fremstår som hensigtserklæringer fremfor at være konkrete og operationelle tilgange. På baggrund af deres kritik præsenterer Politi og Street (2011) et bud på en personcentreret tilgang, som gør som lovet, idet de beskriver, hvordan de i deres patientcentreret tilgang gør patienten til ”partner” i sundhedskommunikationen og i behandlingen. De introducerer i den forbindelse et koncept, som de kalder for *shared mind*, hvilket skal bygge bro imellem det filosofiske og operationelle niveau i en patientcentreret kommunikations- og behandlingspraksis. *Shared mind* er, ifølge Politi og Street, et kommunikationsmæssigt koncept og en tilgang, der skal sikre idealet og hensigten om at anerkende og inddrage borgeren i et sundhedsforløb. De skriver:

Achieving shared mind requires more patient-centered communication from both clinicians and patients. For the clinician, patient-centered communication involves (a) making efforts to elicit, understand, and validate, the patient's perspective; (b) understanding the psychosocial context of the patient's health; (c) involving the patient in care and decision making to the extent he or she needs or wants to be; (d) providing clear, understandable explanations; and (e) fostering a relationship

characterized by trust and commitment (Epstein & Street, 2007). For the patient, communication reflects involvement in consultation and the decision-making process when the patient asks questions, states preferences, expresses concerns, conveys understandings, and offers opinions (Street & Millay, 2001). In order to achieve shared mind, clinicians and patients also need to work together to identify common ground, reconcile differences in opinion, and if necessary, negotiate a common understanding and agreement on treatment plan (Epstein & Street, 2007). (Politi & Street 2011: 401)

Ud fra Politi og Streets beskrivelse af en konkret patientcentreret tilgang, vil jeg pege på, at deres tilgang bliver symptomatisk for en stor del af disse personcentrerede sundhedstilgange. Jeg vil kritisere Politi og Streets tilgang for netop at bevæge sig på de mere ”filosofiske linjer”, når det kommer til at definere, hvordan en patientcentreret tilgang skal aktualiseres i praksis. Jeg mener herved, at deres beskrivelse fremstår som en hensigtserklæring forklædt som en operationel fremgangsmåde. I den forbindelse vil jeg også pege på en anden central problemstilling, som har vist sig i min gennemgang af forskningslitteraturen om de personcentrerede tilgange. Det er et problem, som også træder tydeligt frem i tekstuddraget, hvor Politi og Street blandt andet skriver: *”shared mind requires more patient-centered communication from both clinicians and patients.”* (se uddrag). Problemet er, at kommunikation i de personcentrerede tilgange ofte gøres til et instrument for at skabe inddragelse og anerkendelse af borgeren. Jeg mener dog, at der med denne instrumentalisering opstår en risiko for, at borgerens viden også instrumentaliseres, hvilket betyder, at borgeren ikke fremstår som en der har ekspertviden, men derimod fremstår som et perspektiv – blandt flere.

Ud fra Politi og Street’s eksempel vil jeg også pege på, at fordi kommunikationen instrumentaliseres, så fremstår kommunikation også som noget, der kan skrues på. På den måde fremstår den ”patientcentrerede kommunikation”, i dette tilfælde, som et instrument, der kan skrues op og ned for, alt efter behovet. Et andet kritikpunkt som jeg vil nævne ved deres tilgang er begrebet *shared mind*. Jeg ser begrebet *shared mind* som et teoretisk koncept, som ikke anerkender at en forhandling af viden sker på baggrund af asymmetriske magtrelationer. Jeg mener herved, at Politi og Street ikke forholder sig kritisk eller reflektivt til, hvordan det er muligt at opnå en form for ”shared mind” blandt et forløbs deltagere, som tæller både borgere og fagprofessionelle med forskellige fagligheder. Politi og Street forholder sig heller ikke til, hvordan der skabes konsensus blandt de involverede deltagere, så der arbejdes mod fælles mål og løsninger. De forholder sig derved ikke til de divergerende vidensinteresser eller de spændingsfyldte dynamikker, som er på spil i denne form for dialogpraksis.

Jeg vil argumentere for, at Politi og Streets tilgang til en patientcentreret indsats på sundhedsområdet bliver symptomatisk for min gennemgang af litteraturen. Der viser sig nemlig en central problemstilling for disse tilgange, som handler om, at disse tilgange ofte betydningsætter dialog og dialogisk kommunikation, som en tilgang eller middel til, hvordan der kan skabes borgernære og tværfaglige forløb, som inkluderer og anerkender alle aktørerne i et sygdoms- og behandlingsforløb. Ud fra en række eksempler vil jeg derfor vise, hvordan dialog i disse tilgange ofte fremstår som en implicit forståelse, hvor dialog ofte sidestilles med ”kommunikation”. Det betyder, at disse personcentrerede tilgange ofte lover dialogiske forløb, der indebærer demokratiske og partcipatoriske processer. Jeg ser dog, at de ofte har vanskeligt ved at efterleve deres løfter om dialog, og derved har vanskeligt ved at leve op til de normative forpligtelser, som følger med.

I Politi og Street's (2011) tilgang til en patientcentreret tilgang, er det tydeligt, at deres tilgang må bero på en eller anden form for dialog, men de uddyber ikke, hvilken teoretisk forståelse et sådan dialogisk samarbejde skal bygge på. Det handler for dem i stedet om at skabe *mere* ”kommunikation” mellem deltagerne i forløbet. Jeg vil i denne forbindelse pege på, at udover at dialog gøres til en implicit størrelse, så ser jeg også, at dialog betydningsættes som ”deltagelse” eller ”inddragelse”. Politi og Street reflekterer derved ikke over, hvordan dialog, eller en anden form for kommunikation, skal aktualiseres for at skabe et deltagende og borgernært samarbejde. De fremlægger ikke en teoretisk funderet forståelse af dialog i deres tilgang, hvilket er ensbetydende med, at dialog ikke behandles i et kritisk og refleksivt perspektiv. Det betyder også, at eftersom der ikke er tænkt over, hvordan dialog skal aktualiseres i praksis, så bliver det også uklart, hvordan der for eksempel skal skabes konsensus imellem de mange forskellige aktører i et forløb. De skriver:

(...) quality decision making will depend not only on clinician and patient becoming aware of and understanding the other's position, but also engaging in a **dialogue** to find common ground, identify and reconcile differences, and negotiate or compromise to reach a collaborative, agreed-upon decision. (Politi & Street 2011: 402) (min fremhævelse)

I Politi og Street's tilgang fremgår det, at dialog er en metode til både at forhandle enighed i gruppen samt til at træffe fælles beslutninger om det videre forløb. Men Politi og Street skriver ikke om, hvordan dialog skal indholdsudfyldes eller hvordan dialog både skal åbne op for en pluralitet af videns former samt skabe en ”lukning” og derved skabe konsensus for alle deltagerne i forløbet.

Jeg vil rette en lignende kritik imod Reeves et al og deres bog *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care* (2010), som handler om iværksættelsen af en patientcentreret indsats. De

beskriver indsatsen, som et kollaborativt og tværfagligt samarbejde *med* og *omkring* patienter. I dette detaljerede studie på 213 sider afslører en hurtig søgning, at dialog (*dialogue*) kun nævnes én gang. Denne søgning afslører også, at det ikke er tydeligt, hvilken dialogforståelse de trækker på, eller hvordan dialog skal anvendes i deres kollaborative og konsensusorienterede tilgang til patientsamarbejde. I deres beskrivelser af en patientcentreret indsats aktualiseres dialog som en hverdags- og commonsense forståelse, hvilket betyder, at der ikke reflekteres over anvendelsen af dialog. I stedet sidestilles eller forsvinder dialog i en forståelse af ”kommunikation”. De skriver:

(...) These [Team checklist] can help team members focus on often routine tasks they need to perform together. They can also help trigger communication and **dialogue** between members which can in turn improve their relationships. (Reeves et al 2010: 107) (min fremhævelse)

Jeg vil nævne endnu et eksempel, hvor der heller ikke reflekteres over anvendelsen af dialog. Det er Keating et al's bog om *Patient-Centred Health Care - Achieving Co-ordination, Communication and Innovation* (2013). Keating et al beskriver i deres bog flere forskellige tilgange til en patientcentreret tilgang på sundhedsområdet, men nævner kun dialog ganske få steder. De skriver:

Another important implication is the need to shift from the tokenistic, ‘ritualised’ use of formal inter-group learning mechanisms to a **more productive dialogue** focusing on actual knowledge-sharing, which needs to be supported by the organization. As part of such support, introducing incentives for inter-group learning as well as promoting joint projects may be required to counterbalance the negative effects of intergroup competition. Finally, bridging inter-group boundaries to achieve the objectives of patient-centred care is only possible if the patients’ views are used to inform the activities of teams and CoPs involved in service improvement projects and activities. (Keating et al 2013: 116) (min fremhævelse)

I tekstuddraget betydningssættes dialog som værende en produktiv kraft, men deres dialogforståelse optræder, som i de andre eksempler, som en instrumentaliseret udgave af dialog. Det ses i Keating et al's eksempel ved, at det handler om at skabe produktive dialoger mellem deltagerne. Dialog fremstår således instrumentaliseret, og som noget der kan skrues op for, hvis der er behov for det. Det vil sige, at dialog i dette eksempel ses ud fra et effektiviseringsperspektiv, hvor det handler om at skabe bedre og mere af den produktive ”dialog”.

Opsamling

Jeg har i det forrige afsnit nævnt en række eksempler, der viser en tendens i litteraturen, som handler om de personcentrerede tilgange. I min analyse af disse tilgange peger jeg på en tendens om, at dialog enten fremstår instrumentaliseret eller sidestilles med ”kommunikation”. Jeg fremfører herved en kritik, at der ofte mangler en teoretisk funderet forståelse af dialog i forhold til, hvordan de personcentrerede tilgange kan skabe tværfaglige og borgernære forløb, der inkluderer

og anerkender en pluralitet af vidensformer i et sygdoms- og behandlingsforløb. Den kritik, som jeg i kapitlet fremfører, er også en kritik som Louise Phillips kommer med i sin undersøgelse af den dialogiske vending forstået som en samfundsmæssig tendens. Phillips undersøger ikke specifikt de personcentrerede tilgange på sundhedsområdet, men undersøger i stedet, hvordan dialog bliver tilskrevet betydning og indholdsudfyldt inden for en række af forskellige praksisfelter såsom planlagt sundhedskommunikation og kollaborativ forskning. En af Phillips' pointer i *The promise of dialogue* (2011) er, at dialog i den dialogiske vending ofte reduceres til at være et buzzword. Det skyldes, at dialog romantiseres, og at der ikke tages reflektiv stilling til de komplekse, spændingsfyldte dynamikker, som er på spil i de dialogiske praksisser. Phillips kritiserer på den måde den dialogiske vending for, at love demokratiske og partcipatoriske processer, som involverer gensidig læring og fælles vidensproduktion. En kritisk og reflektiv undersøgelse af aktualiseringen af dialog viser dog ofte, at de har vanskeligt ved at efterleve deres løfte om dialog, da dialog træder frem i en romantiseret form. Ligesom Phillips retter jeg i denne afhandling også en kritik mod litteraturen, som handler om de personcentrerede indsatser inden for social- og sundhedsområdet. Jeg mener ikke, at disse tilgange lever op til deres normative forpligtelser om at være dialogiske og arbejde ud fra dialogiske principper.

Den kritik, som jeg fremfører i kapitlet går på, at de personcentrerede tilgange mangler en kritisk og reflektiv forståelse af dialog. Dette kritikpunkt gør jeg til en central del af afhandlingen. Det gør jeg ved, at jeg lader min kritik af den dialogiske vending på sundhedsområdet informerer afhandlingens analysestrategi og dens fokus. Ud fra analysestrategien er det muligt at undersøge dialog i et kritisk og reflektivt perspektiv. Det betyder blandt andet, at jeg kan undersøge, hvordan et Åben Dialog forløb aktualiserer dialog, og herved undersøge om dette forløb formår at skabe et tværfagligt og borgernært forløb, der inkluderer og anerkender alle forløbets aktører.

Kritik af de personcentrerede tilgange

Jeg har i dette kapitel fremført en kritik af de personcentrerede tilgange på sundhedsområdet, hvor jeg har peget på, at særligt disse tilganges forståelse og anvendelse af dialog, ofte fremstår uklar og ureflekteret. I dette afsnit vil jeg redegøre for, hvordan andre forskere også finder dele af litteraturen, som beskriver de personcentrerede tilgange, kritisable. Der peges nemlig fra flere sider på en kritik om, at det ofte fremstår uklart, hvordan de personcentrerede tilgange vil leve op til deres ideal om at gøre borgeren til en lige samtalepartner i et sygdoms- og behandlingsforløb.

En konkret kritik kommer eksempelvis fra Roter og Hall, der ligeledes ser, en manglende gennemsigthed i, hvordan eller i hvilken grad, der skal tages udgangspunkt i borgeren, så vedkommendes viden, erfaringer og præferencer kan danne grundlag for et sygdoms- og behandlingsforløb. I Roter og Halls gennemgang af forskningslitteraturen, vedrørende de personcentrerede tilgange, konkluderer de, at disse tilgange oftest fremstår som et udtryk for et romantiseret ideal. Roter og Hall peger derved på, at det kan fremstå uklart, hvordan en borgerorienteret sundhedskommunikation og et fælles samarbejde skal bedrives. De skriver:

As noted, patient-centered communication is widely valued as a conceptual marker of quality care. However, the term has been so broadly used as to be ascribed to phenomena as disparate as a communication style (Byrne & Long, 1976; Roter, 2000), a clinical method (McWhinney, 1989), a philosophy of medicine (Engel, 1977), a type of therapeutic relationship (Gerteis et al., 1993), a quality of care indicator (IOM, 2001), and a professional and moral imperative (ABIM foundation et al., 2002). Despite wide reference to the concept of patient-centeredness, there is agreement on only its broadest dimensions. For instance, the IOM (2001, p. 3) definition of patient-centered care as being "respectful of and responsive to individual patient preferences, needs and values, and ensuring that patient values guide all clinical decisions" is more philosophic than operational. (Roter & Hall: 2011: 56)

Roter og Hall peger på, at de personcentrerede indsatser kan siges at udgøre en meget bred vifte af tilgange, som søges anvendt på tværs af flere faglige discipliner og områder. Roter og Halls pointe er, at denne mangfoldighed gør, at det er vanskeligt at tale om de personcentrerede tilgange som en samlet størrelse og tilgang. Deres pointe er også, at denne mangfoldighed gør det vanskeligt at tale om den personcentrerede tilgangs effekt. Donald Cegala når frem til en lignende konklusion, når han i sin gennemgang af de patientcentrerede tilgange konkluderer, at studier viser, at det har en positiv effekt at patientens viden og præferencer medtænkes i et sygdoms- og behandlingsforløb. Cegala konkluderer også, at studier ligeledes viser, at patienter gerne vil informeres og inddrages i deres sygdoms- og behandlingsforløbet. Der er til gengæld stor forskel på i hvilken grad, patienterne ønsker at blive inddraget og involveret i for eksempel beslutningsprocesserne vedrørende deres behandlingsforløb. Det er på den måde meget individuelt om og i hvilken grad, en borger ønsker at blive aktivt involveret i sit sygdoms- og behandlingsforløb:

Although there is empirical support for the value of patient participation and agreement that health-related information is necessary for participation, the precise relationship between the two is less certain. Several studies within a primary care context have shown that patients often want detailed information about their illness, but that patients' desire for information and preference for participation are unrelated (Beisecker & Beisecker, 1990; Deber, Kraetschmer, & Irvine, 1996; Ende, Kazis, Ash, & Moskowitz, 1989; Strull, Lo, & Charles, 1984). Similar results have been reported with respect to cancer patients (Brandt, 1991; Cassileth, Zupkis, Sutton-Smith, & March, 1980; Davison & Degner, 1997). These studies suggest that patients' desire for health-related information is not predictive of their preference for participation in medical decision making. Thus, there is some reason to question whether providing health-related information alone is sufficient for enhancing patient participation. (Cegala 2007: 376)

Alan Bleakley er professor i Medical Education, og han er mere skeptisk indstillet over for tendensen om patientcentrering på sundhedsområdet. I sin bog *Patient-Centred Medicine in Transition* (2014) argumenterer han for, at patientcentrering bør opgives. Ifølge Bleakley har hele diskussionen om at finde et såkaldt ”center” hos enten den fagprofessionelle eller hos borgerne, ikke har nogen relevans, da han stiller sig kritisk over for, om et sådan ”center” overhovedet kan lokaliseres. Ifølge Bleakley betyder det ikke noget, om det er et biomedicinsk paradigme, og derved den fagprofessionelles ekspertviden, som danner ramme for relationen mellem læge og patient, eller om det på den anden side er borgeren, der anses som ekspert, og derved har den overordnede ”magt” til at diktere behandlingsmål og behandlingsmuligheder. Bleakley mener, at der skal fokuseres på en mere relationel tilgang på sundhedsområdet, som retter fokus mod relationen imellem for eksempel læge og patient. Bleakley anser denne relation for at være potentielt spændingsfyldt, men at disse spændinger kan dyrkes til at generere viden, som kan danne grundlag for at udvikle relationerne og et fælles samarbejde i det videre behandlingsforløb. Bleakley skriver følgende:

We suggest that it is fruitless to concentrate on ‘centres’ as loci of control— either the ‘soft’ centre as the patient in ‘patient-centredness’, ‘patient autonomy’, or ‘patient-as-consumer’; or the ‘hard’ centre as the autonomous, self-regulating doctor in traditional paternalism. What is important is the quality of relationship between doctors, patients, and medical students, necessarily involving negotiation and some positive friction. (Bleakley 2014: 49)

Jeg vender tilbage til både Bleakleys pointe om at sætte spørgsmålstejn ved en form for ”center” i den personcentrerede sundhedsindsats og til hans pointe om, at der skal rettes fokus mod relationerne imellem de fagprofessionelle og borgeren. Det gør jeg i afhandlingens anden empiriske undersøgelse, hvor jeg analyserer et Åben Dialog forløb (se kapitel 6) samt i den afsluttende og opsamlende diskussion i kapitel 7.

Den dialogiske vending som en samfundsmæssig tendens

Jeg vil i dette afsnit redegøre for de personcentrerede tilgange forstået som en samfundsmæssig tendens på især sundhedsområdet. Jeg vil i den forbindelse også kort redegøre for den historiske udvikling af denne tendens om at inddrage og involvere borgere i deres sygdoms- og behandlingsforløb.

Michel Foucault beskriver i sit idéhistoriske værk *Klinikkens Fødsel* fra 1963, at der i slutningen af 1700 tallet sker store ændringer i, hvordan sundhed og sygdom defineres. Det sker i takt med, at den moderne lægevidenskab bliver etableret. Jeg bliver forbløffet, når jeg læser Foucaults beskrivelser af denne udvikling i den moderne lægevidenskab, og særligt, når jeg sammenholder den med det komplekse samfundsbillede, som Nikolas Rose senere optegner i sin bog *Livets Politik* fra 2009. I denne bog beskriver Rose den moderne lægevidenskab i det 21. århundrede. Jeg bliver herved imponeret over, ikke kun de samfundsmæssige og lægevidenskabelige udviklinger, der er sket imellem disse to studier, men også når jeg bemærker, hvordan der er en særlig tråd og direkte forbindelse imellem Michel Foucaults forfatterskab og til det arbejde, som Nikolas Rose viderefører. Den røde tråd ses ved, at de begge beskæftiger sig med, hvordan mennesker bliver givet en subjektivitet, og derved konstruerer identitet gennem deres deltagelse i velfærdsstatens institutioner og praksisser. Det ses også ved at Rose har, ligesom Foucault, en interesse i særligt psykiatriens disciplinering af selvet, hvilket ses i hans tidligere forfatterskab (Rose 1998).

I Roses *Livets Politik* (2009) er det hverken psykiatriens, klinikkens eller den moderne lægevidenskabs fødsel, men derimod biomedicinen og derved biopolitikens fremvækst, som er genstandsfeltet for Rose. Rose peger på, at der i takt med biomedicinens fremherskende ideologi sker en transformation af, hvordan vi som mennesker subjektiveres i sundhedens tegn. Denne transformation gør, at det *redefineres*, hvordan vi som mennesker både definerer og relaterer os til henholdsvis sundhed og sygdom. Denne transformation rammer, ifølge Rose, også de forskellige sundhedspraksisser i og med, at der sker en decentralisering af sundhedspolitikens centrale administration, således at mindre, offentlige og private sundhedsaktører underlægges nogle styringsrationaler, som har til opgave at måle sundhed samt at administrerer den. I den forbindelse peger Rose på en særlig tendens om en neoliberalisering af hele sundhedsområdet. Denne neoliberalisering opstår på grund af en voldsom teknologisk udvikling, men også på grund af en øget kapitalisering, der skubber til en transformation af det biomedicinske landskab og til alle dets sundhedsaktører. Det betyder endvidere, at der ikke kun skubbes til forståelserne af sundhed og sygdom, men også til hvem der skal bære ansvaret om at forvalte dem. Rose skriver følgende:

I den anden halvdel af det tyvende århundrede var sundhed blevet en af de vigtigste etiske værdier i den type samfund. En overflod af medicinske og filantropiske organisationer engagerede sig i kampanjer for sundhedsoplysning og sundhedsfremme og stillede krav til de politiske myndigheder i sundhedens navn. Derudover blev faktiske eller potentielle patienter og deres familier og talsmænd nu nøgleaktører i sundhedens økonomi, politik og etik. Ansporet af sundhedsoplysningerne til at tage en aktiv interesse i deres egen sundhed, og ”aktiveret” af de nye borgerskabskulturer, nægtede mange mennesker at forblive ”patienter”, blot passive modtagere af lægevidenskabelig ekspertise. De blev forbrugere, som aktivt vælger og anvender medicin, biovidenskaber, farmaceutiske præparater og ”alternativ medicin”

til at maksimere og forbedre deres egen livsevne. De kræver informationer af deres læger, forventer succesfulde behandlinger og er tilbøjelige til at klage eller endda gå rettens vej, hvis de bliver skuffet. Sundhed, forstået som et imperativ, for selvet og for andre til at maksimere livskræfterne og den levende krops potentialer, er blevet et nøgleelement i de moderne etiske systemer. (Rose 2009: 51)

Rose peger på, at der med biopolitikens indtog og med en neoliberalisering af sundhedsområdet og af dets praksisser, så subjektiveres patienter nu som *forbrugere*, og således overgår *behandlinger* til at udgøre *services*. Dette flytter samtidig demarkationslinjerne for, hvem der har ansvaret i forbindelse med forvaltningen af sundhed, hvilket betyder, at den ”nye” patient nu skal forholde sig aktivt og være ansvarlig ikke kun i forhold til at træffe valg, men også til at finde løsninger på egne sygdoms- og sundhedsproblematikker. Det betyder også, at der nu stilles større krav til de sundhedsfaglige praksisser og til dokumentationen af behandlingernes effekt. Ifølge Rose påvirker disse udviklinger relationen imellem for eksempel læge og patient, idet der sker en myndiggørelse af borgeren, hvormed ansvaret for forvaltningen af sundhed også overgår til at være borgerens egen opgave (Rose 2009).

Rose beskriver i *Livets Politik* (2009) således nogle transformationer på hele sundhedsområdet, som skaber nogle ændringer, der betyder, at særligt forvaltningen, og dermed ansvaret for sundhed nu flyttes over på borgerne. Det skaber, som Rose også er inde på, en ændring af den patriarkalske magt, der har været betegnende for læge-patient relationen og kommunikationsformen. Disse ændringer af relationen imellem behandler og borgere skaber således også muligheder for nye kommunikations- og samarbejdsformer, og det er her, at jeg mener, at de personcentrerede kommunikations- og behandlingsindsatser gør sig til en del af et samfundsmæssigt perspektiv, og derved til en del af den udvikling på sundhedsområdet, som Rose beskriver.

Selvom jeg placerer disse personcentrerede indsatser som en del af en større samfundsmæssig tendens, så er det at arbejde *med* patienten og det at inddrage patienten i sin behandling ikke en ny tendens. For eksempel opstiller forskerne Szasz og Hollender i 1956 en kommunikationsmodel over forskellige kommunikationstilgange til relationen mellem læge og patient. Her ses det blandt andet, hvordan de ser sundhedskommunikationen og behandlingen gennem forskellige kommunikationsmåder, som alle opfatter *deltagelse* og *ansvar* forskelligt. Szasz og Hollender opstiller tre forskellige tilgange til læge-patient relationen.

TABLE 1.—Three Basic Models of the Physician-Patient Relationship

	Model	Physician's Role	Patient's Role	Clinical Application of Model	Prototype of Model
1.	Activity-passivity	Does something to patient	Recipient (unable to respond or inert)	Anesthesia, acute trauma, coma, delirium, etc.	Parent-infant
2.	Guidance-cooperation	Tells patient what to do	Cooperator (obeys)	Acute infectious processes, etc.	Parent-child (adolescent)
3.	Mutual participation	Helps patient to help himself	Participant in "partnership" (uses expert help)	Most chronic illnesses, psychoanalysis, etc.	Adult-adult

(Figur 1, Szasz, P. S., & Hollender, M. H. 1956: 586)

Det tredje eksempel som Szasz og Hollender nævner er en kommunikationsform, hvor relationen mellem læge og patient er baseret på en gensidig deltagelse, og hvor patienten gøres til "partner" i både kommunikationen og i forhold til at træffe valg i forbindelse med sin behandling. Szasz og Hollenders tredje eksempel kan herved sammenlignes med de personcentrerede indsatser, idet der søges at inddrage borgeren og overlade en del af beslutningerne til borgeren. Det betyder, som Rose også redegjorde for, at selve forvaltningen af ansvaret for sundhed nu flyttes over på borgerne. Denne tendens ses i de personcentrerede tilgange ved, at de ofte har fokus på individualisering, hvilket kommer til udtryk ved, at de forsøger at styrke autonomien hos borgeren for at gøre dem beslutningsdygtige og ansvarlige i forhold til at vælge imellem forskellige behandlingsløsninger. Leplege et al (2007) peger i deres historiske gennemgang af de personcentrerede indsatser på sundheds- og socialområdet på, at der i selve betydningen *personcentreret* ligger en tendens om individualisering, der handler om at styrke borgerens beslutningsdygtighed (decisional autonomy). De skriver:

By person, one means a subject who is legally responsible for his own acts and behaviours. One uses the concept of *person* in order to give somebody responsibility vis-a`-vis a situation which concerns him or her. In this context the therapeutic relationship has become much more contractual: physicians inform their patients much more than they used to. They tend to discuss therapeutic options and seek agreement and patients' free and informed consent before taking action. This evolution towards patients' decisional autonomy (in bio-medical research, and later in clinical medicine) has come along with an increasing recognition of patients' competence: i.e., their capacity to understand medical data, to provide therapeutic goals, to make consequent decisions, and also to evaluate their own quality of life and appreciate a treatment's efficiency. (Leplege et al 2007)

Jeg kritiserede tidligere i dette kapitel en del af litteraturen om de personcentrerede tilgange for, at fremstå som idealer der kan virke romantiserede. Jeg efterlyste i den forbindelse en kritisk og refleksiv stillingstagen til, hvordan disse tilgange kan udføres i praksis. Jeg pegede også på, at andre

forskere anser flere af disse tilgange for at fremstå som romantiserede frem for operationelle (Phillips et al 2016, Roter & Hall 2011).

Jeg vil pege på, at der med de personcentrerede tilgange, og med deres hensigt om at gøre borgeren til en lige samtalepartner skubbes til forståelserne af, hvordan den ”syge” borger nu skal udfylde en ”sygerolle” i sit behandlingsforløb. Denne udfordring viser sig, idet de personcentrerede tilgange har til hensigt at skabe symmetriske relationer, hvor borgeren anses som ekspert i sit eget liv og sygdom. I den forbindelse argumenterer Simon Williams for et forsvar af Talcott Parsons teori om ”sygerollen”. Williams peger på, at der aldrig kan opstå en fuldstændig symmetrisk relation mellem for eksempel en læge og patient, da relationen per definition er kendetegnet ved at være en asymmetrisk magtrelation. Williams skriver følgende:

This returns us, once again, to Parsons’ underlying conviction that the ‘professional–lay relationship in the field of illness and health care cannot be treated as a fully symmetrical relationship in the hierarchical dimension’. With respect to the ‘inherent functions of effective care and the amelioration of conditions of illness’, that is to say, ‘there must be a built-in insitutionalized superiority of the professional roles, grounded in responsibility, competence and occupational concern’ (1975: 271). This, Parsons hastens to add, is not for a moment to say that ‘the exact ways in which the lines should be drawn can be neatly deduced from such general considerations’. These matters, instead, are ‘inherently extremely complex, and the situation is far from being static’. Hence, it is entirely reasonable to suppose that ‘the lines should be shifted from time to time in the light of new knowledge and changing conditions’ (1975: 272). Despite this, Parsons ‘fails to see’ how it is ‘possible to eliminate the element of inequality’ at the heart of the doctor–patient relationship (1975: 272). (Williams 2005: 134-135)

Williams skriver, at læge-patient relationen ifølge Parsons aldrig har været en statisk relation, som ikke ændre sig over tid. Det at patienter er blevet mere oplyste, og aktivt søger information om sundhed og behandlingsmuligheder, gør, at der sker ændringer i denne relation. Ifølge Williams ændrer det dog ikke ved, at der er en grundlæggende og indbygget ulighed i relationen mellem læge og patient. Lindsay Prior forholder sig ligeledes kritisk til de personcentrerede tilganges hensigt om at skabe symmetri og gøre borgeren/patienten til en ”lige” samtalepartner. Prior er yderst skeptisk over for denne udvikling på sundhedsområdet, som synes at gå mod en demokratisering af viden. Det som Prior især stiller sig kritisk over for er spørgsmålet om, hvad lægfolk egentlig har at tilbyde på dette område. Det kan ifølge Prior også blive farligt, når patienter skal agere som forbrugere og derved selv træffe informerede valg om deres egen behandling. Prior skriver

(...) lay people are not experts. They are, for example, rarely skilled in matters of (medical) fact gathering, or in the business of diagnosis. What is more they can often be plain wrong about the causes, course and management of common forms of disease and illness. (Prior 2003: 45)

Prior stiller sig på den måde kritisk over for en tendens om demokratisering af viden på sundhedsområdet, som synes at være styret af en forbrugerorienteret diskurs og udvikling.

Problemet for Prior er, at han ikke ser, at lægfolk kan agere eksperter, og Prior efterlyser i den forbindelse, at der slås en ring om domænet ekspertise, som gør, at det kun bliver forbeholdt fagfolk. Ifølge Prior har lægfolk hverken den fornødne viden eller erfaring til at indgå i det domæne, og derved træffe beslutninger på et oplyst grundlag (Prior 2003, Prior et al 2014).

Jeg nævnte i det forrige afsnit, at Simon Williams tager Talcott Parsons teori om ”sygerollen” til ”forsvar”, da Williams ser, at der i læge – patient relationen ikke kan skabes en demokratisering af viden, som gør denne relation til en symmetrisk frem for asymmetrisk relation. Deborah Lupton peger i sin bog *Medicine as Culture* (2003) også på, at der med Parsons teoretisering omkring ”sygerollen” skabes nogle klare skel og nogle bestemte roller, som forbindes til henholdsvis lægen og patienten. Om denne rollefordelingen skriver Lupton følgende:

From this perspective, there are a number of explanations for the continuing power differential between doctors and patients which militate against the patient achieving agency. According to Parsons' 'sick role' (described in Chapter 1), it is incumbent upon the ill to seek medical advice so as to alleviate the potential state of deviance incurred by illness. It is only when they do so, and their illness is legitimized, that the ill temporarily escape social expectations and responsibilities. After seeking medical help, the ill must attempt to follow their doctor's directions, investing their trust and faith in medical expertise. A differential in power is therefore vital to establish the authority of the doctor and encourage compliance on the part of the patient. Indeed, according to the sick role model, doctors must strive to maintain a social difference from patients in order to meet their obligations as objective professionals. (Lupton: 2003: 105-106)

Lupton peger på, at magtforholdet og magtfordelingen mellem læge og patient er af en asymmetrisk karakter. Men ifølge Lupton ville alt andet også have været underligt, da patienten som den ”syge” netop opsøger lægen, og det er først i dette møde, at sygdommen hos patienten kan legitimeres af lægen, hvorefter der kan iværksættes en behandling efter lægens anvisninger. Lupton peger således på, at der er en grund til, at dette møde finder sted. Magtforholdet og asymmetrien imellem patient og læge bliver derfor at forstå som et funktionalistisk magtforhold, da *magt* bliver en produktiv faktor. Dette bevirker at parterne kan leve op til hinandens forventninger om, at være enten ”den syge”, eller ”den der helbreder”. Lupton peger yderligere på, at denne funktionalistiske opfattelse af magt i relationen mellem læge og patient i en vis grad også overlapper med et foucaultiansk perspektiv på magt. Her forstås magt som en produktiv kraft frem for tvang. Lupton henviser i den forbindelse til andre forskere der undersøger, hvordan magt aktualiseres i mødet mellem for eksempel læge og patient, og her skriver Lupton følgende:

Scholars adopting a social constructionist stance influenced by Foucault have examined encounters between medical and other health professionals and their patients for the use of language and practices in attempts to take control of the situation and silence-resistant discourses. For example, Silverman (1987: Chapter 9) examined the discourses used by doctors in encounters with adolescent diabetics, showing how even in the context of encouraging patient participation and responsibility for one's own

illness management, as is the case with diabetes treatment, doctors practice surveillance over their patients by reviewing their blood test results, questioning the thoroughness of their own management using a moral framework which implies guilt and punishment on the part of the patient who lapses and directing patients as to the most desirable ways to behave. Silverman (1987: 226) notes that patients are not 'pounded into submission' by the doctor, but rather 'incited to speak', allowing invisible power relations to take place within a framework in which the patient is encouraged to take responsibility for his or her own behaviour. (Lupton 2003: 112)

Lupton skriver, med henvisning til David Silverman, at det i Foucault inspirerede undersøgelser ses, at selvom patienter både inddrages og gøres ansvarlige for deres egen sygdomshåndtering, så opstår der alligevel en subjektivering, der skaber en særlig form for patientidentitet. Denne subjektivering er netop et udtryk for det asymmetriske magtforhold mellem læge og patient. Den er også et udtryk for, at magt producerer mere subtile mekanismer, som gør en sådan subjektivering mulig, da den bliver identitetsskabende for både lægen og patienten.

I en dansk kontekst har Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer, med deres bøger *At skabe en klient* (2003) og senere *At skabe en professionel* (2012), vist, hvordan Parsons idé om ”sygerollen” er kommet til forhandling. Järvinen og Mik-Meyer peger på, at der i takt med velfærdsstatens udbredelse, og med dens inkorporering af neoliberalistiske styringsrationaler og værdier, er sket ændringer i, hvem der har definitionsmagten over at definere for eksempel sygdom. Järvinen og Mik-Meyer viser gennem deres undersøgelser på især sundheds- og socialområdet, hvordan misbrugskonsulenter og sagsbehandlere nu også har definitionsmagten til at legitimere sygdom hos borgeren. Det sker, da selve sygerollen kommer til forhandling i kraft af neoliberalistiske værdier som for eksempel *ansvar* og *kontrol*. Disse neoliberalistiske værdier skaber med deres indtog en (gen)forhandling af sygerollen, hvor borgeren skal tage et større ansvar i forvaltningen af sygdom og sundhed (Järvinen & Mik-Meyer 2012). Järvinen og Mik-Meyers pointer er således i tråd med Nikolas Roses samfundsmæssige betragtninger, som jeg tidligere redegjorde for, hvor Rose peger på, at der er sket en transformation af sundhedsområdet. Det er en transformation som gør at forvaltningen og dermed ansvaret for sundhed nu flyttes over på borgeren. Denne samfundsmæssige transformation betyder, at borgerne pålægges en mere aktiv rolle i forbindelse med varetagelsen af egenomsorg, og ved at deltage aktivt i at løse egne sundhedsproblematikker (Rose 2009). Järvinen og Mik-Meyer peger på, at disse ændringer på især sundheds- og socialområdet gør, at borgere nu positioneres i en dobbeltposition. Denne dobbelte position kommer til udtryk ved, at borgeren på den ene side udgør en administrativ sag for den fagprofessionelle, hvor den fagprofessionelle indtræder i rollen som ekspert i, hvad der kan betegnes som en asymmetrisk relation mellem

professionel og borger. På den anden side positioneres borgeren også som et holistisk og unikt menneske, hvis viden, erfaringer, præferencer, styrker og ressourcer skal anerkendes og inddrages for at kunne løse borgerens sociale- og sundhedsproblemstillinger. Det vil sige, at borgeren i denne position gøres til en lige samtalepartner, som er aktiv og deltagende i at løse egne udfordringer.

Jeg finder Järvinen og Mik-Meyers betragtninger om, at borgeren positioneres i en dobbeltposition interessant, da den rummer nogle af de samme udfordringer, som de personcentrerede indsatser også støder på i deres forsøg på at inddrage og anerkende borgeren. Järvinen og Mik-Meyer peger i denne forbindelse yderligere på, at den fagprofessionelle nu skal agere coach i et forsøg på at anerkende borgeren som en ekspert, der er i besiddelse af ekspertviden. Det er en tendens, som Mik-Meyer og Järvinen forholder sig kritisk til, da denne coach tanke slører magtmekanismerne, idet der foregives at være en symmetrisk relation, hvor det er borgeren, der bestemmer. Borgeren som ekspert er således en position og tanke, der kolliderer med den anden position, hvor borgeren positioneres som en administrativ sag for de fagprofessionelle. Järvinen og Mik-Meyer forholder sig derfor kritiske til, at der sker et skifte i forvaltningen af ”sygerollen”, idet det ikke altid står klart, hvem der har det overordnede ansvar (Järvinen & Mik-Meyer 2003, 2012). Denne kritiske position indtager Lupton også i sin forskning, når hun peger på, hvordan magt sløres, så det ikke altid står klart, hvordan roller og ansvar er fordelt. Lupton argumenterer i den forbindelse for, og med et foucaultsk perspektiv, at magt er at forstå som værende en produktiv kraft, idet den ikke kun producerer subjektpositioner, men også skaber viden. Det betyder også, at borgeren igennem denne form for magtudøvelse ikke tvinges til at tage en aktiv rolle, men snarere ”opfordres” til at udfylde disse roller og positioner.

Järvinen og Mik-Meyers betragtninger om, at borgeren nu positioneres i en særlig dobbeltposition vender jeg tilbage til i afhandlingens afsluttende diskussionen (se kapitel 7). Der diskuterer jeg, hvordan forskellige fagprofessionelle skaber et tværfagligt samarbejde med og omkring en familie i distriktpspsykiatrien i Odsherred Kommune. Jeg diskuterer i den forbindelse, hvilke roller og krav denne familie bliver mødt med i det tværfaglige samarbejde.

De personcentrerede tilganges indtog på psykiatriområdet

Jeg vil i dette afsnit redegøre for, at de personcentrerede tilgange til kommunikation og behandling også er en tendens, der har vundet indpas inden for psykiatriområdet. Det gør jeg, da jeg i afhandlingen undersøger et specifikt borgerforløb i Odsherred Kommune, som baserer sig på Åben Dialog tilgangen. Jeg vil derfor i afslutningen af dette kapitel specifikt redegøre for denne Åben Dialog tilgang, og dens særlige tilknytning til Odsherred Kommune.

Styrkelsen af individet – et fokus på autonomi

Jeg begyndte dette kapitel med at redegøre for, at de personcentrerede tilgange udgør et stort og broget felt, der breder sig over mange forskellige fagligheder og sundhedsdiscipliner. Leplege et al konkluderer i deres historiske gennemgang omkring udbredelsen af de personcentrerede tilgange, at dette fænomen kan forstås som et multidimensionalt fænomen og koncept (Leplege et al 2007). Ud fra Leplege et al gennemgang vil jeg pege på, at der er et fælles karakteristika, som synes at binde disse tilgange sammen. Det fælles karakteristika er, at de alle bygger på en antireduktionistisk tilgang, der vægter, at borgeren betragtes og behandles som et subjekt og derved en lige samtalepartner. Disse tilgange arbejder på den måde ud fra en holistisk idé om, at borgeren ikke skal reduceres til at være sin sygdom (Leplege et al 2007).

The first portrayal of person-centredness is that an individualized and holistic approach (biological-psychological-social) must be adopted. In this normative sense, it is opposed to the classical analytic medical focus on specific organs or functions and prescribes what one must or should do instead. This first approach nominates that individuals are unique and different from one another. Therefore, one should understand the uniqueness of people as opposed to: (i) The assumption that all people with one kind of disability will automatically have similar needs, and therefore benefit from the same type of interventions, and (ii) prejudging outcome on the basis of the diagnosis alone. (Leplege et al 2007: 1556)

Leplege et al peger på, der med disse personcentrerede tilgange er et stærkt individualiserende fokus, idet de ser, at disse tilgange alle på forskellig vis vægter holisme. Det er en holisme, som ofte aktualiseres på baggrund af en individualiserende forståelse, hvilket vil sige, at disse tilgange ofte er fokuseret imod en styrkelse af autonomi hos borgeren. Dette ønske om at styrke autonomien hos borgeren er ikke en ny tendens på sundhedsområdet. Leplege et al peger på, at der siden 1950'erne har været et, medicinsk, voksende fokus på patientens subjektive oplevelser og erfaringer med egen behandling. Dette fokus på patientens oplevelser og erfaringer med behandling blev på det tidspunkt betegnet som ny form for holistisk, medicinsk tilgang, hvilket gradvist åbnede op for et decideret paradigmeskift mod en patientcentreret tilgang inden for medicinsk behandling (ibid.). I Leplege et al historiske gennemgang af disse tilgange peger de på, at det særligt er psykolog Carl

Rogers tilgang og forståelse af en *klientcentreret tilgang*, der har været inspirationskilde for en stor del af disse nye personcentrerede tilgange.

Rogers arbejdede allerede i 1940'erne med en forståelse af en klientcentreret behandlingsform, hvor han arbejdede mod at styrke autonomien i individet, således at borgeren (eller klienten) kunne mobilisere egne ressourcer og styrker til at løse sine sundheds- og socialproblematikker. Rogers' fokus og tilgang kan opsummeres således:

The 'person-centred approach' aims to turn the individual into the subjects of their own therapy. It claims that the client has a better knowledge of what they suffer from than the therapist does, they know what is important and in which direction to search. They are also able to set their own goals by themselves. This approach is founded on the idea that every organism is characterized by a tendency towards organization and growth, a tendency to develop its own capacities to the fullest and that each individual possesses within him/herself a natural tendency to actualize all his/her possibilities defined as the 'actualizing tendency' [23, p. 196]. (Leplege et al 2007: 1561)

Rogers' tilgang til personcentreret behandling bygger herved på en stærkt individualiserende idé og forståelse, som bygger på en (selv)aktualiserings tendens om, at individet skal sættes frit. Det skal det, da individet, ifølge Rogers, af natur er orienteret mod vækst. Individet er derfor bedst egnet til at foretage egne valg og træffe beslutninger om, hvilke udviklingsveje det skal orientere sig imod. Rogers anså det herved som terapeutens opgave at agere guide og hjælpe borgeren med at orientere sig, og derved finde sin egen udviklingsvej. Rogers arbejdede på denne måde med en aktualisering af individets potentialer, hvor borgeren opnåede kompetencer til selv at løse sine egne problemstillinger og udfordringer (Leplege et al 2007: 1561ff).

Leplege et al peger på, at en tilgang til personcentreret behandling inden for især psykiatriområdet kan få en lidt underlig og tvetydig betydning. Det sker, da denne individualiserings tendens om at styrke autonomien, og derved lade borgeren diktere sine behandlinger og behandlingsmål, ikke harmonere med psykiatriens tilgang til behandling. Det skyldes, at denne individualiseringstendens kan komme i karambolage med det biomedicinske paradigme, som kendetegner psykiatrien. I det biomedicinske paradigme er det behandleren, der er i en vidensposition som ekspert, og det er herved behandleren, som dikterer den medicinske behandling af borgerens sygdom og lidelser.

Leplege et al skriver:

However, as we have already said, some ethical aspects of person-centredness are not included in the clinical approach, where the aim remains primarily to acquire knowledge, and in which the aims of the cure and the means to reach them remain the clinician's responsibility. In this way, this approach does not depart from the biomedical paradigm and is still characterized by a dissymmetry between the practitioner and the patient. A good illustration of the gap between psychiatric practice and psychopathology on the one hand and person-centredness on the other hand may be found in the current

development of psychosocial rehabilitation in psychiatry. This strand, which is remarkably close to person-centredness in terms of definitions, principles and objectives, claims its differences from the medical approach and presents itself as a complementary approach. (Leplege et al 2007: 1562)

Leplege et al peger på, at der på psykiatriområdet, og i den kliniske medicinske praksis, er store spændinger forbundet med aktualiseringen af en personcentreret tilgang, da forståelsen af borgeren som en ekspert vil kollidere med det biomedicinske paradigme, hvor det er behandleren, der dikterer behandlingsmålene. Leplege et al er derfor kritiske over for de personcentrerede tilganges indtog på især psykiatriområdet, da der som nævnt kan være store udfordringer og spændinger forbundet med at arbejde *personcentreret* på dette område.

Leplege et al nævner også en anden udvikling på det psykiatriske og socialpsykiatriske område, hvilket handler om en tendens om rehabilitering af borgeren. Leplege et al ser denne tendens som endnu et udtryk for en personcentreret tilgang og udvikling. De peger på, at et fokus på rehabilitering går samme ærinder, som de personcentrerede tilgange, da det begge steder handler om en individualiseringstendens og om at aktivere borgerens egne ressourcer, så vedkommende selv kan løse egne problemstillinger. Sammenligningen mellem en psykosocial tilgang til rehabilitering og de personcentrerede tilgange foretager Leplege et al ved blandt andet at se på, hvordan den psykosociale rehabiliteringsindsats blev defineret af *the International Association of Psychosocial Rehabilitation Service* i 1985. De karakteriserede rehabilitering således:

...the process of facilitating an individual's restoration to an optimal level of independent functioning in the community [. . .]. Psychosocial rehabilitation invariably encourages people to participate actively with others in the attainment of mental health and social competence goals. In many settings, participants are called members. The process emphasises the wholeness and wellness of the individual and seeks a comprehensive approach to the provision of vocational residential, social/recreational, educational and personal adjustment services' [25, p. 61]. (Leplege et al 2007: 1562)

Leplege et al konkluderer i deres historiske undersøgelse af de personcentrerede tilgange, at det er en tendens, der har vundet indpas på flere områder og især på både sundhedsområdet og i psykiatrien, hvor den er under stor udvikling. Leplege et al konkluderer også, at de personcentrerede indsætter kan siges at komme i mange forskellige former og varianter. De peger i den forbindelse på, at den psykosociale rehabilitering også er et udtryk for denne tendens og udvikling.

Psykiatriplanens fokus på en personcentrering

I en dansk kontekst på psykiatriområdet, kan der ligeledes spores en tendens om en personcentreret tilgang til kommunikation og behandling. Det er en tendens, der ligeledes ønsker at vægte borgerens egen, aktive deltagelse, samt styrke autonomien hos borgeren i hans eller hendes sygdoms- og behandlingsforløb. I psykiatriplanen fra 2008 står der følgende:

Brugeren af psykiatrien skal sikres afgørende bestemmelse over sit behandlingsforløb, og pårørende skal inddrages i det omfang, den sindslidende ønsker det – brugerstyret psykiatri (Psykiatriplanen 2008: 9).

Og

Omdrejningspunktet er respekten for det enkelte individ, dennes holdninger og ressourcer. Der skal lægges vægt på de pårørendes særlige viden og ressourcer under patientens behandlingsforløb. Behandlingen skal tage afsæt i samarbejds- og netværksfilosofien bag Åben Dialog samt Recovery-tankegangen. Med Åben Dialog tilrettelægges behandlingen med udgangspunkt i patientens egen oplevelse af problemerne. Det er patienten, der definerer behovet for hjælp, og netværkssamtaler tilrettelægges hurtigt i forløbet. Grundtanken er, at behandlingen fremmes ved netværkets involvering (Psykiatriplanen 2008: 9)

Tekstuddragene viser, at der i psykiatrien på policy-niveau er fokus på brugerstyret psykiatri, hvilket handler om, at der skal åbnes op for en pluralitet af vidensformer i et behandlingsforløb. Det betyder, at borgeren skal anerkendes i sit behandlingsforløb, og at borgeren i en højere grad selv skal diktere både behandlingen og sine egne behandlingsmål. Det der er interessant at bemærke er, at der i tekstuddragene ligger en personcentreret tendens til grund for disse policy beskrivelser. Det ses ved, at det er det holistiske menneske, som er i fokus, og ved at det er borgerens holdninger og ressourcer, der i et behandlingsforløb skal mobiliseres således, at borgeren bliver en aktiv og deltagende del af løsningen på sine egne udfordringer og problematikker. Psykiatriplanen nævner i den forbindelse specifikt Åben Dialog tilgangen som en bestemt personcentreret tilgang, der netop er designet til at tage udgangspunkt i borgeren og dens pårørende.

Psykiatriplanens policy beskrivelser, vedrørende involvering og inddragelse af borgere og pårørende i et behandlingsforløb, er også rammesættende for især afhandlingens anden empiriske undersøgelse, hvor jeg følger et Åben Dialog forløb i distriktpspsykiatrien i Odsherred Kommune. I den analyse behandler jeg flere af hensigterne om, at det er borgeren og de pårørende, som skal diktere et forløb. Jeg undersøger i den forbindelse også, om eller hvordan, der åbnes op for en pluralitet af vidensformer i et sådan forløb (se kapitel 6).

Åben Dialog som tilgang

Jeg vil i de følgende afsnit redegøre for Åben Dialog tilgangen og redegøre for dens særlige forbindelse til Odsherred Kommune.

Åben Dialog tilgangen er skabt på baggrund af Jaakko Seikkula og Jyrki Keränen's arbejde i psykiatrien i det nordlige Lapland op igennem 1980'erne. Åben Dialog som tilgang blev endeligt til i Finland op igennem 1990'erne, hvor især psykologen Jaakko Seikkula udviklede behandlingsformen med gensidig inspiration fra psykiateren Tom Andersen fra Tromsø Universitet, der arbejdede med familiebehandling og fokus på netværks- og relationsarbejde (Seikkula et al 2006, 2012a, 2014).

Åben Dialog tilgangen er ikke en konkret metode, men en tilgang til at arbejde netværks og relations orienteret i et kollaborativt samarbejde med borgere og deres pårørende. Åben Dialog er skabt af psykolog Jaakko Seikkula og af psykiatrisk konsulent Jyrki Keränen. Tilgangen er inspireret af den systemiske terapies tilgang til netværksarbejde, og af Kenneth Gergens socialkonstruktionistiske tilgang til sprog og relationer (Seikkula et al 2003a, 2003b). Jaakko Seikkula har senere arbejdet med at integrere og tydeliggøre dialogforståelsen i Åben Dialog tilgangen (Seikkula et al 2012b). I den forbindelse har Seikkula især arbejdet med Mikhail Bakhtins tanker om dialog og flerstemmighed (polyfoni), som et teoretisk udgangspunkt for arbejdet med relationer og netværk. Et relations og netværksarbejde som involverer flere aktører, der aktivt inddrages i "behandlingsformen" (Seikkula et al 2012a, 2014).

Åben Dialog tilgangen søger aktivt at inddrage borgeren i løsningen af egne problematikker. Det sker ved at inddrage både borgerens fagprofessionelle netværk og borgerens egne relationer og netværk. Borgerens egne relationer og netværk spiller en særlig rolle i Åben Dialog, da de ses som en vigtig ressource for forløbet, og for at der kan findes fælles løsninger i samspil med borgeren. Åben Dialog tager sit udgangspunkt i psykiatrien, og har fokus på at løse især psykiske og sociale problemstillinger. Tilgangen anser ikke de psykiske og sociale problemstillinger, som værende iboende i borgeren, men at roden til problemet og selve løsningen begge skal findes i det sociale, og derved i sproget og dets mellem menneskelige relationer (Seikkula et al 2006). Åben Dialog som tilgang bygger på en forståelse af, at kriseintervention først er mulig, når både familien og andre dele af det sociale netværk integreres i processen. Åben Dialog fokuserer derfor på, gennem en

række åbne og fælles møder, at opbygge relationer imellem borgere og dets netværk. På møderne fokuseres der ligeledes på at arbejde med at opbygge relationer til det fagprofessionelle netværk, som allerede er involveret i behandlingen af borgeren. Åben Dialog handler herved om at generere dialog, og skabe rum for at alle involverede aktører høres og anerkendes. En proces hvorigennem det bliver muligt at arbejde kollaborativt mod løsninger af borgerens udfordringer og problemer (Seikkula et al 2006, 2012a).

Åben Dialog tilgangen er skabt, som et alternativ til psykiatriens kliniske diagnose orientering. Åben Dialog er, hvilket Søndergaard (2009) også peger på i sin ph.d.- afhandling om Åben Dialog tilgangen som et styringsværktøj, et ”alternativ” til en governmentality tækning. Det er en governmentality tankegang, som eksisterede i måden, hvorpå psykiatrien arbejdede med psykiske problemstillinger i 1980’ernes nordlige Lapland. En tækning og en diagnose orientering, som jeg mener, stadigvæk er aktuel den dag i dag i en dansk kontekst (Søndergaard 2009: 63). At Åben Dialog forsøger at positionere sig som et alternativ til governmentality tænkning skal ses i tilgangens bærende principper, og særligt ved at Åben Dialog som tilgang forsøger at nivellere ekspertroller i et forsøg på at styrke selvbestemmelsen og selvindsigten hos borgeren (Seikkula et al 2003a). Jeg vil dog pege på, at der i internaliseringen af et individualiseret ansvar samtidig skabes *responsibilised subjects*. Derved er Åben Dialog tilgangen ikke et alternativ til men i stedet en anden form for governmentality tænkning.

Åben Dialog som tilgang eksisterer i flere udgaver og variationer, hvor forskellene ofte er i måden, der enten lægges vægt på en socialkonstruktionistisk tilgang eller en mere systemisk tilgang til Åben Dialogs netværks og relations arbejde. I Åben Dialog med vægt på en netværks- og relationstankegang, er det særligt Tom Andersens arbejde med at skabe plads til lytning og refleksion hos deltagerne (*reflekterede dialoger*), der trækkes på (Seikkula et al 2006, 2012a).

Åben Dialog beror på syv bærende principper, hvor de forskellige variationer af tilgangen ofte lægger sin vægt lidt forskelligt (Seikkula et al 2003a, 2006, 2010). Principperne for Åben Dialog, som jeg kort vil beskrive, bygger på Jaakko Seikkulas syv principper om Åben Dialog som tilgang. Seikkula pointerer, at der gerne må afviges fra disse principper, da det er den lokale kontekst, der skal diktere, hvad der er behov for. Seikkula ser ligeledes, at denne tilgang ikke kun kan anvendes

inden for psykiatriens område, men også at der er anvendelsesmuligheder i kontekster andre steder i sundhedssektoren (Seikkula et al 2003a, 2012a, 2012b). De syv principper er:

Instantaneous help:

Borgeren i krise skal opleve hurtig hjælp. Der skal ikke gå mere end 24 timer, før det første Åben Dialog møde er organiseret. Det er personalet i psykiatrien, som har til opgave at få inviteret og inddraget både nøglepersoner fra borgerens eget netværk og få dannet en fagprofessionelgruppe, som kan medvirke i mødet.

Social network perspective:

Borgerens eget private netværk og relationer skal inddrages i forløbet. Især i det første møde er det stærkt nødvendigt at inddrage disse relationer, da det handler om at skabe et fælles sprog og kollaborativt at undersøge borgerens problemstillinger og udfordringer. Åben Dialog mødet inddrager ligeledes borgens behandlingsnetværk og dertilhørende relationer. Det er i den forbindelse vigtigt, at der ikke foretages beslutninger uden, at borgeren er hørt og har givet sit samtykke til dem.

Flexibility and mobility:

Åben Dialog er som udgangspunkt en fleksibel behandlingstilgang, som søger at tilgodese de behov, som borgeren har. Det betyder, at borgeren bestemmer om møderne afholdes i eget hjem eller på for eksempel et behandlingssted, hvor borgeren er tilknyttet.

Responsibility:

Det er det psykiatriske personale, der på opfordring af borgeren arrangerer mødet og indkalder de involverede deltagere. Psykiatrien påtager sig ansvaret for både at arrangere møderne og iværksættelse eventuelle initiativer og ønsker om behandling(er), som kan opstå på møderne. Psykiatrien påtager sig herved ansvaret for borgerens behandling(er), mens Åben Dialog møderne er aktuelle.

Continuity:

Det er et tværfagligt psykiatrisk og psykologisk team, der i fællesskab arrangerer og koordinerer møderne. Denne tværfaglighed kan suppleres, hvis det bliver nødvendigt at indkalde andre

fagprofessionelle til samarbejdet i Åben Dialog gruppen. Personalet i psykiatrien har til opgave at sikre, at møderne afholdes, og at de relevante deltagere medvirker i møderne. Det har de for at sikre en kontinuitet i møderne, hvor det kan være nødvendigt for personalet at foretage ændringer i både de medvirkende deltagere, og for selve lokationen af møderne for at imødekomme borgerens ønsker og behov.

Tolerating insecurity:

Åben Dialog har et bærende princip om en nivellering af ekspertroller. Det betyder, at ingen, hverken fagprofessionelle eller deltagere fra borgerens eget netværk, må have en forudindtaget holdning om, hvad målet med møderne er, eller hvilke løsninger der skal arbejdes hen imod. Åben Dialog er grundlagt, som en samtaleform, hvor det, at der ikke er en given løsning på forhånd, vil generere usikkerhed, som gruppen i fællesskab skal lære at håndtere. Åben Dialog lægger i stedet op til, at der i gruppen produceres nye meninger i fællesskab, og at løsninger samskabes i dialogen.

Dialogue:

Åben Dialog møderne er samtaleorienterede. Det at generere dialog mellem både borgeren og borgerens eget netværk, samt med de fagprofessionelle er det primære mål for møderne frem for, at der udelukkende fokuseres på at finde løsninger på problemstillinger. Det er gennem dialog, at både borgeren og dennes relationer styrkes, og at løsninger samskabes.

Anvendelsen af Åben Dialog tilgangen i Odsherred Kommune

Jeg vil i dette afsnit redegøre for, hvordan Åben Dialog tilgangen bliver brugt i Odsherred Kommune. Redegørelserne danner baggrund for afhandlingens empiriske undersøgelser, som er situeret i henholdsvis sundhedscenteret og i distriktpsychiatrien i Odsherred Kommune.

Introduktionen af Åben Dialog tilgangen i Odsherred Kommune har primært til hensigt at binde psykiatrien sammen med socialområdet i kommunen. Åben Dialog tilgangen fremstår på den måde som en tværfaglig og tværsektoriel platform, hvor der kan arbejdes mod, at flere forvaltninger og sektorer kan koordinere en helhedsorienteret indsats med og omkring borgeren (Larsen, Videnscenter for Socialpsykiatrien). Åben Dialog i Odsherred Kommune bliver introduceret gennem en række udviklingsprojekter. Projekterne ”Med drømme som mål” fra 2008-2011 og ”Et samtidigt ansvar” fra 2009-2012 (CFK Rapport 2012a) er projekter, der begge løber over en tre-årig

periode. Med de forskellige udviklingsprojekter i Odsherred Kommune ønsker kommunen at anvende Åben Dialog tilgangen som en måde til at forbedre livskvaliteten hos især udsatte borgere. Det er primært borgere, der kæmper med komplekse sociale og psykiske vanskeligheder, og som af forskellige årsager sidder fast i deres sygdoms- og behandlingsforløb. Åben Dialog er i den forbindelse tænkt, som en tilgang til aktivt at inddrage de udsatte borgere i deres behandling, og som en tilgang til at sikre et koordineret tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med og omkring borgeren (CFK Rapport 2012a, 2012b).

Det er gennem projektet ”Med drømme som mål”, at *netværksmødet* introduceres i Odsherred Kommune og i distriktps psykiatrien i Nykøbing Sjælland (Larsen, rapport Videnscenter for Socialpsykiatrien). Netværksmødet er, som en del af Åben Dialog tilgangen, en måde at inddrage både borgere, deres relationer og det fagprofessionelle netværk for i fællesskab at arbejde med at løse de udfordringer, som den pågældende borger står over for. Formålet med afholdelsen af netværksmøderne i Odsherred Kommune beskrives således:

Formålet med et såkaldt reflekterende netværksmøde er at skabe overblik over borgerens sag og komme videre. Formålet gælder både for den enkelte borger, men også for det professionelle netværk. De enkelte fagprofessionelle, der deltager i et netværksmøde, tænkes gennem mødet at få et nyt blik på sagen og få kvalificeret deres arbejde med borgerens sag, så mødet derved bidrager til, at sagen kommer videre. Såvel fagprofessionelle som borgere, der har bidraget til undersøgelsen bruger tilsvarende ordet ”overblik”, når de skal beskrive, hvad de vurderer formålet med et netværksmøde er. (CFK Rapport 2012a: 16)

og

Ved at deltagerne får mulighed for at lytte og reflektere over det sagte kan skabes nye perspektiver på problemstillinger og løsninger. Tanken er, at løsninger opstår, når man sætter sig fri af fagspecifikke årsagsforklaringer og løsningsmodeller. (CFK Rapport 2012a: *Resume*)

Arbejdet med Åben Dialog tilgangen i både distriktps psykiatrien og blandt fagprofessionelle i Odsherred Kommune har været fulgt og dokumenteret af andre kommuner (Rambøll: 2014, CFK Rapport 2011, 2012a, 2012b). CFK Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland har for eksempel fulgt udviklingsprojekterne omkring Åben Dialog tilgangen i Odsherred Kommune, da de har været tilknyttet det førnævnte udviklingsprojekt ”Et samtidigt ansvar” (2009-2012). CFK konkluderer blandt andet i deres undersøgelse og evaluering af anvendelsen af Åben Dialog tilgangen i Odsherred, at:

Analysen peger på, at netværksmøderne er den del af Åben Dialog-arbejdet, der mest tydeligt indebærer en potentiel effekt hvad angår umiddelbare økonomiske besparelser. Netværksmøderne kræver ressourcer til planlægning og møder samt adgang til kompetencer i form af Åben Dialog-kyndige medarbejdere til at indgå i rollerne som mødeleder og reflektor. Det ser ud til, at der igennem netværksmøder baseret på en Åben Dialog-tilgang sker en udvikling i de fagprofessionelles relationer og perspektiver, som bidrager til en øget koordinering med afsæt i borgerens egne ressourcer og ønsker

i en grad som ikke kan opnås på tilsvarende vis med andre metoder. Velplanlagte og velgennemførte netværksmøder kan mindske risikoen for dobbeltarbejde, eller at medarbejdere arbejder i forskellige retninger og komplicerer borgerens handlemuligheder yderligere. Trods de umiddelbare omkostninger ved mødet etableres et overblik hos borgeren og de mange fagpersoner, som giver gevinster i det samlede forløb og sparer på indsatser der ville være sat ind parallelt med andre indsatser eller på det forkerte tidspunkt i forhold til borgerens motivation og psykiske tilstand. Netværksmøder indeholder potentiale til en forbedret individuelt og fleksibelt tilrettelagt hjælp, som er mere effektiv. (CFK 2012a: 31-32)

Arbejdet med Åben Dialog i Odsherred Kommune stopper officielt ved afslutningen af udviklingsprojekterne ”Med drømme som mål” (2008-2011) og ”Et samtidigt ansvar” (2009-2012). Ved ph.d.-projektets empiriproduktion, som foregik fra 2013-2014, lever Åben Dialog tilgangen videre igennem en gruppe af fagprofessionelle fra henholdsvis sundhedscenteret og distriktpsychiatrien i Odsherred Kommune. Denne gruppe af fagprofessionelle har alle været en del af de forskellige udviklingsprojekter i kommunen. De arbejder nu på at holde udviklingspotentialet omkring Åben Dialog tilgangen i live ved at anvende tilgangen i deres behandlingspraksisser. Det er denne gruppe af fagprofessionelle, som har været adgangsgivende for, at jeg kunne etablere et forskningsophold og blive en del af en praksis i både sundhedscenteret og i distriktpsychiatrien. Jeg beskriver og redegør for mit møde med denne gruppe og for min adgang til disse forskningsfelter i afhandlingens metodekapitel (se kapitel 3).

Kapitel 2

Den dialogiske vending i socialvidenskaben

I dette kapitel vil jeg redegøre for den dialogisk vending forstået som en teoretisk funderet strømning i socialvidenskaben. Jeg peger i mine redegørelser på, at der er opstået en tendens om en dialogisk vending i socialvidenskaben, hvor særligt Mikhail Bakhtins tanker om dialogisme har medført, at flere forskellige teoretikere arbejder med at videreudvikle en teori og en metode om dialogisme. Mine redegørelser i dette kapitel bygger på en systematisk undersøgelse af den dialogiske vending i socialvidenskaben, hvilket betyder, at jeg med mine redegørelser samtidig opstiller et teoretisk fundament for afhandlingen. Det teoretiske fundament danner baggrund for, at jeg kan konstruere afhandlingens analysestrategi og en dialogisk metodologi, som gør det muligt at studere og undersøge multivoicedness.

Kapitlet afsluttes med, at jeg positionerer dialogisme i et teoretisk landskab og sammenholder Bakhtins forståelse og tilgang til dialogisme med andre dialogforståelser inden for feltet dialogisk kommunikationsteori.

Den dialogiske vending i socialvidenskaben

Jeg peger i dette kapitel på, at der sket en dialogisk vending i socialvidenskaben, hvor dialogteoretiske tilgange har vundet indpas på tværs af en række samfundsvidenskabelige og humanistiske felter. De dialogteoretiske tilgange, som blandt andet er inspireret af Bakhtin, breder sig for eksempel over forskellige forskningsfelter såsom kommunikationsstudier, organisationsstudier, psykologi og kulturstudier. Jeg peger i den forbindelse på en dialogisk vending i socialvidenskaben, idet der er opstået en strømning, hvor en lang række teoretikere enten arbejder med eller forsøger at videreudvikle Bakhtins tanker om dialogisme. Denne tendens ses i forskningslitteraturen, hvor flere forfattere har det tilfælles, at de på hver sin måde forsøger at gentænke, videreføre eller videreudvikle Bakhtins tanker om dialogisme. Jeg vil her henvise til følgende litteratur: Aveling et al 2014, Barge & Little 2002, Baxter 2006, 2011, Billig 1987, Clegg & Salgado 2011a, 2011b, Cresswell 2011, Cooper et al 2012, Gillespie 2007, Goncalves & Salgado 2001, 2007, Grossen & Salazar 2011a, 2011b, Hermans 2002, 2003, 2012, Hermans et al 1992, 1993, 2011, Holquist 2011, Leiman 2011, Linell 2007, 2009, Marková 2003, 2005, 2006, Marková et al 2007, Morson & Emerson 1989, 1990, Moore 2011, Nielsen 2000, 2002, Pedersen 2009,

Petrilli 2013, Phillips 2011, Salgado 2006, Shotter 1997, Valsiner 2002, 2007, Vitanova 2010, 2013, Zittoun 2006, 2007.

Det ekstraordinære fokus på særligt Bakhtins tanker om dialog ses også i tidsskrifterne *Culture & Psychology* (2011, vol.: 17) og *New Ideas in Psychology* (2014, vol.: 32) samt *Organization Studies* (2008, vol.: 29 (4)), som allesammen har viet et særnummer til de nye teoretiske udviklinger i forbindelse med Bakhtins tanker om dialogisme.

Jeg vil pege på, at der inden for denne teoretiske strømning omhandlende Bakhtins dialogisme særligt er tre teoretikere, som binder denne strømning sammen. Disse teoretikere er psykolog Ivana Marková, psykolog Hubert Hermans samt lingvistikker Per Linell. De står som nogle af de mest centrale skikkelser i forhold til at forsøge at videreudvikle Bakhtins tanker om dialogisme. Det der karakteriserer denne bølge af tankegods omhandlende Bakhtins tanker om dialogisme er, at den har et særligt psykologisk og lingvistisk fokus, hvilket også kommer til udtryk i de tre nævnte teoretikers baggrund. Ivana Marková forsøger i sin bog *Dialogicality and Social representations* (2005) at videreudvikle Bakhtins tanker om dialogisme i samspil med særligt Serge Moscovicis *Social representations theory*. Hubert Hermans trækker primært på psykolog William James' tanker om et *extended self*, hvilket Hermans og en lang række kollegaer lægger til grund for deres teori om *dialogical self theory* (Hermans et al 1992, 1993, 2011). Per Linell forsøger med sin bog *Rethinking language, mind and world dialogically* (2009) at opstille en form for samlet værk om dialogisme, som også i bredere forstand kan referenceres til som dialogicality. Centralt for Per Linells tilgang er en mere samtaleanalytisk tilgang, da Linell i høj grad trækker på sit tidligere arbejde med teoriretningen *Conversation Analysis*. Per Linell arbejder desuden også tæt sammen med Ivana Marková og Michele Grossen, hvilket blandt andet ses i deres fælles udgivelse *Dialogue in Focus Groups* (2007). Her undersøger forfatterne, hvordan dialog i en fokusgruppe kan studeres ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv. I afhandlingen lader jeg mig inspirere af Bakhtin og af alle disse forskellige bidrag inden for den bevægelse, som jeg betegner som den dialogiske vending inden for socialvidenskaben. Det betyder, at jeg i afhandlingen er interesseret i at undersøge, hvordan disse forskellige bidrag kan hjælpe mig mod en forståelse af dialogisme, samt hvordan jeg, på baggrund af min læsning og undersøgelse af dette felt, kan opbygge en analysestrategi.

Jeg vil i afhandlingen ikke foretage et detaljeret studie af, hvordan Bakhtin forstår dialogisme, eller hvordan alle disse videreudviklinger og bidrag til Bakhtins teorier enten bryder eller viderefører Bakhtins ”originale” forståelser og tanker om *dialog*. Det skyldes primært, at Bakhtin aldrig nåede at nedfælde en samlet teori om, hvordan han forstod dialogisme. Bakhtins forståelse af dialog, og dermed af dialogisme, har også ændret sig, og taget forskellige former på tværs af hans forfatterskab (Holquist 2009). Bakhtin gjorde en dyd ud af altid at ændre sin forståelse af for eksempel dialog, hvilket også betyder, at hans forfatterskab på ingen måde tilbyder en fuldstændig entydig forståelse af begrebet. Dette skal måske ses i sammenhæng med, at Bakhtin anskuer dialogisme som en slags modgift til det, han betegner som monologens evne til at rumme et ultimativt sandhedskrav. For Bakhtin er styrken ved dialog netop, hvordan den kan åbne op for, hvad han betegner som monologens snævre syn på ’sandhed’ (Bakhtin 1979). Ifølge Bakhtin er dialog en vigtig forandringskræft, fordi den åbner op for forskel og derved for andre vidensformer, hvilket skaber en dynamik, som går på tværs af både kultur og individ (Bakhtin 1979, Holquist 2009).

Jeg viste i starten af kapitlet, at der er en blomstrende interesse for Bakhtins tanker på tværs af en række samfundsvidenskabelige og humanistiske felter. Craig Brandist beskriver, at det er en tendens, der har stået på længe:

In the last 30 years there has been a slowly increasing torrent of Russian and English publications about Bakhtin. Ten large international conferences and numerous smaller events have been staged, and there is little sign of interest waning. Bakhtin, it seems, offers something for everyone. He is invoked in the cause of liberal humanist criticism, idealist philosophy, Russian nationalism, Marxism, anti-Marxism, post-colonial theory and many more positions beside. Indeed, it often seems there are as many ‘Bakhtins’ as there are interpretations. (Brandist 2002: 1)

Brandist peger på, at der synes at være lige så mange forskellige fortolkninger og udgaver af Bakhtins teorier, som der er forskere, der lader sig inspirere af Bakhtins arbejde. Det er også gældende for det, jeg betegner som den dialogiske vending inden for socialvidenskaben, da alle disse, forskellige bidrag har det til fælles, at de på, hver sin måde, forsøger at videreudvikle Bakhtins tanker om dialog. Denne afhandling stiller sig på heller ikke anderledes, idet jeg også lader mig inspirere til at udvikle og anvende en Bakhtinsk inspireret analysestrategi, som jeg udvikler i et samspil mellem teori og empiri. Ved at udvikle en analysestrategi ud fra Bakhtins tanker om dialogisme, bliver jeg en del af den dialogiske vending i socialvidenskaben. Jeg vil i den forbindelse pege på, hvordan de teoretikere, som udgør denne strømning, og ikke mindst mig selv, arbejder ud fra en Bakhtinsk ånd. Med det mener jeg, ligesom Sandler også påpeger, at Bakhtin i sit

forfatterskab ikke var så interesseret i at redegøre for sine mange kilder og det teoretiske tankegods, som han flittigt trak på. Sandler peger på, at Bakhtin snarere var mere interesseret i at gøre denne inspiration og kilderne til sit eget og derved udvikle sin egen (teoretiske) stemme. Sandler skriver:

Bakhtin tells us in several of his (e.g., Bakhtin 1981) works that the speaker or author has to adapt, appropriate, the words and voices of previous speakers and authors, to orchestrate these sounds produced by others to form his or her own original meaning, voice, distinct sound. When today we study Bakhtin's sources of influence, we'd do better to resist the temptation of simply equating Bakhtin with his sources, of applying the usual tools and methods for such studies uncritically. Because, at least in Bakhtin's case, identifying sources is important, of course, but it is much more interesting to see how Bakhtin transforms these sources and turns them into the building blocks of his own original philosophy. (Sandler 2014:8)

Ud fra Sinders citat vil jeg pege på, at teoretikerne i den dialogiske vending arbejder ud fra en Bakhtinsk ånd, hvilket kommer til udtryk i den mangfoldighed og kreativitet som karakteriserer denne bevægelse. Den bakhtinske ånd skal ses i relation til, hvordan Bakhtin forstår sprogets funktion, som for ham handler om, at man skal tilegne sig andres sprog for derved at gøre det til sit eget. Jeg vil pege på hvordan, teoretikerne i den dialogiske vending netop forsøger at tilegne sig Bakhtins forståelser for derved at gøre dem til en del af deres egen teoretiske ”stemme”.

A turn to dialogism

I afhandlingen beskæftiger jeg mig med dialog, og særligt med en tendens, som jeg betegner som den dialogiske vending i socialvidenskaben. Jeg har fokus på at undersøge både Bakhtins tanker om dialogisme samt forskellige bidrag, der forsøger at videreudvikle Bakhtins tanker. I den forbindelse vil jeg ikke redegøre for hele Bakhtins forfatterskab. Jeg berører heller ikke de forskningsmæssige ”kontroverser”, der eksisterer om, hvilke forskellige pseudonymer Mikhail Bakhtin også skrev under, da han blev pålagt censur i Sovjet Rusland (se Brandist 2002).

Bakhtin anvendte igennem sit forfatterskab både termen dialog og dialogisme. Jeg vil pege på, at dialog ofte tillægges en form for hverdagsbetydning, som henviser til en samtale mellem en eller flere personer. På denne måde konnoteres dialog, ud fra en commonsense forståelse. I denne afhandling og ud fra en forståelse af Bakhtin refererer dialogisme til en mere abstrakt forståelse af dialog. Det er en forståelse som har nogle mere vidtrækkende filosofiske implikationer, idet der henvises til, at vi som mennesker er dialogiske væsener. Dialogisme er således en særlig måde at tænke menneskelig samhandlen, kognition og kommunikation på. Det betyder også, at når jeg i denne afhandling refererer til *dialog* eller til *dialogisme*, så henviser jeg til denne særlige forståelse.

Bakhtins tanker om dialog indskrives sig også i et større felt, der bredt refereres til som dialogisk kommunikationsteori eller *dialogue theory* (Linell 2009, Phillips 2011). Per Linell bemærker i sit studie af Bakhtin, at begge termerne, dialog og dialogisme, bruges flittigt igennem Bakhtins forfatterskab, og at der synes ikke at være nogen klar systematisk brug af disse termer. Linell bemærker desuden, at Bakhtins forståelser af disse termer også løbende ændrer sig på tværs af hans forfatterskab. Det mener jeg skal ses i lyset af, at Bakhtin førte en indædt kamp imod, hvad der kan betegnes som monologens korstog, hvilket jeg også ser må omfatte specifikke ords betydninger. Derved omfatter det også Bakhtins anvendelse af ordet dialog. For at gøre forvirring større så bemærker Linell ligeledes, hvordan dialog eller dialogisme også refereres til som *dialogicality*, hvilket Linell begrebsafklarer således:

The term dialogicality (sometimes appearing in the form of 'dialogicity'), on the other hand, refers to some essence of the human condition, notably that our being in the world is thoroughly interdependent with the existence of others. More concretely, one can often point to the dialogicality of specific discourses. So, if dialogicality is a property of the subject matter of the human and culture sciences, then dialogism is an epistemological framework that takes dialogicality systematically into consideration. (Linell 2009: 7)

Fælles for denne dialogiske vending i socialvidenskaben er, at forskellige teoretikere gør Bakhtins tanker om dialogisme til en hjørnesteen i et forsøg på at videreudvikle dialogisme som en teori. En teori hvor dialogisme kan anses som både en epistemologi for socialvidenskaben og en ontologi for menneskets måde at skabe mening om verden på. Det betyder også, at dialogisme fremstår som en særlig dialogisk måde at tænke menneskelig handling, kognition og kommunikation. Linell skriver:

Dialogism can therefore be described both as a general *epistemology* for the human sciences (Marková, 1990b) and as an *ontology* of the human mind (Marková, 2003a, 2006). On the one hand, dialogical theories account for how human beings relate to the world, for example, how they use language to intervene in the world as apperceived or to solve various communicative projects, and how they acquire knowledge about the world in divergent ways ('appropriating' it). On the other hand, Marková (2003a, p. 90ff) regards dialogicality in ontological terms too. In this context, ontology is not taken so much in metaphysical or purely epistemological terms, but it is a theory of how the mind actually works, about the mind's nature and essence. Marková's claim is that the human mind and existence are based on the self-other (Ego-Alter) relationship. (Linell 2009: 30)

Det der ligeledes karakteriserer tendensen om at videreudvikle Bakhtins tanker om dialogisme er, hvordan dialogisme bliver til en særlig dialogisk måde at konceptualisere det menneskelige selv. Dialogisme bliver hermed til en teori om, hvordan vi som mennesker producerer mening om verden, hvilket altid sker i et dialogisk og relationelt forhold til den *anden*. Et forankringspunkt for den dialogiske vending i socialvidenskaben er Bakhtins bemærkning om, at vi som mennesker; *live in a world of others' words*. Bakhtin argumenterer her for, at sprog er noget, der er tillært gennem

samtale, og at der altid er en tiltænkt lytter og modtager, når vi enten taler, skriver eller tænker. Vi er på den måde altid dialogisk orienteret imod den *anden*. Bakhtin skriver:

I understand the other's word (utterance, speech work) to mean any word of any other person that is spoken or written in his own (i.e., my own native) or in any other language, that is, any word that is *not mine*. In this sense, all words (utterances, speech, and literary works) except my own are the other's words. I live in a world of others' words. And my entire life is an orientation in this world, a reaction to others' words (an infinitely diverse reaction), beginning with my assimilation of them (in the process of initial mastery of speech) and ending with assimilation of the wealth of human culture (...). (Bakhtin 1986: 143)

Bakhtin beskriver, at vi som mennesker er unægtelig forbundet med den *anden* i et *I-other* relations forhold. Det at vi skal forstå mennesket gennem et *I-other* relations forhold betyder, at ”jeg’et” ikke kan forstås som individuelt afgrænset, men at det skal ses i relation til den *anden*. Det er således igennem denne *I-other* relation, at vi skaber betydning og konstruerer den sociale verden. Det gør vi gennem det, som Marková og Linell betegner som ”*a set of multifaceted and multivoiced realities situated in culture*” (Marková et al 2007:8). Hubert Hermans, som er en anden fortolker af Bakhtins tanker om dialogisme, forklarer dette fænomen med, at fordi vi som mennesker hele tiden er orienteret imod den *anden*, så kan vi ikke tale om mennesket som havende et autonomt selv (Hermans 2012). Når Bakhtin derfor taler om, *at vi lever i en verden af andres ord*, så skal det tages bogstaveligt. Hermans forklarer dette fænomen med, at vi som mennesker aldrig er alene. Den *anden* er altid til stede i vores tanker, tale eller skriverier. En vigtig pointe i Bakhtins forståelse af dialogisme er herved, at dialog ikke er reduceret til at være en aktivitet, som foregår eksternt og i en interpersonel relation. Dialog og dialogisme er også en aktivitet og en proces, der finder sted inden i os. Hermans beskriver i det følgende, hvordan dialog både er en intern og ekstern aktivitet:

By bringing the two concepts together in the combined notion of ‘dialogical self’, the between is interiorized into the within and reversibly, the within is exteriorized into the between. As a consequence, the self does not have an existence separate from society but is part of the society; that is, the self becomes a ‘mini-society’ or, to borrow a term from Minsky (1985), a ‘society of mind’. Society, from its side, is not ‘surrounding’ the self, influencing it as an external ‘determinant’, but there is a society-of-selves; that is, the self is in society and function as an intrinsic part of it. (Hermans et al 2012: 2)

Hermans konceptualiserer i citatet Bakhtins forståelse af mennesket som værende en *I-Other relation* til en teori, som Hermans kalder *dialogical self theory* (Hermans 2002, 2012, Hermans et al 1992, 1993, 2011). Det dialogiske selv i *dialogical self theory* er karakteriseret ved, at det er befolket og fyldt med *stemmer*, som kommer til udtryk gennem forskellige former for *I-Other* relationer. Det er gennem disse relationer, at vi som mennesker producerer mening og skaber identitet. Hermans trækker i den forbindelse på psykologerne William James og George Herbert Mead i sin forståelse af, at mennesket er skabt i relation til den *anden*. I Hermans fortolkning af det

dialogiske selv, betragtes mennesket som i William James' forståelse af et *extended self* (1890). For at forstå relationen imellem *I* og *the other*, kan man med fordel undersøge overgangene imellem *mig* (*me*) og *mine* (*mine*). James beskriver på den måde, hvordan *andre* personer bliver til en del af ens *selv*, og derved opfattes som *mig selv* (James 1890). Hermans beskriver i den forbindelse, at personer, såsom ens mor eller ens "modstander", er en del af ens *forlængede selv*. Pointen er her, og som forstået ud fra Bakhtin, at fordi vi lever igennem en multiplicitet af andres sprog, er vi som mennesker multiple, idet vi altid er orienteret mod andre (den *anden*). Det at vi skal forstå mennesket som multipelt betyder, ud fra Hermans fortolkning, at vi indoptager *stemmer* af den *anden*. Det er således gennem disse *stemmer* og i et samspil *med* de multiple *stemmer*, at vi både orienterer os i verden, skaber mening og konstruerer identitet.

Hvem er den anden i dialogisme?

Et af de mest citerede udsagn fra Bakhtin må være det følgende citat, hvor Bakhtin beskriver, hvordan vi som mennesker lever gennem andres ord og ytringer ved, at vi indoptager dem og gør dem til vores egne, hvorefter de hjælper os med både at skabe og producere mening og betydning. Bakhtin skriver følgende:

The word in language is half someone else's. It becomes 'one's own' only when the speaker populates it with his own intension, his own accent, when he appropriates the word, adapting it to his own semantic and expressive intention. Prior to this moment of appropriation, the word does not exist in a neutral and impersonal language (it is not, after all, out of a dictionary that the speaker gets his words!), but rather it exists in other people's mouth, in other people's concrete contexts, serving other people's intentions: It is from there that one must take the word, and make it one's own. (Bakhtin 1981: 293-294)

Bakhtin redegør her for, at sproget ikke kan betragtes som et neutralt medium, det er levende og bevæger sig igennem den, der taler. Herved taler Bakhtin om, at den der taler både er befolket med *stemmer* samt af intensionerne af andre. Bakhtin taler i den forbindelse om at ord ikke er som taget fra en ordbog, men ord er allerede givet en betydning. Ord er givet en betydning som den, der anvender en bestemt ytring således gør til sin egen, når personen anvender ytringen i en specifik situation. Det betyder også, at diskurs finder sted i en række diskursive ytringskæder. Disse diskurser er herved et produkt af, hvad der lå til grund for ytringerne og et produkt af, hvad der ligger forud for dem (Bakhtin 1981: 293ff, Grossen & Orvig 2011a). Dette fænomen hænger sammen med en særlig egenskab ved sproget, som Bakhtin betoner som *heteroglossia*, hvilket henviser til, at sproget er at betragte som polyfonisk (multivoiced). Det betyder, at sproget og ytringer er fyldt med betydningsspor fra andre, og derved er der et spændingsforhold i sproget. Det

er et spændingsforhold, som kommer til udtryk i, hvad sproget på den ene side foreskriver og på den anden side, hvad en person ønsker at udtrykke.

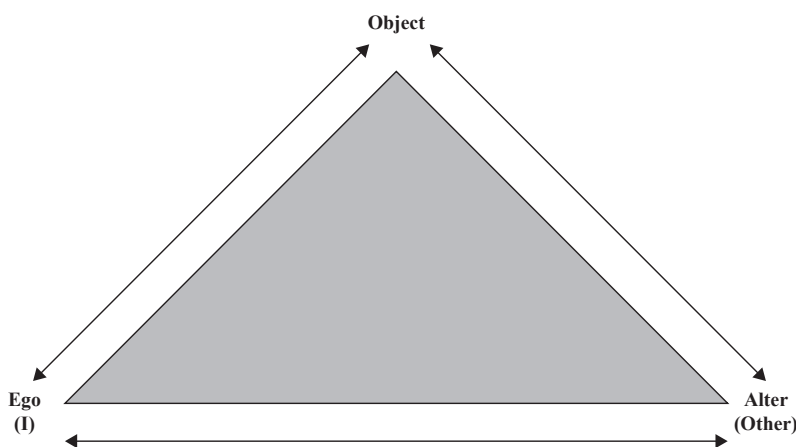
Det at Bakhtin mener, at mening skabes i en relation mellem *I* og *the Other* betyder, at mennesket ikke kan skabe betydning eller producere mening uden den *anden*. Og fordi dialog, ifølge Bakhtin, både er et internt og eksternt fænomen for mennesket, bliver mening skabt i mødet med den *anden*. Det kan være i mødet med en konkret samtalepartner, men det kan også være interaktionen med en imaginær samtalepartner. Bakhtin taler i denne forbindelse om *inner-Others*, som udgør *stemmer af andre*. *Stemmer* som vi er i dialog med, og som ”hjælper” os til at skabe mening om verden. Det betyder, som allerede nævnt, at selvet er en multipel størrelse, da det er befolket af andres *stemmer*.

The creation of meaning and the creation of self involves a relation of between the I and Other, or between a center and a periphery (Holquist: 1990). (citeret fra Goncalves & Salgado 2001: 531)

Og

In his book *The Dialogic Imagination*, Bakhtin (1981) remarks that: “...language...lies on the borderline between oneself and the other. The word in language is half someone else’s...” (p. 280). In a similar vein, it can be concluded that the self lies on the borderline between oneself and the other. The self is half somebody else’s. (Hermans 2003: 124)

Det at *andre* er en del af ens *selv* betyder, at selvet altid er indgydt af, men også reagerer på baggrund af andres *stemmer*. Ivana Marková (2005) har i den forbindelse udviklet et teoretisk bud på, hvordan disse *stemmer af andre* bringes i spil for at producere mening. Marková kalder sin dialogiske kommunikationsmodel for en triade af Ego-Alter-Objekt. Marková introducerer et triadeforhold og markerer derved, hvordan andre (others) er *medskabere* og *medforfattere* i produktionen af mening og betydning. Markovás kommunikationstriade ser ud som følgende:



Kilde: Model fra Ivana Marková *Dialogicality and Social Representations* (2005)

Ego henviser i modellen til jeg'et (the I), som indgår i en relation med både objektet (verden) og med *Alter (the Other)*. Pointen er, at for at individet kan skabe betydning og "afkode" objektet, så har jeg'et brug for den *anden*. Det er igennem denne relation, at både mening og betydning produceres. Den *anden*, som jeg i afhandlingen markerer i kursiv, repræsenterer en generisk størrelse, da det henviser til, hvordan vi mennesker indgår i forskellige sammenhænge og i forskellige grupper igennem vores liv. Det at den *anden* forstås som en generisk størrelse betyder endvidere, at denne *anden* ikke kun kan udgøre et individ, men også kan tage form som for eksempel en gruppe, en organisation, en institution, en kultur eller et samfund. Bakhtin beskriver senere i sit forfatterskab konceptet om en *superaddressee*, hvilket udgør en form for *generaliserede anden*. Det er herved gennem en relation og forestilling om den *anden*, at subjektet både betydningsætter sig selv samt påtager sig forskellige roller og identiteter alt efter de fællesskaber, som en person stræber efter (*becoming*) at blive en del af. (Bakhtin 1986: xviii, Bakhtin 1990: 120f). Bakhtin skriver for eksempel:

I experience, strive, and speak herein the *chorus* of others. But *in a chorus* I do not sing for myself; I am active only in relation to the other and I am passive in the other's relation to me. (Bakhtin 1990: 121)

I Markovás Ego-Alter-Objekt triade er *ego-alter* eller *I-Other* således altid i relation til hinanden. Derved er de gensidig forbundet. Det kommer for eksempel til udtryk ved, at et *jeg* udgør en centripetal diskursiv kraft, hvilket er en diskursiv kraft som forudsætter en *andethed* (the other). Denne andethed udgør herved en centrifugal diskursiv kraft, som er nødvendig for, at der kan produceres mening og betydning om verden, og at der kan skabes en identitet for individet (Marková 2005).

Aveling et al (2014) er en række forskere der, på baggrund af Bakhtins tanker om dialogisme og med inspiration fra Markovás triadekommunikationsmodel, har forsøgt at udvikle en metode til at forstå, hvordan selvet relaterer sig til den *anden*. Denne model, som Aveling et al præsenterer, fokuserer på, hvordan selvet er multipelt, og hvordan selvet kan forstås som værende *multivoiced*. Aveling et al's (2014) agenda er at forsøge at præsentere en metode, hvor disse *stemmer* og denne multiplicitet i selvet kan studeres. De skriver i denne forbindelse følgende:

Conceptualising the Self as multivoiced originates in the theoretical tradition of dialogism. Within this tradition, the Other is not in opposition to Self, but part of Self (Bakhtin, 1981: 354; Wertsch, 1991). Moreover, the Self is not simply what is self-reported, but also how the Self relates to Others (Marková, 2003). This emphasis on Self-in-relation-to-Others implies three foci for our method: voices of the Self, voices of Others, and their interactions. (Aveling et al 2014: 4)

Aveling et al's formål er at opstille en metode, som åbner op for, at det multiple selv kan studeres. Aveling et al søger samtidig at inspirere andre teoretikere til at forsøge at videreudvikle deres metode. Forfatterne peger på, at når det kommer til at arbejde med dialogisme, så eksisterer der endnu ingen klar anvisning eller en konkret metode til at undersøge det multiple selv. Det at der ikke eksisterer en klar metode til at undersøge det multiple selv, mener jeg, skal ses i lyset af, at denne dialogiske vending i socialvidenskaben er en fragmenteret størrelse. Som andre forskere også har bemærket, så eksisterer der næsten lige så mange forskellige udlægninger af både Bakhtin og dialogisme, som af teoretikere, der forsøger at omsætte disse tanker i praksis (Brandist 2002: 1).

Aveling et al (2014) præsenterer en metode, der opererer med tre forskellige aspekter af, hvordan man henholdsvis kan lokalisere og undersøge *stemmer* i det multiple *selv*. Denne metode udgør:

1) Voices of the Self: I-positions:

I dette aspekt læner Aveling et al sig op ad Hubert Hermans fortolkning af dialogisme. Hermans taler om, hvordan det dialogiske og multiple selv kan tale ud fra forskellige positioner, som han betegner som *I-positions* (Hermans 2012). Disse I-positions kan sammenlignes med Markovás forståelse af, at et flerstemmigt individ også kan tale ud fra flere ”jeg'er”. Aveling et al argumenterer således for, at det er muligt at undersøge, fra hvilken I-position eller med hvilken *stemme* et individ taler fra/med i en specifik situation. De skriver:

The ‘I’ can speak (and act) from a multiplicity of different ‘I-positions’ (Hermans, 2001). While each I-position is initially cultivated in a particular set of social relations and particular context, in a person’s psychological life, I-positions from various contexts collide, and within one context or even one utterance the Self may move between I-positions or voices. For example, a mother might speak as a mother, a woman, or someone who loves gardening. (Aveling et al 2014: 4)

2) Voices of Other: Inner-Others:

Den anden type af *stemmer* som optræder i selvet relaterer sig direkte til den *anden*. Denne type af *stemmer* refereres til som inner-Others, og det er *stemmer*, som kan komme til udtryk på flere måder. Det kan være som inner-Others, hvor den talende giver *stemme* til et specifikt individ eller gruppe, hvilket eksempelvis ses, når en person siger; ”*hun sagde...*”. *Stemmer* af inner-Others kan også komme til udtryk som indirekte citater, hvor den talende refererer til specifikke holdninger eller ytringer fra en anden person eller gruppe. Endelig kan disse *stemmer* også udgøre, hvad der refereres til som *ekkoer*, hvilket virker på et mere subtilt niveau, da det refererer til andenhånds eller til lånte ytringer, som derved bærer klare betydningsspor fra den tidligere og oprindelige ejermand. Aveling et al (2014) skriver:

These voices of the Other within Self we call 'inner-Others' (Bakhtin, 1981; Marková, 2006). Inner-Others do not only represent 'real' individuals (e.g. my mother, my boss); they may also be imagined Others or generalised Others (e.g. my community) or reflect discourses or social languages associated with particular groups or institutions. Even those people (or groups) who the Self sees as radically 'other' (e.g. out-groups and even enemies) are inner-Others and thus part of the Self. (Aveling et al 2014: 4)

3) Interacting voices: heterodialogue & autodialogue:

Det tredje aspekt handler om, hvordan *stemmer* fra selvet og *stemmer* fra den *anden* interagerer. Aveling et al skelner her imellem *heterodialogue* og *autodialogue*. Heterodialogue henviser til en dialog med en aktuel samtalepartner, hvorimod autodialogue refererer til en dialog mellem indre *stemmer*. De skriver i den forbindelse følgende:

Alongside dialogue with actual Others (which we will call 'heterodialogue') there can be instances of 'autodialogue' – dialogue between the voices within the Self (Josephs and Valsiner, 1998). This occurs, for example, when someone asks herself a question or when she interrupts herself to disagree with her own utterance or to quote someone else's response. Inner-Others play an active role in autodialogue, changing topics, introducing ideas and shifting the positions from which individuals speak (Marková, 2006). (Aveling et al 2014: 5)

Aveling et al (2014) præsenterer i deres artikel et interessant bud på, hvordan det multiple selv og dets mange *stemmer* kan studeres. Deres tilgang er således et forsøg på at etablere en metode, der kan studere dette fænomen i praksis. De skriver yderligere, at deres tilgang skal ses som et indledende forsøg på, hvordan det *multiple selv* og dets mange *stemmer* kan studeres. De peger derved på, hvordan Bakhtin og hans følgere omkring dialogisme endnu mangler at præsentere en konkret metode, der kan studere multivoicedness.

Jeg finder Aveling et al's (2014) tilgang interessant, da den opsummerer mange af de seneste teoretiske udviklinger, som den dialogiske vending har medført. Jeg vil dog fremhæve nogle kritikpunkter ved deres metode. Det første kritikpunkt er en kritik, som jeg også retter mod Hubert Hermans og hans fortolkning af dialogisme. Kritikken går på, at Hermans, ligesom Aveling et al, er for optaget af at lokalisere de multiple *stemmer* og *I-positions* i selvet. Jeg mener, at de med deres psykologiske baggrund retter et for udpræget og næsten klinisk blik på, hvordan der gennem sådan en metode kan foretages en kortlægning af de mest betydningsfulde *stemmer* i et individs selv. Jeg mener, at en sådan kortlægning hverken er givtig eller interessant. Det skyldes, at jeg har et mere socialpsykologisk og kommunikationsmæssigt perspektiv og ærinde. Jeg vægter i stedet, hvordan disse multiple *stemmer* også udgøres af nogle mere emergente størrelser, som kommer til udtryk i forskellige kontekster og situationer. Derfor er jeg ikke interesseret i, som for eksempel Hubert Hermans, at foretage en klinisk undersøgelse og kortlægning af de multiple *stemmer* i det

multiple selv. Jeg tager også udgangspunkt i denne kritik ved, at jeg i afhandlingens første empiriske analyse undersøger, hvordan borgeres sygdomsfortællinger kan forstås som et multivoiced fænomen og konstruktion. Min tilgang er at undersøge, hvordan borgernes mange relationer – både private og fagprofessionelle – bliver til *stemmer*, som både er *medforfattere* og *medskabere* af deres sygdomsfortællinger.

En anden kritik jeg vil fremføre er rettet imod metodens tredje aspekt, som handler om interaktionen mellem *stemmer* fra *selvet* og *stemmer* fra den *anden*. Min kritik går på, at dette aspekt ikke er tilstrækkeligt udviklet. Aveling et al skriver, at de er interesseret i, hvordan *stemmer* strides og kolliderer i det multiple selv, men de angiver ikke, hvordan disse potentielle spændinger kan studeres. Hertil skriver de heller ikke noget om, hvordan aktualiseringen af nogle *stemmer* frem for nogle andre må være resultatet af spændinger imellem asymmetriske magtrelationer. Jeg finder det interessant at undersøge, hvordan netop *stemmer* strides og kolliderer i det multiple selv. Derved er jeg interesseret i, hvordan magtrelationer skaber spændinger. Spændinger som angiver, hvordan det *multiple selv* kæmper for både at producere mening samt for at (re)præsentere et *selv*, altså skabe identitet. Det jeg efterlyser er en mere udpræget forståelse, og en metode som kan belyse, hvordan forskellige *stemmer* og videnspositioner (ideologier) strides i det multiple selv. I afhandlingen gør jeg dette til et centralt punkt for min konstruktion og udvikling af en analysestrategi, som baserer sig på dialogisme. Jeg opstiller i afhandlingen en konkret analysestrategi og metode til både at forstå og undersøge spændinger i det multiple selv (se kapitel 4). Dette fokus bliver herved til et centralt analysepunkt for afhandlingens to, empiriske undersøgelser.

Spændinger i det multiple selv – en kamp om aktualisering

Flere af de teoretikere, der beskæftiger sig med Bakhtin og dialogisme peger på, at der foregår en udpræget magtdynamik i dialog og i aktualiseringen af *stemmer* i det multiple selv (Phillips 2011, Marková et al 2007, Valsiner 2002). Magtdynamikken kan forklares ud fra Bakhtins tanker om, hvordan sproget har en polyfonisk karakter, som Bakhtin betegner som heteroglossia. Heteroglossia betegner et indbyrdes spændingsforhold, der kommer til udtryk i vores brug og anvendelse af sproget. På grund af at sproget allerede er givet en betydning af *andre*, opstår der et spændingsmæssigt forhold til, hvad sproget på den ene side foreskriver, og på den anden side hvad det enkelte individ ønsker at udtrykke (Bakhtin 1981: 272). Det skaber en magtdynamik, som ses i

spændingen mellem centripetale og centrifugale diskursive kræfter, hvor der i selvet, på den ene side, opstår en kamp om en centralisering (centripetal kraft) mod en enighed (en konsensus omkring en ytring eller en identitet). På den anden side skabes der en centrifugal kraft, der gennem en relation til den *anden* forsøger at introducere ”nye” og anderledes vidensformer. Introduktionen af ”nye” og anderledes vidensformer skaber nye handle- og identitetsmuligheder, som åbner op for produktionen af ”ny” viden. Denne mekanisme som handler om *selvets* vedvarende konstruktion og re-konstruktion berører et andet interessant fænomen, som Bakhtin betegner som *unfinalizability* (Bakhtin 1981). Unfinalizability skal ses i relation til, at fordi mennesket befinder sig og agerer i heteroglossia, så er mennesket allerede dybt involveret og indviklet i forskellige, dialogiske spændinger. Det at være indviklet i dialogiske spændinger betyder, at man aldrig kan tale om, at sådan *er* den og den person. Det ville være at objektgøre personen og dermed finalize og monologisere personen. Mennesket *er* et dialogisk væsen, som er involveret i en evig spændingsfyldt proces af becoming (infinite open-endedness), hvilket Bakhtin betegner som at være unfinalizable. Unfinalizability symboliserer på den måde et spændingsforhold, som kommer til udtryk ved, der ikke er nogle entydige svar på, hvordan et menneske i en given situation skal (re)præsentere sig selv samt skabe mening og betydning. Individet stræber og kæmper derfor altid efter at finde mening både i forhold til at forstå sig *selv* – skabe identitet – og i forhold til at forstå sin omverden.

Det at vi som individer er indviklet i heteroglossia, og derved i et sprog, der betegnes som multivoiced betyder samtidig, at der altid eksisterer flere og andre tolkningsmuligheder. At der altid eksisterer andre tolkningsmuligheder betyder, at vi ikke kan tale om konsensus. Det gælder både for konstruktionen af identitet og i forhold til at etablere konsensus ved at tilslutte sig udsagn og ytringer. Konsensus er, ifølge Bakhtin, ensbetydende med monolog, og det vil være ensbetydende med subjektets død, da det er dialogisk af natur (Linell 2007: 87ff). Det at mennesket er indviklet i forskellige og uendelige former for dialogiske spændinger gør, at mennesket ikke entydigt kan tilslutte sig et udsagn. Der er altid andre og anderledes vidensformer til stede i individets mange relationer til den *anden*. Det at der altid tilbydes flere tolkningsmuligheder gennem individets mange I-other relationer betyder yderligere, at dialog kan karakteriseres som en kampplads – en kampplads som kommer til udtryk på både et internt (intrapersonelt) og et eksternt (interpersonelt) niveau for individet. Marková et al skriver:

Every individual makes his/her world in terms of others by dialogically constructing and re-constructing the social world as a set of multifaceted and multivoiced realities situated in culture.

Systems of symbols, texts, artistic products and historical interpretations, all have dialogical properties. They are expressions of socially shared dialogical cognitions and communicative actions. These are not engaged in a peaceful contemplation but are in tension, they clash, judge and evaluate one another. Bakhtin (1981a, p. 314) foregrounds dialogue as a strife of divergent perspectives: 'one point of view is opposed to another, one evaluation opposed to another ... this dialogic tension ... permits authorial intentions to be realised in a heterogeneity of languages and of ideas'. Understanding, precisely because it is active, is always evaluative. (Marková et al 2007: 8)

Louise Phillips skriver ligeledes:

To take Bakhtin's theorisation of dialogue in terms of tensions, Bakhtin posits that meanings are produced dialogically in the tension between different, often contradictory and opposing, voices. The unity that is formed in producing any utterance is a multivocal, unstable one resulting from the interplay between centripetal forces towards unity and centrifugal forces towards difference. (Phillips 2011:27)

Både Marková og Phillips beskriver, hvordan dialog er fyldt med spændinger, hvilket gør dialog både til en kamp og til en kampplads for individet. En kampplads hvor selve kampen udspiller sig i en arena i individet (mellem self og other). Denne kamp imellem multiple *stemmer*, som strides i det dialogiske og multiple selv relaterer sig til et andet fænomen, som Bakhtin kalder for *answerability*. Det forklarer Greg Nielsen således:

The concept of dialogism, which would come to stand in for Bakhtin's earlier concept of answerability, refocuses questions onto lifeworlds and living linguistic relations: How should we act toward other cultures? How should we anticipate their action toward us through utterances? How can other cultures creatively take on elements from our utterances and in part, become us while remaining themselves and vice versa? (Nielsen 2002: 2)

Nielsen peger på nogle interessante spørgsmål, der alle relaterer sig til, hvordan de forskellige *stemmer* genererer potentielle dialogiske spændinger, der mødes og kolliderer i selvet. Det er spændinger, som opstår både i mødet og i skabelse af *intersubjektivitet* og *andethed* i det Bakhtinske selv. Bakhtin præsenterer på denne måde en forståelse af et selv, som hverken er fragmenteret eller opløst i en andethed, men som netop og på trods af denne andethed fremstår som holistisk i skabelsen af intersubjektivitet. Gary Morson og Caryl Emerson (1990) betegner denne kvalitet ved selvet som *the bakhtinian architectonic*. Jeg er i deres læsning af Bakhtin særligt optaget af, hvordan de i en bibemærkning kort redegør for dette Bakhtinske selv's kognitive definition. Morson og Emerson definerer nemlig, hvordan de forstår, hvad jeg vil betegne som nogle socialkognitive strukturer for det Bakhtinske selv. De definerer strukturerne således:

the I-for-myself ("how my self looks and feels to my own consciousness")
the I-for-others ("how my self appears to those outside it")
the other-for-me ("how outsiders appear to myself")
(Morson & Emerson 1990: 180)

Jeg finder Morson og Emersons udlægning af det Bakhtinske selv interessant, idet de viser, hvordan selvet både lader sin differentiere af andethed og samtidig skaber et hele og en intersubjektivitet. Jeg vil derfor argumentere for, at ved at placere Morson og Emersons udlægning af det Bakhtinske selv i de nyeste teoretiske diskussioner af den dialogiske vending, så ser jeg, at det er muligt at anvende Morson og Emersons strukturer, som en særlig analyseoptik. Ved at anvende Morson og Emersons tre strukturer som former for analysekategorier, ser jeg, hvordan de tilsammen tilbyder en optik til at belyse, hvordan selvets *stemmer* interagerer med *stemmer* af andethed i det Bakhtinske og multiple *selv*. Det betyder også, at jeg inddrager Morson og Emersons forståelse af det Bakhtinske selv, som et tillæg og udvidelse til Aveling et al.'s (2014) metode til at undersøge multivoicedness. Jeg vil herved argumentere for, at det bliver muligt at belyse, hvordan dialogiske spændinger opstår i interaktionen mellem de forskellige *stemmer* i det multiple selv. Morson og Emersons udlægning af det Bakhtinske selv bidrager med en analyseoptik, idet de belyser, hvordan der foregår både en forhandling og til tider en kamp i individet. Det er en forhandling, som kommer til udtryk gennem et spændingsmæssigt forhold imellem de tre nævnte relations- og forholdemåder for individet. Jeg ser, at disse tre relations- og forholdemåder kan udgøre forskellige effekter af et individs dialogismer. Anvendt i et samspil viser de, hvordan der aldrig kan etableres en form for konsensus og/eller en fast identitet for individet. Det skyldes, at der altid er andre relations- og forholdemåder tilstede for individet, som tilbyder andre og alternative vidensformer. Det er i samspillet mellem disse tre relations- og forholdemåder, at der opstår ”nye” og andre udtryks- og handlemuligheder for individet. Morson og Emersons tre strukturer viser derfor, at der aldrig kan etableres en konsensus for individet, da samspillet mellem disse strukturer forudsætter en kontinuerlig dialog, forhandling eller kamp. Derved angiver disse strukturer også et indbyrdes spændingsmæssigt forhold. Et spændingsmæssigt forhold som jeg ser kan gøres til genstand for analyse, eftersom de tre strukturer signalerer forskellige effekter af et individs I-Other relationer. Effekter som kommer til udtryk i samspillet mellem: *I-for-myself*, *I-for-others*, *other-for-me*.

Morson og Emerson redegør for de tre strukturer på følgende måde: *I-for-myself* indikerer, hvordan selvet oplever og forstår ”sig selv”. *I-for-others* indikerer, hvordan et selv fremstår *for* den anden, og *other-for-me* indikerer, hvordan *andre* fremstår *for* dette selv. Morson og Emersons forståelser af det Bakhtinske (og multiple) selv viser, hvordan der altid foreligger en forhandling, og en mulig kamp, i forhold til at skabe identitet og mening for individet. Denne forhandling og kamp udspilles i og på tværs af de tre forskellige relations- og forholdemåder for individet. Eller sagt med andre ord,

udgør de tre kategorier dele af en *sense-making* mekanisme for et selv, som er at forstå som multivoiced. Disse tre kategorier viser yderligere, hvordan både *den talende* og *modtageren* undergår en række kommunikative aktiviteter og diskursive bevægelser, som gør denne sense-making til en uendelig og aldrig afsluttet proces. Det er også det, som Bakhtin henviser til, når han taler om at selvet er unfinalizable (Linell 2009: 222ff, Bakhtin 1986: xii). De tre forskellige strukturer giver herved indblik i forskellige måder (dialogismer), et individ hele tiden tilskriver sig *selv* og *andre* ”ny” mening og betydning. På den måde signalerer disse tre strukturer, hvordan individet konstant giver sig *selv* og *andre* ”nye” identiteter og handlemuligheder. Det er en identitetsskabelse, som er et produkt af en dialogisk proces og af et relationelt forhold til den *anden*.

Jeg vil argumentere for, at Morson og Emersons tre strukturer har det, som jeg kritiserer Aveling et al.’s (2014) metode for at mangle. Som nævnt har de ikke tilstrækkelig fokus på, hvordan man kan undersøge de dialogiske spændinger, og derved de magtrelationer, som udspiller sig imellem *stemmerne* fra selvet og *stemmer af andethed*. Jeg ser i denne forbindelse, at Morson og Emersons tre kategorier kan anvendes til at belyse, hvordan *stemmer* i det *multiple selv* altid er i en spænding, idet de konstant evaluerer og kolliderer med hinanden. På den måde mener jeg, at Morson og Emersons tre strukturer kan anvendes som en særlig optik til at belyse, hvordan et individ løbende forhandler og genforhandler mening og identitet. Derved kan denne optik bidrage til at undersøge, både spændinger og asymmetriske magtrelationer, som opstår ved, at et individ undertrykker og marginaliserer nogle *stemmer* og vidensformer frem for nogle andre. De tre kategorier giver som tillæg til Aveling et al.’s (2014) metode et mere ”fuldstændigt” billede af, hvordan dialogisme kan være et blik på den dialogiske og diskursive kamplads mellem relationer (I-Other), hvor *stemmer* aktualiseres og strides igennem asymmetriske magtrelationer i det *multiple selv*.

I afhandlingens analysestrategi, i kapitel 4, vil jeg redegøre for, hvordan jeg anvender Morson og Emersons forståelse af henholdsvis *the I-for-myself*, *the I-for-others* og *the other-for-me* i relation til Aveling et al.’s metode til at undersøge det dialogiske og multiple selv. I analysestrategien opstiller jeg en tilgang til at undersøge, hvordan *stemmer* i det *multiple selv* både mødes, aktualiseres og strides.

Positionering af dialogisme i et teoretisk landskab

Jeg vil i dette afsnit redegøre for, hvordan Mikhail Bakhtins forståelse af dialogisme relaterer sig til andre forståelser og tilgange til dialog inden for feltet dialogisk kommunikationsteori.

Bakhtins tanker om dialog eller dialogisme indskrives sig i et større felt af teoretikere, hvor Bakhtins bidrag til dialog er på linje med andre filosoffer, som også har inspireret forskningsfeltet dialogisk kommunikationsteori. Dette felt af filosoffer og teoretikere tæller blandt andet Martin Buber, Franz Rozenzweig, Jürgen Habermas, David Bohm, Emmanuel Levinas, Paolo Freire og Mikhail Bakhtin (Phillips 2011, Anderson, Baxter og Cissna 2004). Alle disse teoretikere arbejder på forskellig vis med dialog i deres teoretiseringer, eller bekender sig til nogle særlige dialogiske og derved etiske principper i måden, hvorpå de bedriver forskning. Feltet er broget forstået på den måde, at disse teoretikere, hver især, arbejder ud fra forskellige forståelser af dialog, samt arbejder med dialog i forskellige forskningsfelter.

I det følgende vil jeg kort redegøre for, hvordan de nævnte teoretikere anvender og forstår dialog. David Bohm er optaget af, hvordan dialog kan anvendes i organisationsverdenen. Bohm arbejder særligt med, hvordan dialog kan ses som en metode til at skabe forandring. Jürgen Habermas beskæftiger sig med dialog inden for argumentationsstudier, og Habermas er særligt orienteret imod, hvordan der gennem dialog opnås enighed, når forskellige værdisystemer skal interagere (Nielsen 2002). Paolo Freire har i sin dialogiske forskningstilgang en anderledes vægt på det partcipatoriske i forbindelse med skabelsen af social forandring. Freire er herved optaget af nogle særlige dialogiske principper i forbindelse med det at samskabe viden med andre for derved at skabe forandring (Cooper et al 2012). Emmanuel Levinas har i sin filosofiske tilgang til dialog fokus på etik, og særligt hvordan etik relaterer sig til den dialogiske relation imellem et individ og den anden. På lignende vis beskæftiger Martin Buber sig med et tilsvarende emne dog med fokus på det mere konkrete møde med en fremmed (den anden). Buber undersøger det dialogiske møde mellem to mennesker. Han ser i den forbindelse, at der i dette møde kan opstå, hvad han betegner som *dialogiske øjeblikke*. Buber skelner i den forbindelse imellem, hvad han betegner som *I-thou* og *I-it* attituder, hvilket betyder, at der er forskel på, hvordan vi vælger at håndtere et møde med den fremmed, og derved et møde med den anden. Buber beskriver i den forbindelse, at vi som mennesker, gennem en særlig I-thou relation og attitude, kan stille os ved siden af den anden, og derved opleve vedkommendes subjektivitet (Buber 1965b, 1970: 50). Anderledes karakteriserer

Buber I-it relationen som en instrumentaliserings af denne anden, da den anden gøres til en statisk "ting", som vi allerede har foretaget en evaluering af, og derved har skabt en mening om (Buber 1965a, 1970: 41f).

Jeg vil pege på en særlig forbindelse mellem teoretikerne Martin Buber, Franz Rozenzweig og Mikhail Bakhtin. De har alle det tilfælles, at de arbejder med *dialogisme* forstået som en anti-individualistisk tilgang til at studere sprog og social tæknings. De har dog forskellige opfattelser af, hvordan der gennem dialog kan skabes og etableres en form for gensidighed med den *anden*. Ivana Marková (2003) pointerer i denne forbindelse, at Martin Bubers ide om et I-thou i det dialogiske møde med den anden, er en form for vadesten for både Franz Rozenzweig og Mikhail Bakhtins tanker om dialogisme. Marková skriver, at Rozenzweig er kritisk over for Martin Bubers snævre forståelse af relationen I-thou. Marková fortæller yderligere om, at Rozenzweig i et brev til Buber bekendtgøre denne kritik:

Being critical of Buber's narrow conception of I–Thou, he wrote to him: 'What would become of the I–Thou if they will have to swallow up the entire world and Creator as well? . . . For my and your sake, there has to be something else in this world besides me and you!' (cited in Batnitzky, 2000, p. 253, note 44, letters of Martin Buber). (Marková 2003: 256)

Rozenzweig er kritisk over for, den måde Buber fokuserer på en gensidighed imellem et begrænset *I* og et *thou*. Rozenzweig mener, at Buber overser, at forholdet imellem det bredere *I* og *the other* er fyldt med spændinger, og derved fyldt med både fordømmelse, forskel og konflikt (Marková 2003: 256). Bakhtin er inspireret af Martin Bubers og Franz Rozenzweigs tilgang til dialogisme, og særligt Rozenzweigs kritik af Bubers snævre og harmoniske relation imellem et *I* og *thou* ses ved, at Bakhtin netop konceptualiserede den mere brede I-Other relation, som Bakhtin betoner som en multipel og spændingsfyldt størrelse. Dette spændingsfyldte og potentielt konfliktfyldte møde i en Bakhtinsk I-Other relation, fremhæver Cooper et al i det følgende citat. Jeg vil pege på, at deres citat også tjener som en fin kondensering af Bakhtins teoretiske agenda og hans idé om et I-Other:

Bakhtin's (1984) ideas on dialogism are rooted in his rejection of a monologic worldview. He argued that truth is not born nor is it to be found inside the head of an individual person, it is born between people collectively searching for truth, in the process of their dialogic interaction. (Cooper et al 2012: 256)

Dialogisme som "den tredje vej"

Psykolog Frank Richardson giver i sin artikel *A hermeneutic perspective on dialogical psychology* (2011) en kommentar til den nyeste udvikling i den dialogiske vending i socialvidenskaben. I sin kommentar peger Richardson på, hvordan særligt Bakhtins tanker og den seneste, teoretiske

udvikling omkring dialogisme åbner op for, at der kan tales om, at dialogisme repræsenterer en ”tredje vej”. Et alternativ til at forstå det menneskelige selv. Richardson skriver følgende:

Bakhtin’s ideas may have no greater significance than that they represent at least the fundamentals of a genuine third alternative to modern individualism and post-modern relativism. As Cushman (1990) and many others have argued, the “bounded, masterful self” of modern individualism denies its own historical particularity and cultural embeddedness. It claims universality and moral authority for a particular conception of the mature person and the good life that has dominated Western modernity. (Richardson 2011: 464)

Richardson positionerer således Bakhtins idéer om det multiple og dialogiske selv imellem forståelserne af, hvad der kan betegnes som et moderne *kerneselv* - et kartesiansk selv, og det postmoderne og poststrukturalistiske *selv*, som både er dekonstrueret og fragmenteret i samfund og kultur. Jeg vil pege på, at det kan være misvisende at tale om et egentligt ”postmoderne selv”, og derfor taler Foucault for eksempel også om *selv-effekter* (Foucault 1973). Richardson skriver:

Postmodern and poststructuralist viewpoints radically deconstruct and decenter this modern “punctual” self. Along with a number of other philosophical traditions, they stress the implausibility of the notion of a disengaged self transparent to itself apart from the influence of culture, body, and gender. (Richardson 2011: 464)

Richardson argumenterer for, at der med Bakhtins tanker er tale om et alternativ til disse to meget, brede generaliseringer af en konceptualisering af det menneskelige selv. Denne særlige Bakhtinske tilgang og forståelse opfatter Richardson, som at den netop kiler sig ind imellem de to veletablerede forståelser om henholdsvis en moderne forståelse af et kerneselv og den poststrukturalistiske version. Richardson skriver:

Viewing the self as shaped by cultural forces or relations of power in this way obviously opens the door to conceiving of it as fragmented, disunified, or multiple. Hermeneutic philosophers (Dunne, 1995; Gadamer, 1989; Taylor, 1989, 1991) and Bakhtin (1981) offer largely complementary accounts of what this multiplicity involves. They sketch the idea of a “storied” or “dialogical” self in contrast to both punctual and radically decentered human agency. (Richardson 2011: 465)

Jeg finder Richardsons positionering af dialogisme interessant, idet den tilbyder en måde hvorpå, at dialogisme kan positioneres i et teoretisk landskab. Jeg forholder mig dog kritisk til måden, hvorpå Richardson foretager denne positionering. Det gør jeg, da Richardson i sin tilgang hugger en hæl og klipper en tå for at få kategoriseret de nu tre overordnede og forskellige forståelser af et *selv* ved siden af hinanden. Denne grove tilgang, som Richardson udviser for at skabe nogle brede generaliseringer omkring forskellige forståelser af et *selv*, ses for eksempel ved måden, hvorpå han betegner den postmoderne forståelse af selvet:

Also, the postmodern theorist seems to stand quite beyond history and all cultural conditioning — a simulacrum of the modern “view from nowhere” — when she or he propounds with something resembling certainty and finality that there is no truth but only “truth effects,” that our self-defining cultural and moral ideals are merely “constructed,” or that there is no “reality outside the text,” etc.

Thus Selznick (1992) echoes the opinion of many critics when he characterizes this kind of ostensibly postmodern thought as the “wayward child of modernism,” carrying its logic to extremes rather than presenting a clear alternative. (Richardson 2011: 465)

Det at Richardson skaber nogle grove og generaliserede skel imellem nogle overordnede forståelser af selvet, tolker jeg som et udtryk for, og et forsøg på, at legitimere det arbejde og den udvikling, som finder sted i den dialogiske vending i socialvidenskaben. Jeg vil dog kritisere Richardson for ikke kun at foretage for grove og for entydige kategoriseringer, men også for at skabe en monologisering af Bakhtins teorier, da de bliver instrumentaliseret i forhold til en politisering om, hvad videnskab *er* og *bør* være. Herved taler Richardson faktisk imod det, som han roser Bakhtins tanker for at indeholde, nemlig at tilbyde alternative tolkningsmuligheder, som åbner op for nye måde at se ”viden” på. Det at der åbnes op for multiple tolkningsmuligheder betyder samtidig, at der tages afstand til en entydig og monologisk fremstilling. Jeg er dog enig med Richardson, når han peger på, hvordan Bakhtins tanker omfavner en multivoicedness, som skaber indsigt i, hvordan mening, sprog og identitet altid er i bevægelse og dermed i dialog med individet:

On the other hand, since our ideals and our images of others and events are always partial or distorted in some way, we need to not just compromise and get along with others, but to learn from the past, others, or other cultures. In doing so, we some-times incur a deeply personal, sometimes painful “identity cost” (Taylor, 2002, p. 141). I would say this is roughly the hermeneutic analogue to Bakhtin’s idea of continual tension in communication between “centripetal” forces pushing toward unity and agreement and “centrifugal” forces seeking multiplicity and disagreement. (Richardson 2011: 466)

Dialogisme vs. diskurspsykologi

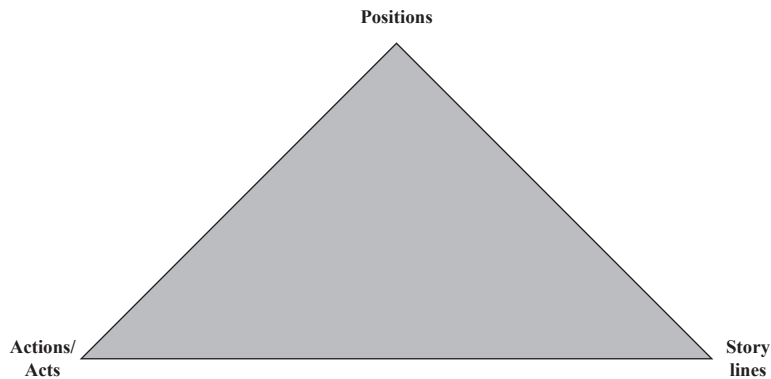
I det foregående afsnit har jeg beskrevet, hvordan Richardson foretager en placering og en positionering af dialogisme, som en slags ”tredje vej” for socialvidenskaben. Det er en forståelse af dialogisme, hvor dialogisme adskiller sig og kiler sig ind imellem veletablerede forståelser af det moderne kerneselv og en postmoderne forståelse og tilgang til selvet. Ideen om dialogisme som en slags ny vej til at forstå selvet leder tankerne hen på diskurspsykologien. Diskurspsykologien forsøger også at differentiere sig fra de to klassiske og generelle forståelser af et *selv*. Det gør den, da den frasiger sig ideen om, at selvet består af et fast kerneselv, idet diskurspsykologien ser, at identitet er multipelt og diskursivt konstrueret. Ligeledes afviger diskurspsykologiens forståelser af et selv også fra den poststrukturalistiske forståelse. Det kommer til udtryk ved diskurspsykologiens forståelser af, at mennesker anvender diskurser som en ressource, hvormed de fremstår som producenter frem for kun at være produkter af diskurser (Billig 1999, Wetherell 1998, Jørgensen & Phillips 2002: 102ff). Louise Phillips og Marianne Winther Jørgensen skriver i denne forbindelse følgende:

(...) discursive psychology rejects the modernist idea that the individual self consists of a single, stable identity, and instead conceives of the self as made up of multiple, discursively constituted identities. It is important to point out, though, that while discursive psychologists share the view that identities are formed through the ways in which people position themselves in texts and talk in everyday life, they vary as to their specific understanding of the discursive construction of identity. (Jørgensen & Phillips 2002: 107)

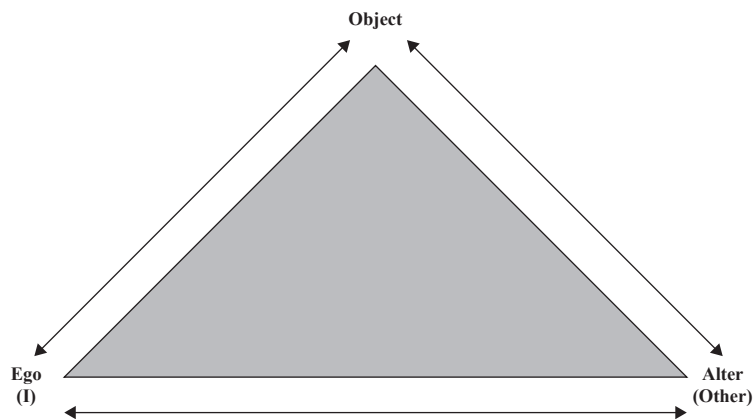
På nogle områder kan diskurspsykologien og selvets aktive positioneringsarbejde minde en del om Mikhail Bakhtins forståelser af dialogisme. Det ses blandt andet, når man læser følgende citat fra Margaret Wetherell and Janet Maybin (1996):

The person, consciousness, mind and the self are seen as social through and through. As a consequence, it makes little sense to ask what is determined from the 'inside' and what is determined from the 'outside'. [...] The self, in this approach, is not an object to be described once and for all but is taken to be a continuously changing and fluid history of relationships (Gergen 1991, 1994). Jerome Bruner captures this point nicely when he argues that the self has to be seen as distributed, not localised as in the snooker ball but continually spreading, changing, grouping and regrouping across a relational and social field. (Wetherell and Maybin 1996: 222; italics in original). (citeret i Jørgensen & Phillips 2002: 107)

En fundamental forskel som jeg vil pege på er, hvordan selvets multiplicitet bliver fortolket forskelligt af henholdsvis diskurspsykologien og af Mikhail Bakhtin og hans følgere. Modsat Bakhtins tanker om dialogisme, så arbejder diskurspsykologien ikke med en forståelse af *multivoicedness* som karakteriseret gennem I-other relationer i selvet. Det vil sige, at selvom diskurspsykologien vægter, at personer er aktive medskabere af diskurser, og at selvet bliver multipel i kraft af, at det skabes på tværs af multiple diskurser, så vil jeg pege på, at dette er mere omfangsrigt og komplekst konceptualiseret i dialogisme. Det skyldes, hvilket Bakhtin også pointerer, at det menneskelige selv er indgydt af både (multiple) relationer og spændinger. Det springende punkt som udgør en forskel imellem disse to teoretiske tilgange bliver herved måden, hvorpå individet "anvender" diskurser som en ressource. I en Bakhtinsk forståelse foregår dette i et dialogisk og spændingsfyldt sammenspil mellem *stemmer* i det multiple selv. En forskel er, at i en Bakhtinsk forståelse er selvet altid relateret mod en andethed. Denne andethed karakteriseres som værende en multipel størrelse, da det er gennem disse I-other relationer, at vi som mennesker konstruerer mening om både os *selv* og om den *anden*. Denne *anden* udgør en generisk størrelse, der kan antage forskellige former, såsom *I-you*, *I-me*, *I-group*, *I-community*, *I-culture*, *I-society*. Forskellen mellem diskurspsykologien og dialogisme bliver tydeligt, når jeg fremhæver måden, hvorpå individet konstruerer mening ud fra de to forskellige, teoretiske tilgange. Forskellen viser sig, når jeg opstiller modeller over henholdsvis en af positioneringsteoriens trekanter over for Ivana Markovás konceptualisering af en triade-model om *ego-alter-object* forstået ud fra dialogisme.



Kilde: Harré et al 2005: 234



Kilde: Marková 2005

En forskel som bliver tydelig er de dialogiske aspekter og kvaliteter ved dialogisme, som betyder, at den som teoretisk tilgang afviger fra en diskurspsykologisk tilgang. I begge tilgange skabes identitet diskursivt i mødet med den *anden*. En forskel er yderligere, at dialogisme ser den *anden* som værende en multipel størrelse. Det viser sig i interaktionen mellem *stemmerne* fra *selvet* og *stemmerne* fra den *anden*, da det er her, at mening skabes. Det ses også i Markovás model ved, at *stemmer* fra *selvet* (ego/I) på dialogisk vis interagerer med *stemmer* fra den *anden* (alter/other). Jeg vil pege på, at det er i dette dialogiske og spændingsfyldte forhold, at dialogisme adskiller sig fra diskurspsykologiens forståelse af selvets multiplicitet.

Sagt med andre ord, så vil jeg fremføre en kritik, som Rom Harré og Bronwyn Davies (1990) i sin tid også kom med. Ud fra en forståelse af diskurspsykologien kritiserede de særligt Erving Goffmans *interaktionisme* og hans begrebsliggørelse af *indtryksstyring* (Goffman 1974). Kritikken

går på, at med diskurspsykologiens tilgang og forståelse af, hvordan selvet foretager et omfattende positioneringsarbejde, så fremstår Goffmans definition af roller, som både statiske og for endimensionelle. Jeg vil på lignende vis også kritisere diskurspsykologiens tilgang til positioneringsarbejdet i selvet for at være statisk og todimensionel i sin forståelse. Denne kritik fremfører jeg ud fra en forståelse om, at dialogisme modsat diskurspsykologien betydningsætter, at selvets positioneringsarbejde beror på en interaktion og et samspil mellem multiple *stemmer i selvet*. Det vil sige, at relationerne til den *anden* bliver til aktive *medskabere* og *medforfattere* til at producere mening og identitetsforståelser. Derfor vil jeg påpege, at Bakhtins tanker om dialogisme kan ses som et udtryk for, at en person foretager et positioneringsarbejde i et tredimensionelt perspektiv frem for i diskurspsykologiens todimensionelle perspektiv. At dialogisme ser selvets positioneringsarbejde i en slags tredimensionelt perspektiv kommer til udtryk ved, at selvet er indgydt af spændingsfyldte relationer, og derved *stemmer* som selvet er i dialog og interaktion med. Det vil sige, at dialogisme, modsat diskurspsykologien, også favner et positioneringsarbejde, som går på tværs af både et intra- og et interpersonelt niveau. Hubert Hermans skriver i den forbindelse følgende:

(...) the notions of 'difference', 'otherness' and 'alterity' can be usefully extended from the *interpersonal* realm to the *intrapersonal* one. In this way, alterity can be found and experienced not only between the self and the actual other, but also between different *I*-positions within the self. The introduction of the notion of self-otherness is not to suggest that alterity exists within a self-contained, isolated monad. Rather, it is to emphasize that otherness enters the self from the most explicitly 'external' realms to the most seemingly 'internal' ones, whether expressed by voices of actual others, imagined others or the different voices of 'oneself' (Cooper and Hermans 2007)
(Hermans et al 2012: 8-9)

Hermans peger herved på nogle kvaliteter ved dialogisme, i og med at dialogisme både kan betydningsætte og redegøre for, at selvet er gennemsyret af en andethed. Denne andethed bliver herved rammesættende for, at selvet kan forstås som multipelt, da det konstant er i dialog med den *anden*. En dialog der både producerer mening om verden og skaber en forståelse af identitet. Denne identitetsforståelse ses i dialogisme som en kamp imellem spændingsfyldte relationer af I-others. Det er i disse relationer til den *anden*, at jeg'et netop skaber en fornemmelse af identitet. Det er også dette aspekt ved dialogisme, som gør, at det særligt afviger fra en diskurspsykologisk tilgang, da en identitetsskabelse i dialogisme kan betragtes som et dialogisk foretagende og en bevægelse, der går begge vejen i I-other relationerne. Det betyder, at jeg'et skaber sin identitet i forhold til den *anden*, men også at den *anden* samtidig får sin identitet fra dette jeg. Fordi selvet består af uendelige mange I-other relationer og af en myriade af forskellige *stemmer*, så foregår der hele

tiden en dialogisk og diskursiv kamp om at producere mening og skabe identitet for dette multiple selv.

Kapitel 3

Metode og refleksioner

Jeg vil i dette kapitel redegøre for afhandlingens metodemæssige tilgang, for min deltagelse i forskningsfeltet og for mine metodiske valg i forbindelse med empiriproduktionen. Jeg vil foruden disse redegørelser også foretage en kritisk refleksion over mine metodevalg og reflektere over min tilgang til forskningsfeltet. Det gør jeg for at tydeliggøre, hvad disse valg har betydet for afhandlingens undersøgelser.

Projektets udfordringer i forhold til empiriproduktion og adgang til feltet

I indledningen fortalte jeg, at jeg i starten af ph.d.-forløbet blev mødt af nogle udfordringer, som gjorde, at den oprindelige projekttid ikke blev realiseret. Det betød, at det oprindelige projektdesign blev langt på hylden, og at de samarbejdsaftaler, som var ved at blive etableret, ikke blev til noget. Det medførte nogle konkrete udfordringer for afhandlingen, som handlede om at få adgang til et empirifelt, som kunne sikre dataproduktionen, og derved et empirisk grundlag for afhandlingens undersøgelser. Forløbet med at få adgang til et empirifelt har derfor præget afhandlingens fokus og genstandsfelt men også dets metodiske grundlag, hvilket jeg vil redegøre for og reflektere over i dette kapitel.

Åben Dialog i Odsherred Kommune

I indledningen fortalte jeg, hvordan det at arbejde med og undersøge dialog har været en motivation for mig gennem ph.d.-forløb. Min motivation har ikke kun været at arbejde med dialog ud fra en teoretisk forståelse men også at undersøge, hvordan dialog kan relaterer sig til en dialogpraksis, hvor dialog, for eksempel på social- og sundhedsområdet, bliver noget, der dyrkes som en form for kommunikation med det formål at skabe et mere involverende og borgernært samarbejde i forbindelse med borgeres sygdoms- og behandlingsforløb.

Det at ”skaffe sig adgang” og mulighed for at undersøge en ”dialogpraksis” på sundhedsområdet har været lidt af en udfordring. I 2012 kontaktede jeg sundhedscenteret og distriktspsykiatrien i Nykøbing Sjælland i Odsherred Kommune, da jeg gennem flere forskellige relationer havde hørt rygter om, at der blev arbejdet med dialog deroppe i den nordlige del af Sjælland. Nogle hurtige søgninger på nettet afslørede da også, at Odsherred Kommune arbejder med en bestemt dialogisk

tilgang på sundheds- og socialområdet, som kaldes for Åben Dialog tilgangen. Åben Dialog tilgangen i Odsherred Kommune er en tilgang, hvor man efter dialogiske principper ønsker at skabe et mere involverende og borgernært samarbejde, som tager udgangspunkt i borgerens egne erfaringer og præferencer, når det kommer til at løse de social- og sundhedsproblematikker, borgeren kæmper med.

Som nævnt kom jeg i kontakt med en gruppe fagprofessionelle fra henholdsvis sundhedscenteret og distriktpsychiatrien i Odsherred Kommune. Et af kendetegnene ved denne gruppe er, at de alle har medvirket i forskellige udviklingsprojekter såsom ”Med drømme som mål” (2008-2011) og ”Et samtidigt ansvar” (2009-2012) i Odsherred Kommune, hvilket er projekter, der alle har arbejdet med Åben Dialog tilgangen, for at skabe en mere borgernær og tværfaglig indsats på tværs af kommunens indsatser (se kapitel 1 for detaljer).

I starten af mit ph.d.-forløb deltog jeg i forskellige møder med denne gruppe af fagprofessionelle fra distriktpsychiatrien og sundhedscenteret i Odsherred Kommune med det mål at diskutere mulighederne for, at jeg kunne gøre et Åben Dialog forløb til genstand for min ph.d.-afhandling. Jeg havde en interesse i at arbejde med dialog, men det harmonerede også med, at denne gruppe fagprofessionelle havde et brændende ønske om og en interesse i at arbejde videre med det udviklingspotentiale, som var blevet skabt igennem de forskellige projekter i kommunen. Gruppens mødegrundlag var således at forsøge at holde liv i de tiltag, der var kommet ud af projekterne, så de kunne fortsætte med at arbejde med Åben Dialog tilgangen i deres daglige praksis i henholdsvis distriktpsychiatrien og sundhedscenteret. En konkret udfordring gruppen stod med var dog, at med afviklingen af udviklingsprojekterne omkring Åben Dialog tilgangen så stoppede også formaliseringen og institutionaliseringen af den dialogiske tilgang i både distriktpsychiatrien og sundhedscenteret. Det betød, at denne særlige ”dialogpraksis” kun levede videre gennem disse fagprofessionelle, hvilket gjorde, at de skulle lede efter sprækker i den institutionelle orden for at anvende tilgangen i deres dagligdag. Denne udfordring skulle vise sig også at blive en udfordring for ph.d.-projektet, da gruppen ikke kunne forudsige, hvor og hvornår et tværfagligt dialogforløb med en borger ville blive etableret igen (jf. observationsnoter).

Gruppen og jeg blev enige om, at det kunne være interessant at undersøge, hvordan denne Åben Dialog tilgang åbnede op for et tværfagligt og et mere borgernært samarbejde. Men eftersom

tilgangen ikke var institutionaliseret, og derved ikke en fast del af deres hverdag, var det uvist, hvornår der ville opstå en mulighed for, at et dialogforløb ville materialisere sig. Gruppen gjorde opmærksom på, at det kun var ved ”særlige lejligheder”, og når en borgers sygdoms- og behandlingsforløb var yderst kompliceret, og derfor krævede et særligt tværfagligt fokus, at et dialogforløb kunne komme på tale.

Gruppen og jeg blev desuden enige om, at hvis jeg skulle undersøge et dialogforløb, så skulle det være i tæt samarbejde og med samtykke fra den medvirkende borger. Det vil sige, at borgerens deltagelse i en undersøgelse skulle medtænkes og respekteres, og særligt da undersøgelsen handler om en personcentreret tilgang, som netop vægter borgerperspektivet. Gruppen påpegede, at de fandt en undersøgelse af et Åben Dialog forløb interessant. Det skyldes blandt andet, at det kun var lykkedes at få et fåtal af borgere til at medvirke i evalueringerne af de forskellige udviklingsprojekter med Åben Dialog, hvilket betød, at de medvirkende borgeres stemmer ikke var så udtalte i disse evalueringer (se kapitel 1 om Åben Dialog i Odsherred).

Vi blev enige om, at hvis denne undersøgelse skulle realiseres, så skulle jeg starte med at tale med forskellige borgere, som var i behandlingstilbud i henholdsvis distriktspsykiatrien og sundhedscenteret. Ved at jeg blev en del af en daglig praksis på stederne, kunne jeg få indsigt i de ofte komplicerede sygdomsfortællinger og behandlingsforløb, som disse borgere var en del af. Jeg vil også få mulighed for at opbygge relationer til både borgere og fagprofessionelle, hvilket kunne være adgangsgivende for, at jeg kunne følge et Åben Dialog forløb, hvis denne mulighed opstod (jf. observationsnoter).

En etnografisk tilgang til praksis

Når jeg ser tilbage på, hvordan jeg arbejdede mig ind i praksis og dagligdagen i distriktspsykiatrien og sundhedscenteret i Odsherred Kommune, så har det baseret sig på en etnografisk og praksisnær tilgang og metode. Jeg vil i denne forbindelse indrømme, at der til at begynde med ikke lå en decideret metodemæssig strategi til grund for min forskningstilgang til praksis. Det skyldes de udfordringer, jeg oplevede i projektets begyndelse, med at få adgang til et empirisk felt, hvilket har gjort, at jeg har grebet efter alle de muligheder, jeg kunne komme i nærheden af. Det vil sige, at min tilgang og valg af henholdsvis distriktspsykiatrien og sundhedscenteret i Odsherred Kommune, som mine ”sites of data”, har været båret af tilfældigheder frem for en nøje planlagt tilgang og

forskningsstrategi. Det betyder også, at afhandlingens etnografiske tilgang ikke baserer sig på en ”klassisk” forståelse af etnografi, hvor jeg gør mig selv og min forskerposition til en ”holistisk del” af praksis og feltet. Derimod forstår jeg etnografi som en tradition, der repræsenterer flere forskellige tilgange. Denne forståelse er i tråd med Giampietro Gobo, som peger på, at etnografi kan forstås som et filosofisk paradigme, der relaterer sig til nogle specifikke former for observationsstudier og tilgange til praksis (Gobo 2008, 2011). Min etnografiske tilgang til praksis baserer sig først og fremmest på en række praktiske teknikker i og med, at jeg var en del af dagligdagen i distriktspsykiatrien og sundhedscenteret i Odsherred Kommune, og gjorde en dyd ud af at følge især de fagprofessionelle rundt. På den måde blev jeg introduceret til forskellige borgere. Denne *skyggeteknik (shadowing)* gjorde, at jeg kunne opbygge relationer med de fagprofessionelle men også med deres behandlingsnetværk (Rod Rhodes: 2011). Det betød, at jeg kunne have små uformelle samtaler med de fagprofessionelle og de borgere, som kom for at modtage behandling.

I min tilgang til etnografi er jeg inspireret af særligt to tilgange. Den første tilgang tager udgangspunkt i det, som Linda Grant og Judith Preissle refererer til som en konstruktionistisk tilgang, der bygger på en præmis om, at viden skabes i interaktionen mellem forsker og felt. Tilgangen bygger på en filosofisk og socialkonstruktionistisk forståelse af, at den materielle verden eksisterer uden for den menneskelige bevidsthed, og at mening tilskrives i den menneskelige interaktion med verden (Preissle & Grant: 2004). Denne socialkonstruktionistisk tilgang til etnografi stiller derved krav til både gennemsigtighed og refleksivitet i måden, hvorpå viden produceres. Det er nogle refleksioner, som jeg vil uddybe senere i dette kapitel, hvor jeg foretager en kritisk refleksion over min tilgang til praksis og produktionen af empiri.

Den anden tilgang til etnografi, som jeg er inspireret af, er en tilgang, som synes at indeholde den række af tilfældigheder og pludselige indskydelser og idéer, som selvfølgelig også forekommer i et ph.d.-forløb. Afhandlingens grundlæggende tilgang til praksis og empirifelterne skal derfor ses ud fra Herbert Blumers tilgang til *eksplorativ forskning (exploratory research)*, som Blumer definerer således:

The flexibility of exploratory procedure does not mean that there is no direction to the inquiry; it means that the focus is originally broad but becomes progressively sharpened as the inquiry proceeds. The purpose of exploratory investigation is to move toward a clearer understanding of how one's problem is to be posed, to learn what are the appropriate data, to develop ideas of what are significant lines of relation, and to evolve one's conceptual tools in the light of what one is learning about the area of life. In this respect it differs from the somewhat pretentious posture of the research scholar who under established scientific protocol is required in advance of his study to present a fixed and clearly

structured problem, to know what kinds of data he is to collect, to have and hold a prearranged set of techniques, and to shape his findings by previously established categories. (Blumer 1969: 40-41)

Blumers eksplorative forskningstilgang er rammesættende for min afhandling. Det er den, da afhandlingen baserer sig på en eksplorativ tilgang til både praksis og analyse, hvor jeg løbende gennem mit ph.d.-forløb, i en vekselvirkning mellem teori og praksis, har arbejdet med at skærpe afhandlingens fokus, problemstillinger og analysestrategi.

Baggrund for casestudie af sygdomsfortællinger – sundhedscenteret

Det var min eksplorative tilgang til praksis, som åbnede op for en idé om at gøre borgernes sygdomsfortællinger til genstand for analyse. Denne idé opstod gennem forskellige møder og samtaler i sundhedscenteret. I sundhedscenteret var jeg primært tilknyttet en fagprofessionel ved navn Jens Peter Olsen, som er misbrugskonsulent og arbejder med behandling af borgere, der kæmper med alkohol- og stofproblematikker. Jeg fulgte Jens Peter i hans dagligdag, og havde, når det var muligt, samtaler med de borgere, som var i et behandlingstilbud hos Jens Peter. Disse samtaler med borgere, som alle kæmpede med alkohol- og stofproblematikker, åbnede mine øjne for, hvor komplekse deres sygdoms- og behandlingssituationer var. Ofte kunne de fortælle historier om, at de var i flere behandlingstilbud forskellige steder i kommunen, og deres historier rummede derfor et utal af forskellige aktører, som alle gav betydning til deres fortællinger. Disse aktører var ikke kun behandlere og fagprofessionelle men også familie og private relationer, som alle spillede en rolle i forhold til, hvordan borgeren kunne betydningsætte og fortælle netop sin sygdomsfortælling.

Særligt en bestemt historie gjorde et stort indtryk på mig. Det var en historie, som en borger ved navn ”Pia” kunne fortælle. Jeg havde mødt Pia ad flere omgange, og vi talte lidt sammen, hver gang hun kom for at modtage alkoholbehandling, og var til samtale på sundhedscenteret hos Jens Peter. Pias fortællinger, som også er en del af de sygdomsfortællinger, jeg analyserer i kapitel 5, udmærkede sig ved, at når hun fortalte, så kunne jeg mærke alle de forskellige relationer, som var en del af hendes fortælling. Jeg kunne for eksempel høre Jens Peters *stemme* i hendes fortælling, men jeg kunne også høre, hvordan Pia ”skiftede” stemme og intonation, når det enten var sagsbehandleren eller den praktiserende læge, som Pia brugte til at indholdsudfylde og fortælle sin historie. Jeg blev i den forbindelse opmærksom på flere ting. Den ting først handlede om, hvor vigtigt det er for mange af disse borgere at kunne fortælle deres historie. Jeg blev også opmærksom på en anden tendens, hvilket er, at disse fortællinger er relationelt konstrueret, da en række af

relationer og aktører indgår i skabelsen af disse borgeres fortællinger. Jeg vil i den forbindelse inddrage Arthur Frank og Linn Harter, som begge forsker i sygdomsnarrativer (*illness stories*).

Harter skriver følgende:

Patients can use narration to craft a sense of who they are in light of bodily malfunctions and changes. Indeed, Arthur Frank (1995) positioned sickness as a summons for stories and suffering individuals as wounded storytellers. Using a term coined by Ronald Dworkin, the narrative wreck, Frank argued that illness stories carry "some sense of being shipwrecked by the storm of disease" with repeated storytelling functioning as "repair work on the wreck" (Frank 1995: 54). (Harter: 2013: 17)

Og

In health contexts, narrating is a relational process that constitutes knowledge of self and others. In the United States, healthcare tends to focus on the individual. (Harter 2013:6)

Ud fra henholdsvis Arthur Franks og Linn Harters betragtninger vil jeg pege på, at sygdomsfortællinger er at forstå som relationelle processer, hvor sygdom og identitet for borgeren indholdsfyldes og betydnings sættes i et samspil med de forskellige relationer og aktører, som er en del af borgerens sygdoms- og behandlingsforløb. Det er relationer, som for eksempel indbefatter fagprofessionelle og de institutioner, som borgeren er del af i sin behandling. Men det er også borgerens eget netværk og familie, da de også er involveret og spiller en rolle i et sygdomsforløb.

Harter peger også på en anden relevant pointe. Hun mener, at i takt med at person- og patientcentrering på sundhedsområdet vokser, så gøres sygdom til et mere individuelt anliggende for borgeren, da det forventes, at borgeren tager aktiv del i at forvalte og forstå sine egne sundheds- og sygdomsproblematikker (Harter 2013). Det vil sige, at borgeren selv træffer aktive valg i forbindelse med at få løst sine sygdomsproblematikker (jf. kapitel 1 om personcentreret sundhedskommunikation og behandling). Ud fra Harters betragtninger opstår der en interessant problematik om, at den "syge" borger skaber mening med sin tilværelse som syg gennem sine relationer og i mødet med forskellige behandlingsaktører. Men når det kommer til at træffe valg angående behandlingen af sin sygdom, så anses dette ikke som et kollektivt anliggende, men som borgerens eget ansvar. Jeg finder denne problematik interessant, og ud fra mine mange møder med borgere i sundhedscenteret opstod der gradvist en interesse i at forstå, hvordan borgere konstruerer deres sygdomsfortællinger samt hvordan disse sygdomsfortællinger kan forstås som relationelle fortællinger, der indskriver andre relationer som *stemmer*, der bliver *medskabere* og *medforfattere* af disse fortællinger.

Denne interesse for at undersøge sygdomsfortællinger som relationelle og multivoiced fænomener udmønter sig i en casebaseret undersøgelse, som jeg præsenterer i kapitel 5. Her præsenterer jeg en undersøgelse af tre borgeres sygdomsfortællinger samt en pårørendes fortælling. Undersøgelsen repræsenterer fire forskellige caseforløb, hvor hver case og sygdomsfortælling genererer viden om, hvordan borgere konstruerer deres sygdomsfortællinger i relation til den *anden*, og derved i relation til de mange forskellige aktører, som er involveret i det pågældende sygdoms- og behandlingsforløb (Flyvbjerg 2006, Thomas 2011).

Baggrund for casestudie af Åben Dialog forløb – distriktspsykiatrien

I ph.d.-forløbet har jeg ligeledes i perioder været en del af distriktspsykiatrien i Odsherred Kommune. Her fulgte jeg samme mønster og tilgang som på sundhedscenteret. I distriktspsykiatrien foretog jeg også små uformelle samtaler med flere borgere og fagprofessionelle. Jeg foretog også nogle mere formelle interview med nogle af disse borgere.

Særligt et interview med en borger ved navn ”Susanne” blev udslagsgivende for afhandlingens fokus og undersøgelse. Gennem dette interview med Susanne opstod der mulighed for, at jeg kunne følge et tværfagligt forløb og samarbejde, som skulle arrangeres efter Åben Dialog tilgangen. Susanne havde i en periode været tilknyttet distriktspsykiatrien på grund af nogle psykiske problematikker, som var opstået i forbindelse med hendes fremskreden sklerose. Det forstående Åben Dialog forløb skulle dog ikke direkte handle om Susannes sygdom, men derimod om hendes datter ”Katrine” på 20 år, som har diagnoserne Aspergers syndrom og ADHD. Katrine havde i en længere periode boet på forskellige bosteder, men var netop flyttet hjem til sine forældre, da hun igennem længere tid havde kæmpet med en stærkt selvskadende adfærd, som havde resulteret i flere selvmordsforsøg. Katrines forældre havde hentet Katrine hjem, da de ikke mente, at hun fik den pleje, som hun havde krav på, og de ønskede nu i samarbejde med distriktspsykiatrien at få Odsherred Kommune i tale, så der kunne etableres en fælles plan for, hvad der skulle ske med Katrine (jf. observationsnoter og kapitel 6).

Gennem mine samtaler med Susanne, og med samtykke fra både Katrine og de involverede fagprofessionelle, fik jeg arrangeret, at jeg kunne følge Katrine og hendes forældre igennem et Åben Dialog forløb. Det var et forløb, som skulle sikre både et tværfagligt samarbejde med og omkring familien samt afklare Katrines boligsituation. Dette forløb blev til i alt fire møder, som

blev afholdt i distriktspsykiatrien i Odsherred Kommune. Disse møder inkluderede foruden Katrine og hendes forældre også behandlere fra distriktspsykiatrien, sagsbehandlere og en jobkonsulent fra kommunen, en støtte- og kontaktperson samt en lærer fra Katrines skole. I afhandlingen betragter jeg dette Åben Dialog forløb som et casestudie, hvor jeg undersøger en specifik ”dialogpraksis”, som jeg ser som et udtryk for en personcentreret indsats, og derved også som et udtryk for den dialogiske vending på social- og sundhedsområdet (Flyvbjerg 2006, Thomas 2011).

Etiske overvejelser

Jeg vil i dette afsnit redegøre for en række etiske overvejelser, som jeg har gjort mig i forbindelse med ph.d.-forløbet. I afhandlingen relaterer etik sig også til en dialogisk og forskningsmæssige tilgang til produktion af viden. Den dialogiske metodologi vil jeg vente med at redegøre for, da den relaterer sig til min analysestrategi, som jeg præsenterer i næste kapitel (se kapitel 4).

Min tilstedeværelse på sundhedscenteret og i distriktspsykiatrien i Nykøbing Sjælland i Odsherred Kommune blev annonceret internt via de fagprofessionelle aktører på stederne. Som en del af min tilstedeværelse foretog jeg en række uformelle samtaler og interview under mine besøg. Disse uformelle samtaler betragtes som fortrolige, og jeg refererer derfor ikke til dem i afhandlingen. Jeg foretog også en række formelle interview med borgere. Forud for disse interview udleverede jeg skriftligt materiale, som beskrev min baggrund som ph.d.-studerende på Roskilde Universitet, samt materiale som beskrev afhandlingens interesser. Forud for både interview og observationer af Åben Dialog forløbet i distriktspsykiatrien underskrev familien og de fagprofessionelle et informeret samtykke om, at de var informeret om deres deltagelse i undersøgelsen. I forbindelse med disse samtykkeerklæringer aftalte jeg individuelt graden af anonymisering af navne, steder og personlige informationer. Disse forhandlinger varierede fra borger til borger. Resultatet blev skrevet ind i den endelige samtykkeerklæring og underskrevet af både borgeren og jeg. Et eksempel på en af disse forhandlinger er Åben Dialog forløbet i distriktspsykiatrien, hvor Katrine, som er hovedpersonen i forløbet, insisterer på, at hendes deltagelse i undersøgelsen er betinget af, at alle navne på de involverede deltagere samt steder og anden personlig information bliver anonymiseret. Det betyder, at alle aktørerne og stederne i afhandlingens anden empiriske undersøgelse har pseudonymer. Det samme er gældende i casestudiet om sygdomsfortællingerne, dog i mindre grad, da alle borgerne ønskede, at kun deres eget navn blev anonymiseret. Denne forhandling med deltagerne om, hvad

der skal betragtes som fortrolig information, er således en balance, som jeg forstår ligesom Kitzinger et al, når de skriver:

Anonymity is a continuum (from fully anonymous to very nearly identifiable) (Scott, 2005: 249), along which researchers balance two competing priorities: maximising protection of participants' identities and maintaining the value and integrity of the data. (Kitzinger et al 2015: 667)

Etiske overvejelser i relation til sygdomsfortællinger og sårbarhed

Jeg har gennem mine mange møder med borgere fra både distriktpspsykiatrien og sundhedscenteret gjort mig en del overvejelser omkring de etiske aspekter i forhold til at tale med og undersøge potentielt sårbare borgeres sygdoms- og behandlingsforløb. Jeg har i den forbindelse forsøgt at orientere mig i den litteratur, som behandler emnet (Brinkmann & Tangaard 2010, Nordentoft & Kappel 2011, Sin 2005). Helle Nordentoft og Nanna Kappel påpeger i deres forskning, som handler om sårbare patienter på sundhedsområdet, at der ikke er nogle lette svar på, hvordan man bedriver forskning, som tager alle etiske aspekter af den sårbare patient til indtægt. Nordentoft og Kappel skriver:

The question is how is it possible to balance research interests and human considerations? In our opinion, there is no simple answer to this question, and there is no specific way to know if these interests have been balanced (Nordentoft & Kappel 2011: 374)

Mine etiske overvejelser i forhold til at undersøge borgeres sygdomsfortællinger forholder sig særligt til to områder. Det ene område handler om selve mødet og samtalen med borgeren, og det andet drejer sig om de mere etiske aspekter, som relaterer sig til det videre analyse- og repræsentationsarbejde med borgernes fortællinger. Det sidste område, som handler om problematikker omkring repræsentation og Othering, behandler jeg senere i dette kapitel og i næste kapitel, hvor jeg præsenterer afhandlingens analysestrategi, som bygger på en dialogisk metodologi.

Mine etiske overvejelser omkring mødet og selve samtalen med borgerne udmøntede sig i en række samtaleteknikker og forholdsregler, som gjorde sig gældende for, hvordan jeg håndterede samtalerne. Først og fremmest aftalte jeg med borgerne, at de ikke skulle føle sig forpligtet til at svare på alle spørgsmål under interviewet, og at de altid var velkommen til enten at stoppe interviewet eller føre samtalen over på andre emner, hvis de følte sig intimideret eller overvældet af et spørgsmål. Vi aftalte også, at borgerne altid kunne kontakte mig, hvis de havde fortrudt deres deltagelse i undersøgelsen. Én borger benyttede sig af det tilbud, da hun efterfølgende henvendte sig for at bede om, at dele af interviewet ikke skulle indgå i undersøgelsen, da hun synes, det var for

personligt. Jeg besluttede på den baggrund helt at undlade at bruge den borgers fortælling i afhandlingen.

Der opstod også en anden etisk problemstilling i mit møde med en borger på sundhedscenteret, da vedkommende kom til et aftalt interview og var tydeligt påvirket af alkohol. Personen insisterede på at gennemføre interviewet, men jeg vurderede efterfølgende, at interviewet ikke skulle være en del af mit empiriske materiale.

Måden jeg foretog disse samtaler og interview på var med en bevidsthed om, at sygdom er et sårbart emne, som berører de mest personlige, intime og ofte eksistentiale aspekter af den menneskelige tilværelse. Jeg arbejdede derfor ud fra en række samtaleteknikker, hvor jeg forsøgte at søge gensidig accept om samtaleemnerne, samt sørgede for at holde pauser, så borgeren kunne få plads til at orientere sig i samtalen.

Refleksioner over empiriproduktionen

Gennem min deltagelse i forskningsfeltet fulgte jeg forskellige borgere og sundhedsaktører i henholdsvis sundhedscenteret og i distriktspsykiatrien i Odsherred Kommune. Ud af dette feltarbejde opstod der muligheder for, at jeg kunne foretage to forskellige casebaserede empiriske undersøgelser, som udgør afhandlingens to undersøgelser. Undersøgelserne udforsker henholdsvis borgeres sygdomsfortællinger og et Åben Dialog forløb i distriktspsykiatrien. Jeg vil i dette afsnit forholde mig kritisk til og reflektere over min empiriproduktion samt over den måde, jeg i afhandlingens undersøgelser anvender forskellige metoder i produktionen af empiri.

Min adgang til feltet

Min tilgang til forskningsfeltet har, som jeg allerede har redegjort for, været præget af en etnografisk og eksplorativ tilgang. De feltophold jeg har været på i henholdsvis sundhedscenteret og distriktspsykiatrien i Odsherred Kommune har kun været mulige, fordi de er blevet arrangeret af den gruppe fagprofessionelle, som jeg indledningsvis tog kontakt til. Disse fagprofessionelle har således fungeret som det både Rosemary Mander (1992) og andre (Politi et al: 2001) betegner som *gatekeepere*, da de har været adgangsgivende for projektets genstandsfelt og undersøgelser. Ud over at være gatekeepere er flere af disse fagprofessionelle også en del af afhandlingens undersøgelser,

da de er aktører og behandlere i Åben Dialog forløbet, som bliver beskrevet i afhandlingens anden undersøgelse (se kapitel 6).

I afhandlingens første undersøgelse, som handler om sygdomsfortællinger, og som baserer sig på mit ophold i sundhedscenteret, spiller misbrugskonsulent Jens Peter Olsen en særlig rolle i mit feltarbejde. Jens Peter er ligeledes en del af den gruppe af fagprofessionelle, som jeg indledningsvis fik kontakt til. Det er Jens Peter, der har gjort det muligt, at jeg under mit ophold og de mange besøg på sundhedscenteret har kunnet følge ham i hans daglige praksis samt tale med nogle af de borgere, som kom i behandling hos ham. Jens Peter har derfor i høj grad haft denne gatekeeper funktion, da han har gjort det muligt for mig at få adgang til hans behandlingsnetværk. Derfor kan det også virke besynderligt, at Jens Peter ikke figurerer som formel interviewperson i afhandlingens første undersøgelse. Det skyldes først og fremmest et aktivt fravalg fra min side. Jeg har gennem mine besøg haft talrige interessante samtaler med Jens Peter, men grunden til, at jeg ikke har inkluderet nogle af dem, og de mere formelle interview jeg lavede med ham undervejs, er, at de ikke passer ind i afhandlingens analysestruktur og -strategi for undersøgelsen af de forskellige borgeres sygdomsfortællinger. Det skyldes, at fokus for afhandlingens første empiriske undersøgelse udelukkende er at studere borgernes konstruktion af deres sygdomsfortællinger. På den måde er undersøgelsen begrænset til de *stemmer* og relationer, som borgeren selv inddrager i konstruktionen af narrativer om deres sygdoms- og behandlingssituation. Jens Peter figurerer i flere af disse borgeres narrativ som en *stemme* og relation, og han inddrages på den måde som en aktiv *medskaber* i konstruktionen af disse borgeres narrativ. Det vil sige, at det er de pågældende borgeres sygdomsfortællinger, som er centrale for afhandlingens første empiriske undersøgelse. En undersøgelse som fokuserer på, hvordan forskellige borgeres narrativ kan forstås som multivoiced, eftersom de er konstrueret og skabt i relation til den *anden*. Sundhedscenteret som institution og behandlingscenter bliver på den måde også relevant for disse narrativer, da alle de involverede borgere i undersøgelsen er aktive i et alkohol- eller stofrelateret behandlingstilbud i sundhedscenteret. Det kommer til udtryk ved, at jeg gennem et særligt analytisk blik viser, hvordan disse sygdomsfortællinger netop er konstrueret relationelt og derved også i relation til en institutionel og organisatorisk ramme.

Refleksioner over narrativ tilgang og metode

I forrige afsnit nævnte jeg, at misbrugskonsulent Jens Peter fra sundhedscenteret har spillet en rolle i måden, jeg fik adgang til feltet, samt til hvordan jeg har kunnet opbygge relationer til flere borgerne, som medvirker i afhandlingen. Det var også ud fra mine samtaler med Jens Peter, at der opstod en interesse for at studere borgernes sygdomsfortællinger som både et relationelt og multivoiced fænomen. Det skyldes, at Jens Peter gjorde mig opmærksom på, at hans arbejde som misbrugskonsulent er præget af et omfattende relationsarbejde, da misbrugsproblematikker ofte involverer mange forskellige fagpersoner, eftersom borgeren, der kæmper med misbrug, også har kontakt til andre sundhedsaktører såsom den praktiserende læge og en socialrådgiver. Jens Peter gjorde mig desuden opmærksom på, hvordan de pårørende også spiller en rolle under hele sygdomsforløbet, da det ofte er dem, der oplever kampen mod misbruget på tættest hold (jf. observation og feltnoter). Disse observationer blev bekræftet i mine mange formelle og uformelle samtaler med borgere fra sundhedscenteret, og udover at undersøge sygdomsfortællinger blev jeg gennem disse samtaler også interesseret i at undersøge, hvordan forskellige relationer spiller en rolle i konstruktionen af en borgers sygdomsfortælling.

Min tilgang og metode til at undersøge disse sygdomsfortællinger er baseret på relationsarbejde, hvor jeg under mine besøg på sundhedscenteret har forsøgt at opbygge relationer til forskellige borgere (Rhodes 2011). Min tilgang førte til, at jeg aktivt søgte eller næsten ”jagtede” disse fortællinger, som borgerne fortalte om deres sygdoms- og behandlingsforløb. Jeg oplevede også, hvordan jeg fra hvert af disse møder fik en ny fortælling og et nyt stykke ”information”. På den måde troede jeg, at jeg kunne placere den bid i relation til de andre små fortællinger, som så i sidste ende kunne give mig en ”fuld forståelse” og et samlet perspektiv. Det var særligt ved at udforske Bakhtins tanker om dialogisme, at jeg blev opmærksom på, at jeg havde arbejdet ud fra en forståelse og tilgang til, at narrativer skal fortolkes som individuelle foretagender og afgrænsede fænomener. Ud fra denne tilgang og forståelse af narrativer, troede jeg, at jeg kunne stykke de forskellige fortællinger sammen for herved at danne mig et ”fuldt billede”. Denne illusion bristede, da det gik op for mig, hvordan fortællingerne alle er produkter af en relationel proces. Det er gennem Bakhtins tanker om dialogisme, at jeg blev konfronteret med en forståelse af, at narrativer ikke kan nå til en form for endepunkt. Det vil sige, at der altid produceres nye narrativer, da narrativer er forbundet til skabelsen af identitet. Konstruktionen af narrativer kan således forstås som en open-ended proces, hvor ”egne” historier indvikles i historier fra andre og fra den *anden*.

Nick Couldry peger i den forbindelse på, at narrativer skaber identitetsforståelser, men at disse fortællinger om selvet er uafklarede. Derfor bliver den narrative identitetsskabelse både flygtig og skrøbelig. Couldry skriver:

You might argue that interpretation need have no connection with a continuous process of narrative, since we are free to offer endlessly new interpretations of the world. But once we drop the Cartesian notion of the thinking self as detached from the process of *persisting* in embodied form in time and space, the connection between interpretation and narrative becomes unavoidable. Since we persist in time, an irreducible dimension of what we must each understand is *how* we persist in time: how 'what I am' is 'what I have become'. This is why narrative is an essential feature of human self-understanding, and why temporality is an essential dimension of human narrative. (Couldry 2010: 97)

Refleksion over interviewtilgang

Jeg vil i dette afsnit reflektere over min anvendelse af interview som metode. I den forbindelse peger jeg på, at min interviewtilgang ikke har en "dialogisk" tilgang, hvor relationen mellem forsker og borger er symmetrisk. Min interviewtilgang bygger derimod på semistrukturerede interview (Kvale 2006, 2007), og ud fra Steinar Kvale forstår jeg, at der altid er magt til stede i en interviewsituation, hvilket gør interviewsituationen og forsker/borger-relationen til en asymmetrisk relation. Kvale skriver:

A jargonized use of dialogues, with an understanding of interviews as caring consensual dialogues, may have masked the power exertion in empathetic interviews. If the term *dialogue* is to be retained in interview research, an effort could be made to carefully distinguish among current meanings and uses of dialogue, ranging from dialogical philosophy to dialogical management. (Kvale 2006: 496)

Når jeg kritisk og reflektivt ser tilbage på min interviewtilgang, så vil det derfor være forkert at sige, at interviewene foregik som en fælles dialog mellem borgerne og jeg. Det betyder, at jeg ikke betragter disse interview som værende dialogiske, og der ligger ikke en form for platonisk sandhedssøgning, som har til henblik at skabe viden i en fælles interesse, til grund for disse samtaler. Jeg vil i stedet pege på, at jeg ud fra min semistrukturerede interviewtilgang, og qua en asymmetrisk magtrelation, påvirker samtalerne både bevidst og ubevidst i bestemte retninger. Jeg vil derfor også pege på, at der i interviewene opstår situationer, som Kvale betegner som dialogisk ledelse, hvor jeg får "ført" borgeren til at tale fra særlige subjektpositioner (Kvale 2006). På den måde får jeg, som interviewer, også skabt en mulig instrumentalisering af borgeren. Det er en form for instrumentalisering, da jeg i interviewsituationerne får mobiliseret det Ann Phoenix betegner som *category memberships* for borgeren (Phoenix 2008). Det vil sige, at der opstår nogle kategorier og subjektpositioner, som for eksempel *sygdomsramt* og *misbruger*, som jeg som interviewer også bliver medskaber af, da jeg specifikt beder disse borgere om at fortælle mig, som udefrakommende forsker, om deres liv med sygdom og misbrug og om deres tilknytning til sundhedscenteret

(Phoenix 2008). Ud fra et Bakhtinsk perspektiv på dialogisme vil jeg forklare denne problematik med, at jeg som interviewer beder om at borgeren skaber mening om sin situation gennem en specifik I-other relation, nemlig borgerens tilknytning til sundhedscenteret. Den I-other relation aktualiserer således nogle *stemmer* på en bekostning af andre, når borgeren ud fra denne relation skal producere mening og konstruere identitet. Jeg mener ikke, at denne påvirkning kunne have været undgået. I et Bakhtinsk perspektiv på dialogisme, så interagerer *stemmer* altid på et asymmetrisk grundlag. Min pointe er, at jeg som interviewer er medskaber af samtalen med borgeren og derved også påvirker, hvordan borgeren konstruerer sin sygdomsfortælling. Jeg vil demonstrere denne pointe ved at vise, hvordan jeg allerede i interviewenes begyndelse får etableret en specifik relation og tilknytning mellem borgeren og sundhedscenteret, som aktualiserer nogle fortællepositioner og *stemmer* på bekostning af andre. Det ses i de følgende eksempler, hvor jeg skaber denne tilknytning gennem en række systemiske spørgsmål, og derved får skabt nogle bestemte positioneringsmuligheder for borgeren, som bliver rammesættende for resten af interviewet.

Eksempel fra interview med Pia:

Michael: Hvordan er du tilknyttet sundhedscenteret her, og hvor længe har du været det?

Pia: Jeg blev tilknyttet rusmiddelsteamet, og det har været august 2010. Jeg har været håndværker i 38 år som maler. Og ryggen den har (...)

Eksempler fra interview med Peter:

Michael: Kan du ikke fortælle om, hvordan du er tilknyttet her til misbrugscenteret?

Peter: Det er fordi, at jeg har det skide alkoholproblem, ikke.

og

Michael: Du siger, at det kan betegnes som en behandling, at du går her, så hvad er målet for behandlingen?

Eksempel fra interview med Stine:

Michael: Ja, så det er dig, der har taget kontakt [til sundhedscenteret]?

Stine: Ja, det var det.

Michael: Hvor lang tid er det siden?

Stine: 2 til 3 måneder siden. Det var fordi jeg ikke ville ud i et misbrug igen. Det havde jeg simpelthen ikke kræfter til.

Jeg nævner disse eksempler, fordi jeg i det efterfølgende kapitel om afhandlingens analysestrategi, vil redegøre for, hvordan jeg konstruerer en analysestrategi, som baserer sig på nogle særlige

dialogiske og etiske forskningsprincipper. Disse dialogiske og etiske principper bliver udslagsgivende for, hvordan jeg vælger at arbejde med forskellige analyse- og repræsentationsteknikker i forbindelse med min analyse af borgernes sygdomsfortællinger. Det at jeg anvender en dialogisk kommunikationsteoretisk analysestrategi til at undersøge sygdomsfortællingerne som et multivoiced fænomen, betyder også, at intervieweksemplerne og min interviewtilgang bliver relevant. Det gør de, da jeg i intervieweksemplerne viser, hvordan jeg er med til at skabe nogle begrænsninger for de positioneringsmuligheder, som borgeren har i den pågældende interviewsituation. Denne begrænsning betyder også, ud fra en forståelse af Bakhtins dialogisme, at jeg er med til at skabe en centrering af borgerens positioneringsmuligheder, hvilket skaber en marginalisering af nogle *stemmer* til fordel for andre *stemmer*. Jeg mener, at det i en interviewsamtale ikke kan undgås at skabe en form for marginalisering af både *stemmer* og positioner, hvilket skyldes, at selve interviewsituationen bygger på en asymmetrisk relation mellem forsker og borger. Jeg vil pege på, at denne kritiske refleksion er vigtig, da jeg som forsker og interviewer indgår i en dialogisk relation med borgeren, som kommer til at præge det efterfølgende analyse- og repræsentationsarbejde, idet jeg bliver en aktiv *medskaber* af borgerens fortællinger. Som interviewer er jeg således både med til at centrere subjektet og med til at begrænse de multiple *stemmer*, som i et samspil konstruerer de forskellige fortællinger. Både Alecia Jackson og Lisa Mazzei samt kulturpsykolog Jaan Valsiner skriver om denne problematik:

Interview methods in interpretive qualitative inquiry oblige researchers to “center” the subject. We as researchers ask participants to be selective in 1) their telling, 2) their interpretation of experience, 3) the representation of themselves, and 4) the assumptions they make about who that self is (during the telling). What emanates from such centering is a supposedly coherent narrative that represents truth. (Jackson & Mazzei 2012: viii)

Og

Psychology has historically concentrated on the I→AM part under the disguise THEY→ARE. The researcher has been likely to be left out of the study of the psyche, in favour of the study of some others (“THEY” = subjects” or “research participants” - Bibace et al. 2009). The agency of the researcher him-/herself is traditionally downplayed - even if it is actually the central trigger of all data through the construction of any method of investigation. The goal of the researcher is to make sense of him-/herself (I→AM), yet the evidence through which such understanding can be reached is alien to him or her (plural: THEY→ARE is turned into generic singular SHE/HE→IS, yet maintaining the distance from I→AM). Agency cannot be successfully introduced into scientific psychology unless the sequence of helical transition {I→AM → THEY→ARE → I→AM} becomes exemplified. The researcher is the creator of knowledge through his or her own existential experiencing, even if the latter is for methodological purposes delegated to some others (“research participants”). The primary participant in the research is the researcher himself/herself. (Gruber et al 2015: 46)

Ud fra Jackson & Mazzei og Valsiner vil jeg pege på, at jeg i interviewsituationen med borgerne bliver en uundgåelig *medskaber* af borgernes fortællinger. De fornævnte intervieweksempler viser, hvordan jeg er med til at placere borgernes fortællinger i en slags ”sygdomsfortælleramme”, hvor

borgerne begrænses til specifikke fortællepositioner. Det er nogle positioner, som primært relaterer sig til deres kamp mod misbrug og til deres oplevelser med behandling i sundhedscenteret. Min pointe er her, at jeg i både empiriproduktionen og i analysen af sygdomsfortællingerne bliver en aktiv del af denne narrative konstruktion. Ud fra intervieweksemplerne bliver det også tydeligt, at jeg bliver medskaber af en form for ”sygdomsfortælleramme” for borgernes fortællinger, hvilket får konsekvenser for det efterfølgende analyse- og repræsentationsarbejde.

Refleksion over deltagende observation i Åben Dialog forløbet

I forbindelse med at jeg følger et Åben Dialog forløb, som er genstand for afhandlingens anden empiriske undersøgelse, foretager jeg deltagende observationer af forløbet. Jeg deltager i forløbets fire møder i distriktspsykiatrien i Nykøbing Sjælland i Odsherred Kommune, hvor jeg foretager deltagende observationer, optager lyd og videofilmer møderne. På grund af møderummets begrænsede størrelse var det svært at filme alle deltagerne på én gang. Jeg vurderede derfor, at det ville være forstyrrende for mødet og deltagerne, hvis jeg skulle dreje kameraet hver gang en deltager sagde noget. Det betyder, at jeg i mit analytiske arbejde betragter videooptagelserne som lyd og dermed som tekstmateriale i min analyse. Jeg laver derfor ikke en analyse af for eksempel den non-verbale kommunikation mellem deltagerne. Jeg anvender således kun videooptagelserne til at orientere mig i materialet, og til at blive bekræftet i, hvem der taler på et givent tidspunkt, hvilket er nødvendigt, da møderne nogle gange inkluderer op til otte deltagere. Jeg anvender også det kvalitative kodningsprogram NVivo til at skabe overblik over det i alt syv timer lange materiale. I min analysestrategi i næste kapitel (se kapitel 4), og i undersøgelsen som handler om Åben Dialog forløbet (kapitel 6), fremgår det, hvordan jeg analytisk arbejder med mit empiriske materiale.

Fortætninger som metode - bearbejdningen

I det næste kapitel redegøre jeg for afhandlingens analysestrategi, og som del af denne strategi arbejder jeg med en poststrukturalistisk repræsentationsteknik og metode kaldet *fortætninger*. Jeg vil i dette afsnit redegøre for og reflektere over, hvordan jeg anvender denne teknik.

Ud fra afhandlingens analysestrategi og dens tilhørende dialogiske metodologi ønsker jeg at gøre undersøgelsen af multivoicedness til en refleksiv, etisk og forskningsmæssig problemstilling. Det kommer til udtryk ved, at jeg ud fra en dialogisk metodologi gør det at bedrive dialogisk forskning til en refleksiv og etisk problemstilling, som omhandler problematikker vedrørende repræsentation

og othering. Denne dialogiske forskningstilgang kommer til udtryk ved, at jeg reflektivt og ud fra etiske principper arbejder med, hvordan jeg kan analysere og repræsentere multivoicedness.

Fortætninger eller poetiseringer er en poststrukturalistisk repræsentationsteknik (Hølge-Hazelton & Krøjer 2008a, 2008b, Krøjer 2003), og jeg anser disse fortætninger som et poststrukturalistisk metodisk eksperiment. Det betyder, at jeg anvender disse fortætningerne som en tilgang til at undersøge multivoicedness men også som en eksperimentel metode til at problematisere en forskningsmæssig praksis. Det er en forskningsmæssige praksis, som relaterer sig til problematikker om at repræsentere en borgers (multiple) *stemme* samt det at ”give” *stemme* til et subjekt (Krøjer 2003, Phillips et al 2013). Fortætninger som en analytisk repræsentationsteknik handler derfor om problematikker vedrørende Othering. Jeg anvender fortætningerne som en teknik til at arbejde med disse repræsentationsproblematikker. Jeg henter i den forbindelse inspiration fra den poststrukturalistiske teoretiker Donna Haraway. Haraway peger på, at når det kommer til at skabe repræsentationer, så findes der ikke noget entydigt svar. Det at skabe en repræsentation er altid forbundet med en magt, og derved en Othering (Haraway 1991). Ifølge Haraway eksisterer der ikke nogen former for uskyldigt ”rum” for repræsentationen. På baggrund af Haraways pointer mener jeg, at mit analytiske arbejde og min forskerrolle skal ses som performativ, hvilket kommer til udtryk i måden, jeg arbejder med at repræsentere min empiri. I mit arbejde med fortætninger som repræsentationsteknik er jeg inspireret af, hvordan poststrukturalistiske tænkere og feminister arbejder med at takle problematikker omkring repræsentation. Jeg trækker her især på den poststrukturalistiske litteratur, og det der kan betegnes som *The crises of representation* jf. teoretikere som Donna Haraway (1991), Patti Lather (1991, 2007), Frigga Haug (1987, 1992), Laurel Richardson (1990, 1997).

I mit arbejde med fortætninger er jeg inspireret af den måde, Jo Krøjer arbejder med fortætninger som en repræsentationsteknik (Krøjer 2003). Krøjer foretrækker betegnelsen fortætninger frem for poetiseringer, da fortætninger henviser til selve processen med at kondensere interviewteksten. Det er en kondenseringsproces, der har til henblik at ekstrahere forskellige temaer eller storylines fra interviewteksten (Krøjer 2003: 75ff). Ud fra Krøjers arbejde er jeg inspireret til at arbejde med fortætninger som en metode, da jeg ser, hvordan den kan bistå mit analytiske arbejde med både at analysere og repræsentere multivoicedness i borgernes sygdomsfortællinger. Fortætningerne bliver en metode til at arbejde med det evokative, som kendetegner den poetiske genre. Ved at skabe

evokative effekter ud fra disse fortætninger, bliver det muligt at ”åbne op” for en open-endedness i borgernes fortællinger. Det er en open-endedness, der i kraft af dens mangfoldige tolkningsmuligheder ikke skaber en monologisering og fiksering af borgeren, men derimod respekterer borgerens unfinalizability og borgerens multiplicitet af *stemmer*. Fortætninger er på den måde en teknik, hvor tanken om at skabe multiple tolkningsmuligheder - en open-endedness - passer ind i analysestrategiens dialogiske metodologi. Det gør den ved, at fortætningerne åbner op for multiple tolkningsmuligheder, som opstår ved, at der skabes et rum mellem borger, læser og forfatter (Hølge-Hazelton & Krøjer 2008a, 2008b, Krøjer 2003).

I måden jeg bearbejder disse fortætninger, er jeg ligeledes inspireret af Krøjers arbejde og tilgang (Krøjer 2003: 78f). Det betyder, at jeg ligesom Krøjer hører interviewsamtalerne igennem flere gange og efterfølgende læser mig igennem den transskriberede tekst for at blive opmærksom på forskellige temaer og storylines i materialet. Disse temaer bryder jeg ned, så jeg kan lokalisere enkelte ord og hele sætninger, som relaterer sig til et tema eller en specifik storyline. Jeg begynder herefter at arbejde med disse ord og sætninger ved at bryde dem ned. Jeg eksperimenterer med at sætte dem i relation til andre ord eller sætninger, som jeg i forvejen har sat i forbindelse med en pågældende storyline. På den måde arbejder jeg mod en kondensering af disse temaer og storylines, så de til sidst udgør en fortætning. Denne proces kan ses ud fra de følgende eksempler, hvor jeg arbejder med at kondensere flere større tekststykker for til sidst af skabe en fortætning.

Uddrag fra interview med Pia:

Michael: Hvad skete der?

Pia: Så måtte jeg stoppe revalideringen og røg tilbage på sygedagpenge. Og der er jeg så nu. Jeg blev sendt til nogle forskellige undersøgelser. Hende jeg var hos, da jeg var under revalideringen hun havde sendt mig til en psykiatrisk udredning engang, fordi jeg på et tidligere tidspunkt, da hun tvang mig til at sidde og ringe her og der og alle vegne, ikke. Der brød jeg sammen første gang for, hvis det er noget jeg ikke kan, så er det det. Det er derfor, at jeg siger, at jeg er bedre til at skrive mails fremfor at vi snakker.

Michael: Ja.

Pia: Og der sendte hun mig så til en psykiater, som så i første færd melder ud, at der skal ganske særlige forudsætninger til, at jeg skal kunne bestride et job under normale omstændigheder. Fordi min [social] forbi er kraftig, og at der ikke er udsigt til at den bliver bedre. Men det skete der altså ikke noget ved. Det ændrede hun ikke noget ved på planerne, og gik åbenbart ikke videre med det. Og nu har jeg altså fået en ny

udredning af den samme psykiater efter, at jeg kom på sygedagpenge, og nu er den så endnu værre, udredningen.

Uddrag fra interview med Pia:

Michael: Hvad er det for nogle problemer og udfordringer du møder? Det kunne jeg godt tænke mig ...

Pia: Min social forbi har jeg lidt af altid. Men har klaret mig igennem indtil jeg blev tilkendt revalidering og havnede i klørene på den sagsbehandler jeg fik der (...).

Uddrag fra interview med Pia:

Pia: Den siger at... det ikke kan lade sig gøre, at jeg bestrider et job, psykisk. At hun anbefaler en pension. Øh, det skal så siges, at den første udredning... Jeg havde bedt om at få en kopi af den. Den fik jeg bare smidt henover bordet, og så kunne jeg bare tage den med hjem og læse den. Men så grim som den var. Det skal man altså ikke sidde og læse alene... Men det er så det.

Eksempel på fortætning - Pia:

Der er jeg så nu – 23. maj 2013

Min social fobi har jeg lidt af altid.

Jeg har klaret mig igennem,
indtil nu.

Jeg har måttet stoppe min revalidering.
Tilbage på sygedagpenge.

Der er jeg så nu.

Hun tvang mig til at ringe her og der og alle vegne.

Der brød jeg sammen.

Hvis det er noget jeg ikke kan, så er det det.

Hun havde sendt mig til en psykiatrisk udredning.

Jeg blev sendt til forskellige undersøgelser.

Jeg fik en udredning.

Jeg havde bedt om at få en kopi.

Jeg fik den smidt henover bordet.

Jeg kunne læse den derhjemme.

Men den var grim.

Det skal man ikke læse alene.

Kapitel 4

Analysestrategi

I dette kapitel præsenterer jeg afhandlingens analysestrategi, hvis overordnede analytiske fokus er at undersøge *dialog*, og derved multivoicedness ud fra en dialogisk kommunikationsteoretisk optik på dialogisme. Analysestrategien er udviklet i et samspil med teori og empiri. Det vil sige, at selvom analysestrategien har fokus på at undersøge multivoicedness, så er analysestrategiens fokus også betinget af afhandlingens to empiriske undersøgelser og af deres genstandsfelter. Derfor vil jeg i kapitlet redegøre for, hvordan analysestrategien retter sig imod afhandlingens to undersøgelser.

Jeg vil ligeledes redegøre for, hvordan jeg i konstruktionen og udviklingen af analysestrategien arbejder med *dialog* på forskellige måder. Det kommer for eksempel til udtryk ved, at analysestrategien gør dialog til et analytisk genstandsfelt, hvilket betyder at analysestrategien gør det muligt at studere dialog ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme. Dette analysemæssige fokus kommer især til udtryk i analysestrategiens orientering mod afhandlingens anden empiriske undersøgelse, hvor jeg undersøger, hvordan dialog aktualiseres i et Åben Dialog forløb.

Som en del af analysestrategien præsenterer jeg også en forståelse af dialog, hvor dialog udgør en særlig dialogisk metodologi. Det ses ved, at jeg gør min undersøgelse af multivoicedness til et dialogisk foretagende, som bygger på dialogiske og etiske forskningsprincipper. Dette fokus kommer især til udtryk i analysestrategiens orientering mod afhandlingens første empiriske undersøgelse, hvor jeg gør det at undersøge borgernes sygdomsfortællinger til et dialogisk foretagende. Det betyder, at jeg ud fra dialogiske og etiske principper søger at respektere borgernes fortællinger og deres multiplicitet af *stemmer*.

Jeg afslutter kapitlet ved at præsentere, hvordan analysestrategien er orienteret imod afhandlingens to forskellige undersøgelser, og i den forbindelse præsenterer jeg også de empiriske undersøgelsesspørgsmål, som analysestrategien vil besvare.

Introduktion og oversigt over analysestrategien

Analysestrategien er, som nævnt, udviklet i et samspil mellem teori og empiri. Det betyder, at jeg lader mine undersøgelser af de dialogiske vendinger på henholdsvis sundhedsområdet og i socialvidenskaben, som jeg allerede har præsenteret i kapitel 1 og 2, bidrage til min udvikling af analysestrategien. I udviklingen af analysestrategien trækker jeg især på den kortlægning, som jeg foretog af den dialogiske vending i socialvidenskaben. Det vil sige, at jeg gør mine redegørelser af videreudviklingerne af Bakhtins dialogisme til analysestrategiens teoretiske fundament. Et teoretisk fundament som jeg i analysestrategien udvikler i et samspil med afhandlingens to empiriske undersøgelser. Analysestrategien skal derfor ses som mit bidrag til den dialogiske vending i socialvidenskaben og til denne teoretiske strømning om at forsøge at videreudvikle Bakhtins tanker om dialogisme. Helt konkret er mit bidrag en metode til at analysere multivoicedness ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme.

I analysestrategien arbejder jeg med forskellige forståelser af *dialog*, som jeg vil redegøre for i de følgende afsnit. I analysestrategien er jeg optaget af Bakhtins tanker om dialog, også kaldet for dialogisme. I udviklingen af analysestrategien inddrager jeg forskellige teoretiske forståelser af Bakhtins dialogisme. Disse forskellige forståelser gør, at jeg kan præsentere en samlet analysestrategi, som udgør et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme. Dette særlige analytiske og teoretiske perspektiv gør det muligt at belyse og undersøge multivoicedness.

Undersøgelse af multivoicedness kommer til udtryk i to forskellige undersøgelser, som begge gør studiet af *dialog* til deres genstandsfelt. I begge disse to undersøgelser udgør dialog et multivoiced fænomen og konstruktion, hvilket kommer til udtryk på to forskellige måder. Det ses således:

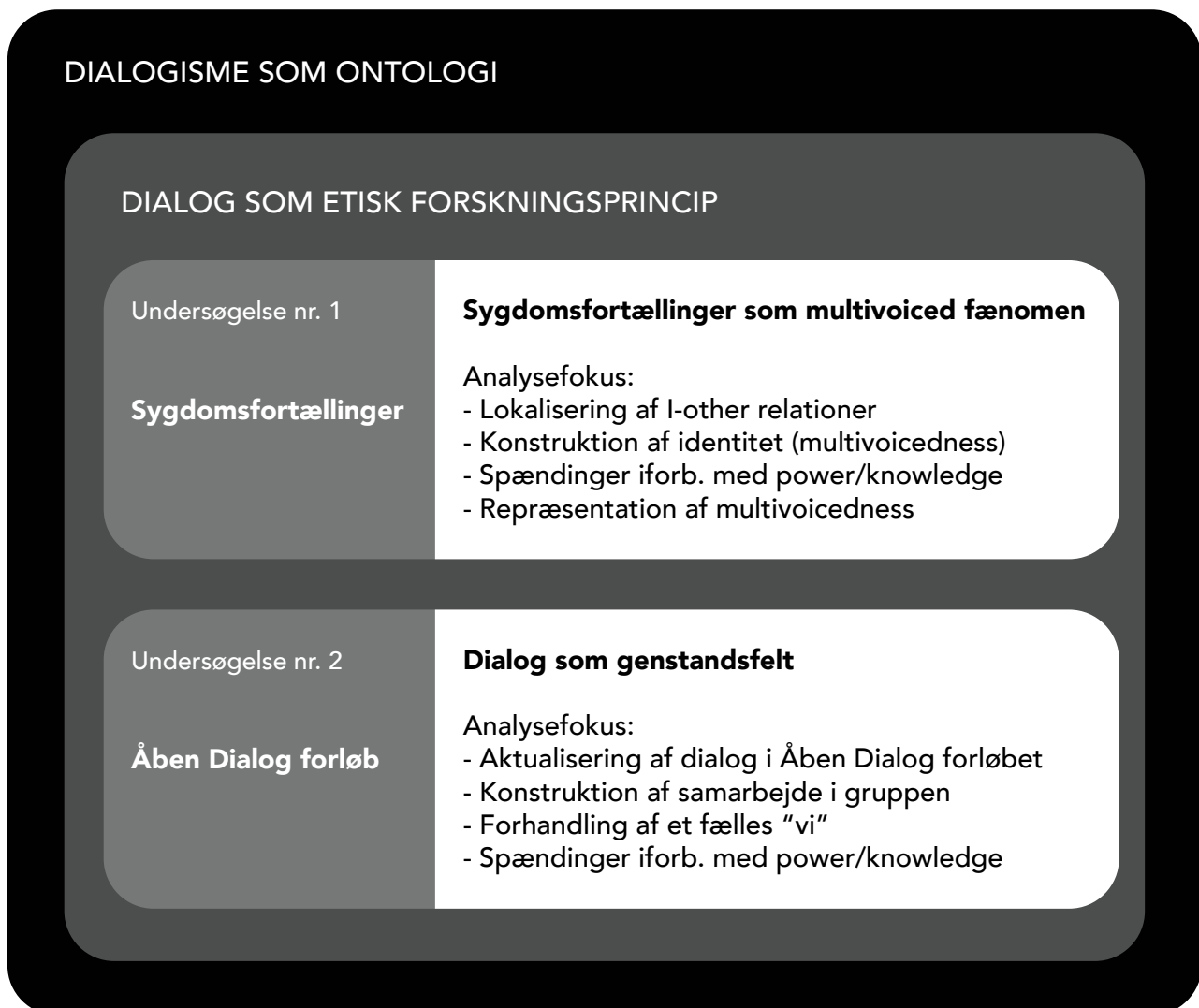
I afhandlingens første empiriske undersøgelse kommer dette analysefokus til udtryk ved, at jeg undersøger, hvordan borgere konstruerer deres sygdomsfortællinger i *dialog* og derved i samspil med multiple *stemmer*. Jeg er herved optaget af, hvordan borgere konstruerer mening og identitet i de sygdoms- og behandlingsforløb, som de er en del af, og hvordan multiple *stemmer* gør sig til en del af borgernes fortællinger. Det vil sige, at jeg belyser, hvordan borgerne inddrager og indoptager *stemmer* fra forskellige aktører, og anvender deres tilknytning til forskellige sundhedsinstitutioner, når de skaber mening og konstruerer identitet i forbindelse med et sygdoms- og behandlingsforløb.

I afhandlingens anden empiriske undersøgelse udgør *dialog* selve genstandsfeltet for analysen. Det ses ved, at jeg undersøger et Åben Dialog forløb, hvor jeg gør dialogen i disse multi-aktør-dialoger til genstand for analyse. Jeg undersøger på den måde, hvordan dialog aktualiseres på disse Åben Dialog møder, hvad aktualiseringen af dialog betyder for konstruktionen af et samarbejde blandt de forskellige deltagere på møderne. *Dialog* anses på den måde som et multivoiced fænomen, idet jeg undersøger, hvordan mening skabes i et samspil mellem multiple *stemmer*. Jeg er herved optaget af at undersøge, om eller hvordan der i disse multi-aktør-dialoger opstår spændinger, når mening skabes og forskellige vidensformer mødes og strides. Det vil sige, at jeg er interesseret i at undersøge om Åben Dialog møderne skaber et inkluderende forløb, der anerkender en pluralitet af vidensformer, når der skal skabes fælles løsninger ud fra kollaborative og dialogiske principper.

Sidst men ikke mindst udgør *dialog* en særlig dialogisk forskningsmetodologi, som også er en del af denne analysestrategi. Dette aspekt af dialog dækker over, at jeg i min analytiske tilgang og i mit repræsentationsarbejde søger at arbejde ud fra dialogiske og etiske forskningsprincipper. Det betyder, at jeg i arbejdet med især borgernes sygdomsfortællinger er bevidst om både den sårbarhed, men også de repræsentationsproblematikker, der kan opstå i mit analyse- og fremstillingsarbejde. Ud fra denne dialogiske metodologi søger jeg herved at arbejde med borgernes sygdomsfortællinger på en respektfuld måde.

Jeg vil nu præsentere en grafisk oversigt over analysestrategien. Oversigten viser også analysestrategiens forskellige forståelser og anvendelser af *dialog*.

ANALYSESTRATEGI



Et analytisk perspektiv på multivoicedness – dialogisme som ontologi

Jeg vil i dette afsnit gøre rede for, hvordan analysestrategien bygger på et teoretisk fundament af et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme. Jeg vil derfor forklare, hvordan jeg forstår og anvender dialogisme som en teori, og hvordan jeg i analysestrategien anvender disse redegørelser til at skabe en metode, der kan belyse multivoicedness. Jeg vil i de efterfølgende afsnit desuden redegøre for, hvilke analysebegreber jeg anvender i min analysestrategi. Det er analysebegreber, som gør det muligt at undersøge multivoicedness.

Analysestrategien bygger på en grundlæggende teoretisk forståelse af Bakhtins dialogisme. Jeg trækker i den forbindelse særligt på Bakhtins forståelser af selvet, som værende en multipel

størrelse. Det vil sige, jeg anerkender, at det menneskelige selv kan forstås som værende indgydt af uendeligt mange relationer til den *anden*. Denne relationelle forbundenhed betoner Bakhtin ved, at selvet udgøres af forskellige I-Other relationer. Denne betragtning betyder også, at jeg tager afstand fra tanken om et kartesisk selv – et kerneselv, hvor individet er uafhængigt afgrænset fra andre og fra omverdenen. Jeg forstår i stedet dette selv, ligesom Bakhtin, som multipelt. Med denne forståelse abonnerer jeg samtidig på en anti-individualistisk forståelse af selvet, hvilket vil sige, at selvet *er* relationelt forbundet med den *anden* gennem forskellige I-other relationer (Bakhtin 1981, 1984, 1986, 1990, 1993).

Som sagt er jeg optaget af, hvordan jeg kan studere det multiple selv ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme. Jeg henter i den forbindelse inspiration fra Per Linell og Ivana Marková og trækker på deres udlægninger af dialogisme som teoretisk retning og deres forståelser af det multiple selv. Det er nogle redegørelser, som jeg præsenterede i kapitel 2. Jeg er inspireret af Linell og Markovás grundlæggende forståelser af, at dialogisme kan anses som værende både en epistemologi for socialvidenskaben og en ontologi for mennesket. De begrebsliggøre i den forbindelse dialogisme som værende en *meta-teoretiske sense-making mekanisme* for individet. Det betyder, at dialogisme er en særlig dialogisk måde at tænke menneskelig handling, kognition og kommunikation. I min forståelse af dialogisme henter jeg, som sagt, inspiration fra henholdsvis Linell og Marková, når jeg forstår, hvordan det multiple selv bruger *stemmer* fra den *anden* til at orientere sig i verden og for at konstruere mening og identitet (Linell 2009, Marková 2005).

I min forståelse af dialogisme arbejder jeg ud fra en grundlæggende forståelse om, at det multiple selv konstruerer mening og identitet i et samspil mellem forskellige multiple *stemmer* (Linell 2009, Marková 2005, Marková et al 2007). For at forklare hvordan det multiple selv skaber mening og identitet i et samspil med multiple *stemmer*, henter jeg inspiration fra Markovás triademodel (*I - other - object*), som jeg redegjorde for i kapitel 2. Det er en kommunikationsmodel, som begrebsliggøre det multiple selvs interaktion med den *anden*. Marková forstår denne interaktion gennem et bestemt kommunikationsmæssigt triadeforhold. Ud fra denne model bruger jeg et forskellige relationer til den *anden* for at skabe mening om omverdenen og sig selv. Jeg vil derved pege på, at Markovás triademodel åbner op for en tilgang til at belyse, hvordan multiple *stemmer* interagerer i det multiple selv. Det betyder, at jeg i denne analysestrategi anvender Markovás

triademodell som en analyseoptik til at belyse selvets multivoicedness. Jeg anvender denne triademodell som en bærende og grundlæggende analyseoptik for at kunne undersøge, hvordan selvet er forbundet og relateret til den *anden*. Ved at anvende Markovás triademodell bliver det muligt at belyse og undersøge det multiple selvs mange I-other relationer. Samtidig åbner Markovás teoretiseringer også op for et særligt analytisk perspektiv. Det sker ved, at triademodellen gør det muligt at undersøge, hvordan de mange I-other relationer i det multiple selv strækker sig over et mikro-, meso- og makromæssigt analytisk perspektiv. Det ses ved, at den *anden* udgør en generisk størrelse i det multiple selv, hvilket vil sige, den *anden* kan antage forskellige former, såsom *I-you*, *I-me*, *I-group*, *I-community*, *I-culture* og *I-society*. Ud fra disse betragtninger vil jeg argumentere for at det med et analytisk perspektiv på multivoicedness, og ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme, er muligt at undersøge, hvordan individet bliver diskursivt konstrueret i relationen og interaktionen med den *anden*.

Jeg anser Markovás forståelse af det multiple selv som en hjørnesteen for, hvordan jeg forstår og arbejder med dialogisme. Jeg mener dog ikke, at Markovás triademodell giver et detaljeret analytisk perspektiv på, hvordan de multiple *stemmer* mødes og interagerer i det multiple selv. Markovás forståelser kan derfor ikke anvendes til at undersøge, hvordan *stemmer* i det multiple selv interagerer på baggrund af asymmetriske relationer. Det betyder, at Markovás tilgang til dialogisme ikke kan anvendes som et analytisk perspektiv til at belyse, hvorfor nogle *stemmer* frem for andre aktualiseres i det multiple selv. For at kunne belyse, hvordan *stemmer* altid interagerer i en asymmetrisk relation og derved på et asymmetrisk grundlag, henter jeg inspiration fra Aveling et al og Louise Phillips og deres læsning af Bakhtin (Aveling et al 2015, Phillips 2011). Ud fra Aveling et al og Phillips argumenterer jeg for, at en meningskabelse i det multiple selv er et produkt af et samspil mellem multiple *stemmer*. Jeg er ligeledes inspireret af, hvordan de mener, at *stemmer* altid interagerer på et asymmetrisk grundlag i det multiple selv, og derfor altid befinder sig i et indbyrdes spændingsforhold. Denne spænding opstår, da disse multiple *stemmer* altid er aktivt evaluerende over for hinanden. Ud fra Aveling et al og Phillips forstår jeg, hvordan meningskabelse produceres i et samspil mellem multiple *stemmer* i det multiple selv. Det er et samspil, som skal ses i forbindelse med et individs I-Other relationer, da det er i disse forskellige I-other relationer, centripetale og centrifugale diskursive processer strides om at producere mening og skabe forståelse for individet.

Et analytisk fokus på multiple stemmer

Jeg vil i dette afsnit opstille en oversigt over, hvordan jeg forstår og arbejder analytisk med at belyse multivoicedness i det multiple selv. Jeg skelner i den forbindelse mellem tre forskellige analytiske aspekter i min undersøgelse af multivoicedness.

Til at undersøge det multiple i det multiple selv, trækker jeg på dele af Aveling et al's (2015) metode til at belyse multivoicedness. Deres metode redegør jeg for i kapitel 2. Jeg anvender Aveling et al's (2015) metode i et samspil med Markovás triademodel, hvor hun konceptualiserer, hvordan det multiple selv er forbundet og orienteret imod en andethed. Det betyder, jeg forstår og anvender de tre følgende aspekter, som en analytisk optik til at belyse multivoicedness i det multiple selv:

1) Stemmer i det multiple selv

Jeg trækker på Bakhtins forståelse om det multiple selv som værende indgydt af forskellige relationer og *stemmer* (Bakhtin 1986, 1990). Det betyder, at det multiple selv kan tale fra forskellige positioner, og *med* forskellige *stemmer*. Det er *med* disse multiple *stemmer* samt i interaktionen og relationen til den *anden*, at individet skaber mening om omverdenen, sig selv og den *anden*. Bakhtin betoner dette relationelle aspekt ved det multiple selv som, at selvet agerer som en ventrilokvist. Det sker ved, at *stemmer* fra den *anden* bliver til aktive *medskabere* og *medforfattere* af individets meningsskabelse (Bakhtin 1981, 1984, 1986, 1990, 1993).

2) Stemmer fra den anden

Stemmer fra den *anden* karakteriseret som *Inner-Others*. Det er *stemmer*, som for eksempel udgør både reelle personer, imaginære personer, grupperinger eller for eksempel institutioner og kulturer. Denne type *stemmer* er *stemmer*, som optræder i selvet, og som relaterer sig direkte til den *anden*. Det vil sige, at der er en interaktion mellem *stemmer*, som foregår på et intrapersonelt plan i individet. Denne interaktion kan karakteriseres som indre dialoger, der betegnes som *autodialogues*. Autodialogues dækker herved over en indre dialogisk relationer til den *anden* og et relationelt forhold mellem I-other, som kan tage form som *I-you*, *I-me*, *I-group*, *I-community*, *I-culture* og *I-society*. (Aveling et al 2015, Linell 2009, Marková 2005, Marková et al 2007).

3) Interaktionen mellem de multiple stemmer

Dette aspekt af multivoicedness handler om, hvordan både inner-Others samt *stemmer* fra selvet og *stemmer* fra den *anden* interagerer. Jeg trækker i den forbindelse på Bakhtins forståelse af, at vi som mennesker kan have *heterodialogues*, som er dialoger med virkelige andre samt *autodialogues*, som er dialoger mellem indre *stemmer* og inner-Others (Bakhtin 1981, 1984, 1986, 1990). For at undersøge, hvordan selvets multiple *stemmer* interagerer, inddrager jeg Morson og Emersons tre socialkognitive strukturer for det multiple selv. De tre strukturer er:

The I-for-myself (“how my self looks and feels to my own consciousness”).

The I-for-others (“how my self appears to those outside it”).

The other-for-me (“how outsiders appear to myself”).

(Morson & Emerson 1990: 180)

Jeg anvender Morson og Emersons tre socialkognitive strukturer til at belyse, hvordan *stemmer* fra selvet og *stemmer* fra den *anden* interagerer. I min konstruktion af analysestrategien vil jeg pege på, at Morson og Emersons tre strukturer kan anvendes som analysekategorier til for eksempel at belyse autodialogues i det multiple selv. Autodialogues er, som nævnt, indre *stemmer*, der interagerer på et intrapersonelt plan i individet. En vigtig pointe er her, at eftersom jeg af gode grunde ikke har adgang til folks tanker, hvilket må vanskeliggøre et studie af for eksempel *autodialogues*, så kræver et studie af multivoicedness dog ikke det uladsiggørlige. Jeg vil argumentere for, at ved at anvende Morson og Emersons tre strukturer som analysekategorier, så kan det belyses, hvordan ord og ytringer altid er gennemsyret af diskursive betydningsspor fra tidligere samtaler. Disse diskursive betydningsspor signalerer samtidig, hvordan ytringer altid er orienteret imod en andethed, men også hvordan de er skabt i relation til den *anden*. På den måde vil jeg pege på, at der kan spores effekter og betydningsspor af inner-Others i en persons ytringer. I min analysestrategi anvender jeg derfor Morson og Emersons tre socialkognitive strukturer, som en analyseoptik på multivoicedness. Det vil sige, at jeg ser, hvordan disse strukturer kan belyse en socialkognitiv dialogisk aktivitet i det multiple selv.

De tre forskellige aspekter af *stemmer* i det multiple selv, som jeg lige har præsenteret, udgør tilsammen en analytisk optik, som gør det muligt at studere multivoicedness i det multiple selv. Jeg anvender Morson og Emersons strukturer som en del af denne optik, idet de giver indblik i, hvordan det multiple selv gennem både *heterodialogues* og *autodialogues* konstant foretager korregeringer af tanker og sproghandlinger. Dette åbner samtidig op for et analytisk studie af, hvordan det multiple selv interagerer med multiple *stemmer* for at producere mening og skabe identitet. Jeg anvender derfor Morson og Emersons tre kategorier som en optik, der kan give et analytisk indblik i

det multiple selvs indre spændingsmæssige og dynamiske forhold. Det kan de, eftersom de i et samspil kan belyse en socialkognitiv dialogisk aktivitet i det multiple selv. Det er en dialogisk aktivitet, som foregår både før, under og efter et individ har ytret sig om noget over for en ekstern samtalepartner. Ved at undersøge denne dialogiske aktivitet, så er det muligt at belyse, hvordan *stemmer* i det multiple selv strides i forskellige I-other relationer for at producere mening om omverdenen og skabe identitet.

Spændinger i asymmetriske I-other relationer

Analysestrategien har et særligt fokus på at undersøge dialogiske spændinger, som opstår i interaktionen mellem multiple *stemmer*. Jeg vil i dette afsnit redegøre for, hvordan jeg forstår disse spændinger, og hvordan jeg gør dem til del af min analytiske optik.

Jeg har i analysestrategien et særligt analytisk fokus på, hvordan interaktionen mellem de multiple *stemmer* altid er i et spændingsmæssigt forhold. Ud fra en forståelse af Bakhtin, forstår jeg, hvordan meningskabelse altid foregår dialogisk og i et relationelt forhold imellem ofte modsætningsfyldte og kolliderende *stemmer*. Bakhtin peger på, at enighed og en centralisering skabes gennem et spændingsmæssigt møde mellem centripetale og centrifugale diskursive processer. Det vil sige, at der i interaktionen mellem de forskellige *stemmer* altid foreligger en kamp om at skabe mening og identitet (det centripetale). Dette forstår Bakhtin som en dialogisk proces, der hele tiden udfordres af det multiples selvs orientering imod en andethed. Det er en andethed som samtidig søger at introducere ”nye” og anderledes vidensformer (det centrifugale) (Bakhtin 1981: 270ff).

For at forstå dette spændingsmæssige forhold i det multiple selv henter jeg inspiration fra Louise Phillips’ læsning af Bakhtin i sin teoretiske ramme ved navn IFADIA (Phillips 2011). Det gør jeg, eftersom Phillips netop betoner det spændingsmæssige forhold, som opstår i samspillet og interaktionen mellem de multiple *stemmer*. For at belyse disse spændinger trækker Phillips yderligere på Michel Foucaults perspektiv om *power/knowledge* (Foucault 1980). Det gør Phillips, da det giver indblik i, hvordan nogle *stemmer* kommer til at dominere til fordel for andre. Et foucaultiansk perspektiv på *power/knowledge* giver herved et indblik i, hvordan der foreligger diskursive kampe mellem forskellige *stemmer*, som alle søger at artikulere forskellige vidensformer, hvor nogle bliver marginaliseret til fordel for andre (Foucault 1980, Phillips 2011: 52ff). Phillips peger på, hvordan dette samspil af multiple *stemmer* aldrig foregår på et neutralt grundlag, og at der

altid er magt tilstede, hvilket gør, at nogle *stemmer* og vidensformer kommer til at dominere til fordel for andre. Denne forståelse af, hvordan nogle *stemmer* i det multiple selv bliver undertrykt af andre, er også en forståelse som er i tråd med Aveling et al's udlægning af det multiple selv. De skriver:

[...] autodiologue never takes place on neutral ground. Reflecting the sociocultural context from which the voices within the Self originate, the dialogical dynamics within the Self are characterised by patterns of dominance and asymmetrical power relations. Just as certain discourses or dominant groups may marginalise or suppress the voice of less powerful others, so too may certain voices within the Self dominate, undermine or silence others (Valsiner: 2002). (Aveling et al 2014: 5)

I min analysestrategi trækker jeg både på en forståelse af Phillips og Aveling et al, når jeg inddrager et foucaultiansk perspektiv på power/knowledge. Det gør jeg som et supplement til at forstå og undersøge, hvordan de multiple *stemmer*, aldrig mødes på et neutralt grundlag, og for at betone spændingerne som udtryk for en slags magtkamp i det multiple selv. Aktualiseringen af *stemmer* i det multiple selv vil altid være produkter af en asymmetrisk magtrelation. Ved at hente inspiration fra et foucaultiansk perspektiv på power/knowledge, forstår jeg samtidig magt som en produktiv kraft frem for nødvendigvis at være undertrykkende og ”påtvungen”. Jeg vil i den forbindelse henvise til Deborah Luptons udlægning af et foucaultiansk perspektiv på magt. Hun skriver følgende:

Foucauldian approaches stress that power in the context of the medical encounter is not a unitary entity, but a strategic relation which is diffuse and invisible. Power is not necessarily a subjugating force aimed at domination which itself is vulnerable to resistance, but rather is closer to the idea of a form of social organization by which social order and conformity are maintained by voluntary means. Power is therefore not only repressive, but also productive, producing knowledge and subjectivity. (Lupton: 2003: 111-112)

For at opsummere, så ser jeg et foucaultiansk perspektiv på magt som et supplerende analytisk perspektiv. Det er et perspektiv, der er med til at belyse, hvordan interaktionen mellem de multiple *stemmer* kan forstås som en diskursiv kamplads, hvor en multiplicitet af *stemmer* og vidensformer strides om at producere mening og identitet.

For at belyse de dialogiske spændinger, som kan opstå i samspillet mellem multiple *stemmer*, så anvender jeg også Bakhtins begreber om henholdsvis *åbne* (open) og *skjulte* (hidden) *polemiske relationer*. Disse begreber angiver en potentielt spændingsmæssig relation, som indvirker på, hvordan et individ kan/vælger at positionere sig i en given kontekst og situation. Jeg trækker på Markovás udlægning af disse begreber:

Bakhtin coined the term ‘hidden polemic’ to refer to a specific manner, through which the individual may express an indirect attack on the other person and convey his/her critical evaluation of the other. While open polemics is directed at the interlocutor, hidden polemics is indirect, focusing, for example,

on the object of discourse. Just like the speaker might express critical comments on the referential object in any discourse, he/she may do it in such a way that the negative referential meaning attacks at the same time the other person's claim about that object. As Bakhtin (1984, p. 195) puts it: 'a word, directed toward its referential object clashes with another's word within the very object itself'. So alongside the referential meaning, it is the word of the other participant that is treated adversely. (Marková et al 2007: 26)

Jeg anvender begreberne om henholdsvis åbne og skjulte polemiske relationer i afhandlingens undersøgelser. Det gør jeg, da disse begreber bidrager til at belyse de spændinger, som opstår i interaktionen mellem *stemmer*. Det kan være spændinger der aktualiserer sig imellem to samtalepartnere i en samtale, men det kan også være spændinger, der opstår imellem *stemmer* i en indre dialog hos en person. Det vil sige i interaktionen mellem *stemmer* af inner-Others i det multiple selv.

Dialog som metodologi

Jeg vil i dette afsnit redegøre for, hvordan jeg i min analysestrategi arbejder ud fra en dialogisk metodologi.

Analysestrategien bygger på et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme. I analysestrategien arbejder jeg også ud fra en dialogisk metodologi i min analysetilgang og i studiet af multivoicedness. Det betyder, at jeg med analysestrategien også gør dialog til en særlig forskningsmæssig tilgang og -praksis. I denne dialogiske tilgang gør jeg dialog til et etisk og refleksivt princip for mit analyse- og repræsentationsarbejde med multivoicedness.

Analysestrategien bygger på en dialogisk metodologi, hvilket kommer til udtryk ved, at jeg i min analysestrategi udviser sensibilitet i forhold til at arbejde med fremstilling og repræsentation af multiple *stemmer* (Frank 2002, 2005, Phillips et al 2013). Det betyder, at dialog som forskningsetisk princip danner grundlag for min forskningstilgang, hvor jeg arbejder med problematikker om henholdsvis repræsentation og Othering. Jeg arbejder ud fra en dialogisk forskningstilgang, idet at jeg gør Bakhtins begreb om unfinalizability til et etisk og refleksivt princip for min analysestrategi. Det betyder blandt andet, at jeg i min analyse arbejder med forskellige teknikker, som søger at respektere multivoicedness, og som samtidig ikke søger at fiksere og monologisere de medvirkende deltagere i undersøgelserne.

Denne dialogiske forskningstilgang kommer for eksempel til udtryk i afhandlingens første empiriske undersøgelse, hvor jeg undersøger borgeres sygdomsfortællinger som et multivoiced fænomen. Gennem en dialogisk forskningstilgang gør jeg unfinalizability til et refleksivt etisk princip, hvilket betyder, jeg anerkender, at der ikke eksisterer en fixeret og endelig tolkning. Denne forståelse af unfinalizability åbner samtidig op for, at jeg i mit analysearbejde og i selve fremstillingen udviser en sensibilitet for en multiplicitet af *stemmer*. Det at forske dialogisk og gøre unfinalizability til et centralt og etisk princip, betyder, at jeg er opmærksom på, hvordan jeg repræsenterer og fremstiller borgeres fortællinger om deres sygdoms- og behandlingsforløb. Det betyder også, at jeg i mit analysearbejde udviser den respekt, som det kræves, når jeg som forsker arbejder med potentielt sårbare borgere og deres personlige sygdomsfortællinger. Jeg forsøger derfor at takle disse problematikker om Othering ved at gøre Bakhtins begreb om unfinalizability til et forskningsmæssigt og etisk princip for mit videre analyse- og fremstillingsarbejde. Som led i denne dialogiske forskningstilgang, trækker jeg på to forskellige metoder og teknikker til at arbejde med repræsentation. Det gør jeg ved at hente inspiration fra Arthur Frank (Frank 2002, 2005, 2010, 2013, 2014). Frank arbejder med at undersøge sygdomsfortællinger ud fra en dialogisk forskningsmæssig tilgang. Frank skriver om sin tilgang:

Dialogue begins with recognition of the other's unfinalizability. Within a dialogical relation, one person can never say of another, "This is who such a person is." One can say, at most, "This how I see this person now, but I cannot know what she or he will *become*." Dialogue depends on perpetual openness to the other's capacity to *become someone other* than whoever she or he already is. Moreover, in a dialogical relation, any person takes responsibility for the other's becoming, as well as recognizing that the other's voice has entered one's own. For Bakhtin, speaking *about* the other is both an empirical illusion of objectivity and an ethical failing of responsibility. (Frank 2005: 967)

Frank arbejder i sin undersøgelse af sygdomsfortællinger (*illness stories*) ud fra en dialogisk forskningstilgang, hvor han blandt andet henter inspiration fra Bakhtin. Ud over at trække på Franks dialogiske tilgang til at arbejde med sygdomsfortællinger, er jeg også inspireret af den måde, han analyserer disse narrativer på. Frank arbejder med disse fortællinger ud fra en idé om, at narrativer er at forstå som dialoger, hvilket betyder, at de altid er i proces og altid relateret imod andre. Det vil sige, at Frank også forstår selve analysearbejdet og repræsentationen af en sygdomsfortælling som et produkt af en dialogisk proces. En dialogisk proces hvormed den "syge" skaber mening i sin situation. Frank skriver:

Stories, as dialogue, do not present a self formed before the story is told. Rather in stories the person "becomes for the first time that which [she or] he is—and we repeat, not only for others but for himself [or herself] as well" (p. 252). Narrative analysis can show how that process of becoming "for the first time" works, even as the analysis itself is another stage in this on-going process. (Frank 2002: 115)

Frank gør det at arbejde med narrativer til en dialogisk proces, da narrativ analyse ikke skal forsøge at fiksere den ”syge”, men derimod respektere den ”syges” kamp for helbredelse. Det vil sige, at der er fokus på den narrative proces af *becoming*, hvor fortælleren arbejder med at skabe nye selvforståelser. Frank gør dette ved analytisk at sætte selve fortællingen i centrum i stedet for den fortællende person. Det skyldes, at alle sygdomsfortællinger, ifølge Frank, kan forstås som kampe mod selve sygdommen eller kampe for at finde mening i et liv med sygdom. Det er således denne kamp, som er den primære genstand for en narrativ analyse frem for, at den fortællende gøres til genstand for analyse. Frank undersøger i stedet, det han kalder typologier for en sygdomsfortælling, hvilket er en slags genrefortælling. Frank skriver:

Dialogical research does not exclude locating themes like these, but such themes are understood not as finalizing descriptions (Bakhtin’s “all of you is here” characterization of monologue). Rather, these themes are tentative beginnings of the more significant task of representing individual struggles in all their ambivalence and unfinalizability; in particular, how is each voice the site of multiple voices, and what is the contest among these voices. Personal stories are, again, not to be understood as strictly *individual*. Any person’s story is the site of struggles permeated by multiple voices. (Frank 2005: 972).

I min analysestrategi trækker jeg, som sagt, på Franks tilgang til at arbejde med sygdomsfortællinger. Det gør jeg ved at anvende Franks forståelse af typologier som analysekategorier. Denne narrative analysemetode kommer især til udtryk i afhandlingens første undersøgelse, som handler om sygdomsfortællinger. Frank arbejder med tre forskellige former for typologier af en sygdomsfortælling. Dem redegør jeg for i afhandlingens første empiriske undersøgelse (se kapitel 5).

Som en del af min dialogiske tilgang og analysestrategi arbejder jeg også med en anden form for repræsentationsteknik. Det er bestemt metode, som jeg også gør brug af i afhandlingens første undersøgelse. Denne metode er en poststrukturalistisk repræsentationsteknik kaldet for poetiseringer eller fortætninger. I mit arbejde med denne repræsentationsteknik trækker jeg på Jo Krøjers tilgang til fortætninger (Krøjer 2003). Ved hjælp af denne teknik arbejder jeg med at kondensere borgernes sygdomsfortællinger ud fra en række temaer i deres fortællinger, og ud fra hvad Frank betegner som *struggles* (Frank 2002, Krøjer 2003). Disse kondenseringer ser jeg som en teknik til at arbejde med multivoicedness ud fra en evokativ og dialogisk tilgang. Det betyder, at jeg ser disse fortætninger som en metode til at åbne op for en multivoicedness i borgernes fortællinger. Det gør jeg ved at arbejde med det evokative for at skabe en mangfoldighed af tolkningsmuligheder. Det betyder samtidig, at jeg med disse fortætninger ikke er med til at fiksere borgeren og den fortællende, men at jeg i mit repræsentationsarbejde derimod skaber en *open-*

endedness. Det er en *open-endedness*, som er i tråd med Bakhtins begreb om unfinalizability og analysestrategiens etiske og dialogiske forskningsprincipper.

I afhandlingens metodekapitel beskrev jeg, hvordan jeg konstruerer og bearbejder disse fortætninger (se kapitel 3). Min anvendelse af fortætninger som en teknik og metode skal ses som et supplement til mit dialogiske kommunikationsteoretiske perspektiv på dialogisme, og til min anvendelse af Franks dialogiske analysetilgang til narrativer. Disse tre forskellige analyse- og repræsentationsteknikker anvender jeg i et samspil, hvilket især ses i afhandlingens første undersøgelse. Fælles for disse tre tilgange er, de tilsammen udgør en analysestrategi, som bygger på en dialogisk metodologi. Jeg er derfor enig med Frank, når han skriver om sit grundlag for at forsøge at etablere en dialogisk forskningstilgang og -praksis. Frank skriver:

Qualitative methodologists agree that the ethical issue is not simply attaining the respondent's consent to have his or her story recorded and analyzed. There has been less discussion about what constitutes *respect* for stories in narrative analysis. Narrative analysis entails extensive ethical obligations. The researcher who solicits people's stories does not simply collect data but assents to enter into a relationship with the respondent and become part of that person's on-going struggle ("la lotta continua") toward a moral life. As I suggested earlier, that struggle is about narratability and legibility. (Frank 2002: 115)

Analysestrategiens fokus i de empiriske undersøgelser

Jeg vil i de to følgende afsnit opsummere og kort beskrive, hvordan analysestrategien retter sig imod afhandlingens to empiriske undersøgelser. Jeg vil i den forbindelse også redegøre for undersøgelseernes empiriske undersøgelsesspørgsmål.

Afhandlingens første undersøgelse - sygdomsfortællingerne

I afhandlingens første empiriske undersøgelse, der vil jeg belyse, hvordan borgere skaber mening og identitet i deres sygdoms- og behandlingsforløb. Ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogism vil jeg undersøge, hvordan disse sygdomsfortællinger kan forstås som et multivoiced fænomen og konstruktion. Jeg er derfor optaget af at undersøge, hvordan borgere konstruerer deres sygdomsfortællinger i samspil med multiple *stemmer*. Det vil sige, at jeg undersøger samspillet og interaktionen imellem de multiple *stemmer*, som en dialogisk og relationel proces, hvor borgeren producerer et narrativ over sit sygdoms- og behandlingsforløb.

I forbindelse med undersøgelsen af, hvordan sygdomsfortællingerne kan forstås som et multivoiced fænomen, så har jeg samtidig fokus på at undersøge, hvordan der opstår spændinger i interaktionen

mellem de multiple *stemmer* og i konstruktionen af sygdomsfortællingen. I den forbindelse undersøger jeg yderligere, hvordan der i interaktionen mellem multiple *stemmer* opstår ”nye” og alternative videnspåstande og identiteter, når borgeren skaber mening i sin fortælling. Jeg undersøger herved om introduktionen af ”nye” og andre vidensformer skaber spændinger i måden, hvorpå borgeren kan skabe mening og konstruere en identitet. For at belyse de potentielle spændinger, som der kan opstå i interaktionen mellem multiple *stemmer*, så retter jeg et blik mod interaktionen imellem centripetale og centrifugale diskursive processer i det multiple selv, og derved mod borgerens menings-skabelse. Det vil sige, at jeg undersøger, hvordan der gennem centripetale diskursive processer skabes, strides og fastholdes bestemte videnspåstande og identiteter og yderligere, hvordan der ud fra centrifugale diskursive tendenser åbnes op for ”nye” og anderledes videnspåstande og identiteter i borgerens fortælling.

Det leder mig frem til, at analysestrategien producerer en optik, som er rettet mod undersøgelsen af følgende empiriske spørgsmål:

Hvordan konstruerer borgerne deres sygdomsfortællinger ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme? Og hvordan kan dialogisme som teoretisk optik anvendes til at undersøge, hvordan forskellige *stemmer* artikuleres i disse fortællinger, samt hvordan viden og identitet kommer til udtryk i et sammenspil mellem forskellige *stemmer* i fortællingerne?

Afhandlingens anden undersøgelse – Åben Dialog forløbet

I afhandlingens anden empiriske undersøgelse undersøger jeg et Åben Dialog forløb. Det er et forløb, som jeg betragter som et multi-aktør-dialog forløb, hvilket dækker over, at der er flere aktører som i fællesskab indgår i dialog om at samskabe viden og finde fælles løsninger. Jeg gør i denne undersøgelse dialog til genstandsfeltet for analyse.

Det at jeg gør dialog til genstand for analyse betyder at jeg ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme, kan undersøge, hvordan dialog aktualiseres i Åben Dialog forløbet. Jeg retter herved et kritisk og refleksivt analytiske perspektiv på dialog, idet jeg undersøger hvilken dialogforståelse, der skabes på møderne og, hvad aktualiseringen af dialog betyder for konstruktionen af et tværfagligt og borgernært samarbejde, der involverer og anerkender

aktørerne i forløbet. Det vil sige, at jeg retter et undersøgende blik mod, om eller hvordan dette Åben dialogforløb lever op til sine dialogiske principper om at åbne for en pluralitet af vidensformer for derved at samskabe fælles løsninger i forløbet.

I denne undersøgelse, der retter jeg ligeledes et analytisk fokus på multivoicedness. Det gør jeg ved at gøre dialog til genstand for analyse. Jeg trækker i den forbindelse på Bakhtins centrale forståelse af, at mening skabes i et samspil mellem multiple *stemmer*. Det vil sige, at ved at gøre dialog til genstand for analyse, undersøger jeg samtidig, hvordan dialogiske spændinger også kan manifestere sig i interaktionen mellem de multiple *stemmer*. Jeg belyser disse spændinger gennem et analytisk blik på de centripetale og centrifugale diskursive processer, som opstår i dialogen blandt deltagerne. Det er diskursive processer, der på den ene side forsøger at fastholde særlige positioner og vidensformer (det centripetale) over for en diskursiv tendens, der søger at åbne op for ”nye” og anderledes vidensformer (det centrifugale).

I min tilgang til at studere de centripetale og centrifugale diskursive processer i dialogen, der henter jeg inspiration fra Louise Phillips, og hendes teoretiske ramme IFADIA (Phillips 2013). Ud fra en forståelse af Bakhtin introducerer Phillips et analytiske blik på, hvordan der i dialog forhandles og konstrueres, hvad der kan betegnes som et fælles ”vi”. Dette ”vi” er multivoiced og skrøbeligt i sin form, idet et fælles ”vi” rummer spændingerne og derved kampen imellem centrifugale og centripetale diskursive kræfter, som enten søger at fastholde særlige videnspåstande eller åbner for andre og ”nye” former for viden. Med andre ord, ved at gøre dialog til genstand for undersøgelse, så undersøger jeg, hvordan aktørerne på Åben Dialog møderne forhandler og konstruerer et fælles ”vi” for deltagerne i gruppen. Det er et fælles ”vi” som også bliver konstituerende for samarbejdet blandt deltagerne i Åben Dialog forløbet.

Det leder mig frem til, at analysestrategien producerer en optik, som er rettet imod undersøgelsen af følgende empiriske spørgsmål:

Hvilke *stemmer* artikuleres på Åben Dialog møderne, og hvordan kommer viden og identitet til udtryk i sammenspillet mellem de forskellige *stemmer*?

Hvordan konstrueres der et "samarbejde" – et fælles "vi"- blandt deltagerne i Åben Dialog gruppen, og hvilke *stemmer* henholdsvis dominerer og marginaliseres i forhandlingerne om et samarbejde?

Hvordan aktualiseres dialog på Åben Dialog møderne, og hvad betyder denne aktualisering for både konstruktionen af et samarbejde i gruppen og for en pluralitet af vidensformer på møderne?

Kapitel 5

Sygdomsfortællinger som et multivoiced fænomen

I dette kapitel præsenterer jeg afhandlingens første empiriske undersøgelse, som tager afsæt i sygdomsfortællinger fortalt af fire borgere i Odsherred Kommune. Tre af disse borgere modtager alkohol- eller stofbehandling på sundhedscenteret i Odsherred Kommune. Den fjerde fortælling er en pårørendefortælling, som relaterer sig specifikt til en af sygdomsfortællingerne. Kapitlet afsluttes ved, at jeg laver en opsummerende diskussion, hvor jeg diskuterer borgernes sygdomsfortællinger i relation til hinanden.

Analysens struktur

I denne undersøgelse præsenterer jeg, som sagt, en analyse af fire borgeres sygdomsfortællinger. Disse borgere er Stine, Pia, Peter og Bente. Fortællingerne udgør selvstændige analyser, og bliver præsenteret i forlængelse af hinanden. Peter og Bentes fortællinger er særlige, da de udgør henholdsvis en sygdomsfortælling og et pårørende perspektiv. Jeg vil derfor analysere deres fortællinger i relation til hinanden.

I forrige kapitel redegjorde jeg for, hvordan min analytiske tilgang bygger på et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme. Jeg redegjorde i den forbindelse for afhandlingens analysestrategi og undersøgelsesernes empiriske undersøgelsesspørgsmål (se kapitel 4). Jeg er i denne undersøgelse interesseret i at undersøge, hvordan borgere skaber mening og konstruerer identitet i deres sygdoms- og behandlingsforløb. Jeg er i den forbindelse interesseret i at undersøge, hvordan disse sygdomsfortællinger kan forstås som multivoiced. Det betyder, at jeg vil undersøge, hvordan borgernes fortællinger er konstrueret i et samspil med multiple *stemmer*, og hvordan borgerne konstruerer disse fortællinger i et relationelt forhold, hvor de inddrager forskellige aktører, som er en del af deres sygdoms- og behandlingsforløb.

Min analysestrategi baserer sig på en dialogisk metodologi, hvilket påvirker, hvordan jeg i denne undersøgelse både analyserer og repræsenterer borgernes sygdomsfortællinger. Det kommer til udtryk ved, at jeg anvender fortætninger, som er en poststrukturalistisk teknik til mit repræsentationsarbejde. Disse fortætninger indleder alle borgernes sygdomsfortællinger, og de

udgør en tekstlig repræsentation af centrale storylines i borgernes fortællinger. Fortætningerne fremstår derfor også som en oversigt over centrale temaer i den enkelte borgers fortælling, og derved fremstår de som en indledning til det efterfølgende analysearbejde.

Analysestrategiens dialogiske metodologi kommer også til udtryk ved, at jeg benytter en narrativ metode til at repræsentere og analysere borgernes sygdomsfortællinger. Jeg anvender derfor Arthur Franks forståelser af forskellige typologier af sygdomsfortællinger (Frank 2002, 2005, 2010, 2013). I analysen anvender jeg disse typologier som en metode og analyseoptik for at undersøge, hvilken type af sygdomsfortælling de respektive borgers fortællinger repræsenterer. Ved at anvende Franks typologier af sygdomsfortællinger som metode og analyseoptik, så flyttes det analytiske fokus også fra selve fortælleren og til fortællingen. Jeg arbejder på den måde ud fra etiske forskningsprincipper, idet jeg gør min undersøgelse af sygdomsfortællingerne til et dialogiske foretagende, som søger at respektere borgernes sygdomssituation og deres unfinalizability (se kapitel 4 om dialog som metodologi).

Stines fortælling

Jeg indleder min analyse af Stines sygdomsfortælling med at præsentere nogle fortætninger, som er et produkt af mit analyse- og repræsentationsarbejde med Stines fortælling.

Frisk igen

Der er sket noget, og det vil jeg gerne tale med nogen om.
Nogen der gider at høre på mig.
For jeg vil gerne være frisk igen.
Min far var dybt alkoholiker.
Min mor var dybt psykisk syg.
Men hun er blevet frisk igen.
Jeg vil gerne være frisk igen.
Jeg har knoklet.
Jeg har jo gjort mit.
Jeg vil gerne tilbage på arbejdsmarkedet.
Jeg mangler et skub til at blive frisk igen.

Hvor kan jeg få hjælp?

Hvad skal jeg gøre for at få hjælp?
Hvad skal jeg gøre ved mig selv for at få hjælp?
Hvor skal jeg gå hen?
Jeg synes virkelige, at man er overladt meget til sig selv.
Jeg er kommet med råb om hjælp.
Jeg har forsøgt selvmord.
Jeg har været indlagt på psykiatrisk skadestue.
Jeg har været indlagt på psykiatrisk afdeling.
Og jeg har været på kommunen.
De sender mig bare rundt og rundt i systemet.
Jeg er kommet med råb om hjælp.
Jeg har jo heller aldrig skåret i mig selv før!
Jeg vil ikke tilbage i et misbrug igen.
Det holder jeg ikke til.
Hvis der nu bare var nogen, der gad lytte på mig?

Det søgende narrativ – den åbne fortælling

Jeg møder Stine på sundhedscenteret i Odsherred Kommune. Det jeg på forhånd ved om Stine er, at hun er i midten af 30'erne, tidligere stofmisbruger og nu oplever vanskeligheder ved at finde et behandlingstilbud, som kan give hende støtte til at forblive stoffri. Min samtale med Stine starter sådan her:

Michael: Hvordan er du blevet tilknyttet her til sundhedscenteret?

Stine: Det er simpelthen fordi, at jeg oplevede noget for seks år siden. Der blev jeg holdt som gidsel, og blev skudt på i seks og en halv time. Og det gik jo ikke op for mig før et halvandet år efter, hvad det var, der egentlig var sket.

Michael: Jah.

Stine: Men så kunne jeg ikke få hjælp... overhovedet. Ingen steder. Jeg fik afslag på alt. Og så gik jeg fra min daværende kæreste gennem 12 og et halvt år – dengang. Det var fordi, at han brækkede armen på mig og sådan noget... Jeg fik lovning på hjælp til en lejlighed og alt muligt, men jeg fik afslag lige så snart, jeg havde fundet noget.

Michael: Okay.

Stine: Og så fandt jeg selvfølgelig en anden kæreste... selvfølgelig, altså. Ja og så har det gået sådan meget skævt med os ind imellem. Jeg har kommet med nogle råb om hjælp... Men jeg har fået afslag på afslag... Jeg begyndte til en psykiater, som gav mig en masse medicin, så jeg gjorde en masse underlige ting, så skiftede jeg psykiater. Det var simpelthen fordi, at jeg var speedmisbruger før. Jeg er det ikke mere, og har ikke været det i flere år. Jeg tænkte så på, at der må sgu da være nogen, som gider at høre på mig, og som gider at hjælpe mig. Og så prøvede jeg at gå herop. Og så har Jens-Peter og Astrid simpelthen været så søde.

Michael: Ja, så det er dig, der har taget kontakt?

Stine: Ja, det var det.

Michael: Hvor lang tid er det siden?

Stine: 2 til 3 måneder siden. Det var fordi, jeg ikke ville ud i et misbrug igen. Det havde jeg simpelthen ikke kræfter til.

(Interview med Stine, 0:19 – 2:02)

Stine indleder vores samtale ved at opremser en række skelsættende begivenheder, der har ført hende til at kontakte sundhedscenteret i Odsherred Kommune. Stine fortæller, at hun har kæmpet med et stofmisbrug, og at hun har befundet sig i et voldeligt parforhold. Hun fortæller, at problemet for hende er, at hun ikke oplever at få den fornødne hjælp og behandling, der kan hjælpe hende videre med sit liv. I samtalen nævner Stine, at det særligt er én skelsættende begivenhed, der stadig plager hende. Det er en episode, hvor hun for år tilbage oplevede at blive skudt på og blive holdt som gidsel i sit eget hjem. En episode som har givet hende psykiske mén, og som hun frygter kan

lede hende ud i et nyt stofmisbrug. Denne traumatiske oplevelse, og tiden med misbrug og voldelige overgreb, fungerer som et forankringspunkt for Stines narrativ, da disse episoder etablerer en start og en kronologi på hendes fortælling om, hvad der ledte hende til at søge hjælp hos sundhedscenteret.

Ud over at episoderne med vold og stofmisbrug etablerer en begyndelse på Stines narrativ, så symboliserer de også en åbning. Det gør de, idet Stine søger hjælp og støtte til at bearbejde de traumatiserende hændelser og få nogle redskaber, som kan hjælpe hende med at bryde med uhensigtsmæssige adfærdsmønstre. I tekstuddraget indtager Stine dermed en søgende og reflekterende position i sin fortælling, idet hun ønsker, at der skal ske nogle ændringer i hendes livssituation, så hun ikke falder tilbage i et misbrug igen. Tekstuddraget viser, hvordan Stine gennem en Bakhtinsk *I-for-Myself* relation indtager en reflekterende position, idet hun ser tilbage på en tid, som hun ønsker at distancere sig fra. *I-for-Myself* er en relations og forholdemåde, hvormed det multiple selv kan beskrive sin unikke subjektivitet i forhold til den *anden*. Det vil sige, beskrive hvordan man føler og har det. Stine anvender en *I-for-Myself* relation, når hun siger følgende:

Det var simpelthen fordi, at jeg var speedmisbruger før. Jeg er det ikke mere, og har ikke været det i flere år. Jeg tænkte så på, at der må sgu da være nogen, som gider at høre på mig, og som gider at hjælpe mig. (se tekstuddrag)

Denne reflekterende position, som Stine her indtager, afspejler en søgen og et ønske om et andet og bedre liv. Stines fortælling indskriver sig herved i det, som Arthur Frank betegner som en quest-typologi, hvilket er en bestemt form for sygdomsfortælling. Quest-typologien er, ifølge Frank, karakteriseret ved dens åbenhed, hvor narrativet er orienteret mod et andet og bedre liv. Den søgen, som karakteriserer denne typologi, relaterer sig også til det, som Bakhtin betegner som individets stræben efter en *unfinalizability*. Ifølge Bakhtin er *unfinalizability* et grundvilkår for, at individet kan betragtes som dynamisk og foranderligt, og derved aldrig kan udgøre en entydig form og identitet (Bakhtin 1984, Frank: 2010, 2013). Stines indskrivning i en quest-typologi er således forbundet med hendes aktive stræben efter at undslippe tidligere adfærdsmønstre og derved nogle kategoriseringer, som hun ikke længere ønsker at være en del af. Kategoriseringer såsom; stofmisbruger, voldsramt, sygemeldt osv. Frank opsummerer quest-typologien således:

In quest stories the interruption is reframed as a challenge. The self-story hinges on William May's question, "How did I rise to the occasion?" The genesis of the quest is some occasion requiring the person to be more than she has been, and the purpose is becoming one who has risen to that occasion. This occasion at first appears as an interruption but later comes to be understood as an opening. (Frank 1995: 128)

Frank peger i beskrivelsen af en quest-typologi på en tilhørende *becoming* proces, hvor fortælleren aktivt søger at mobilisere andre og nye narrative ressourcer, som kan medføre *selv*udvikling og derved ny livsretning for fortælleren (Frank 2013). Jeg ser, at Stines fortælling indskrives sig i en quest-typologi, idet Stine nævner nogle begivenheder, der har ført hende til at søge hjælp på sundhedscenteret. Disse begivenheder fremstår også i Stines fortælling som en åbning mod, at hun kan foretage nogle livsvigtige ændringer. Tiden med stofmisbrug og voldelige overfald repræsenterer således ikke kun en åbning mod en ny livssituation men også en række forhindringer, som Stine har overvundet i sin kamp mod et nyt og bedre liv. Stines sygdomsfortælling karakteriserer sig ved at være, hvad Zygmunt Bauman betegner som en form for postmoderne realiseringsprojekt (Bauman: 2000). Det gør den, da Stine indtager en mere reflektiv fortællende position, hvormed hun som fortæller gør sig selv til et narrativt projekt, idet hun søger efter et mål og en mening med sit liv.

Stine begynder sin fortælling med at redegøre for, hvad der har ført hende til at søge hjælp på sundhedscenteret. Stine beskriver i den forbindelse et liv med sygdom, misbrug og vold. I hendes fortælling karakteriseres dette som en række forhindringer, som hun har måttet kæmpe mod for at skabe et bedre liv. Stines fortælling kommer igen til udtryk som en quest-typologi, da den er karakteriseret ved, at der er nogle forhindringer, der skal overvindes, så hun kan skabe sig et bedre liv. Disse forhindringer symboliserer herved en åbning imod at kunne foretage nogle, for Stine, livsnødvendige ændringer. Hun siger for eksempel at: ”*Det var fordi, jeg ikke ville ud i et misbrug igen. Det havde jeg simpelthen ikke kræfter til*”. Stines søgen efter hjælp til behandling og selvindsigt fremstår, for hende, som livstruende, da hun ikke kan overskue konsekvenserne, hvis hun falder tilbage i et stofmisbrug. Disse konsekvenser skaber herved en åbning mod at foretage nogle livsvigtige ændringer.

I interviewet fortæller Stine, at hun har søgt kommunen om støtte til en ny bolig og psykologbistand, så hun kan bearbejde sit misbrug og de voldelige overfald. Det er dog ikke lykkedes for Stine at få økonomisk støtte eller behandling, selvom hun har ansøgt flere gange. Hun er uforstående over for, hvorfor hun har fået disse afslag, og mener ikke, at hun har fået en begrundelse eller nogle forslag til, hvad hun kan gøre i stedet for. Stine beskriver sine handlemuligheder og sin situationer således:

Stine: Nu synes jeg bare ikke...jo...Jeg synes bare ikke, at der er styr på de ting, som der bør være. Jeg ved ikke, hvordan jeg skal forklare det. **Jeg ved** det ikke.

Michael: Jeg tænker, at det er da ret sejt, at du kommer af dig selv her [på sundhedscenteret].

Stine: Det **bliver jeg nødt til**, ellers så havde jeg taget livet af mig selv. Simpelthen. **Jeg bliver nødt til at gøre et eller andet.**

Michael: Føler du, at bolden ligger hos dig, så at sige at det ligesom er dig, der skal opsøge de forskellige tilbud?

Stine: **Jeg føler**, at det er mig, der skal gøre det, men **jeg synes også**, at det er fordi, at jeg har fået så mange afslag, så til sidst så **magter man det bare ikke mere. Du kører træt** af de afslag på afslag på afslag. Lige meget hvor ondt **man gør sig selv**, eller bliver indlagt på psykiatrisk afdeling, jamen så får man afslag alligevel. Jeg ved sgu ikke, om de hellere vil have, at **jeg begynder** på stoffer eller sætter mig til at drikke hver dag? **Jeg ved det ikke**, men det er **jeg** ikke interesseret i.

Michael: Er det afslaget, der gør ondt? Eller er det den manglende begrundelse, eller hvad er det?

Stine: Det er afslaget. Når **man er så langt nede**, at **man sidder og skærer i sig selv** og spiser piller, så er det et råb om hjælp, **når man aldrig har spurgt om hjælp før**.
[Mine fremhævelser af aktive og passive verber]
(Interview med Stine, 7:11 – 8:41)

I tekstuddraget beskriver Stine, hvordan hendes søgen (quest) efter hjælp kun har resulteret i afslag. Hun beskriver ligeledes, at hun i sin søgen efter hjælp kun har nogle begrænsede narrative ressourcer til rådighed. I eksemplet konstruerer Stine en narrativ agens, og en tilhørende ansvarstilskrivning, i og med, at hun i en *I-for-myself* relation angiver, at hun ønsker at agere og ændre sin situation. Det gør hun gennem ytringer som: *"Jeg bliver nødt til at gøre et eller andet."* og *"Jeg ved det ikke, men det er jeg ikke interesseret i"*. På den anden side har hun svært ved at se, hvordan hun kan ændre sin situation, idet hun oplever, at hun ikke tages alvorligt. Hendes situation anerkendes ikke, og det er derfor begrænset, hvad hun kan stille op med de narrative ressourcer, som hun har til rådighed. Denne magtesløshed og fraskrivelse af ansvar konstruerer Stine ved at italesætte sig selv som "man" og gennem passive verber. Stine anvender følgende ytringer: *"(...) så magter man det bare ikke mere (...), "Når man er så langt nede, at man sidder og skærer i sig selv(...)"* og *"når man aldrig har spurgt om hjælp før"*. De begrænsede narrative ressourcer, og den magtesløshed hun oplever, resulterer i tiltagende selvmordstanker og selvskadende adfærd, der symboliserer et råb om hjælp og et ønske om at blive taget alvorligt af behandlingssystemet.

Stine italesætter selv sin selvskadende adfærd som et råb om hjælp men også som en mulig "indgang" til behandlingssystemet, idet hun forestiller sig, at jo større skade hun forvolder på sig

selv, desto større sandsynlighed er der for, at nogle ser og anerkender hendes situation, og dermed hjælper hende. Stine fortæller desuden, at hun har været indlagt på psykiatrisk skadestue på grund af selvmordstanker og selvskadende adfærd. Det har heller ikke resulteret i et tilbud om et længerevarende behandlingstilbud.

Stines sygdomsfortælling, og måden den relaterer sig til en quest-typologi, handler også om manglende anerkendelse. Stine beskriver, hvordan hun oplever at være diskvalificeret fra de nødvendige behandlingstilbud, da hendes *stemme* og den selvskadende adfærd bliver overhørt og derved ikke taget alvorligt. Hun siger for eksempel: ”*Jeg ved sgu ikke, om de hellere vil have, at jeg begynder på stoffer eller sætter mig til at drikke hver dag. Jeg ved det ikke, men det er jeg ikke interesseret i*”. I et Bakhtinsk perspektiv tager Stines italesættelse af *de* form som den *anden*, og i denne relation kan Stine konstruere et jeg. Det betyder, at Stines selvforståelse og position bliver skabt i relation til dette *de*, som i hendes fortælling antager en institutionel kategorisering og betydning, idet dette *de* repræsenterer det offentlige behandlingssystem, som Stine oplever sig marginaliseret, diskvalificeret og afvist af. Ud fra en Bakhtinsk forståelse vil jeg pege på, hvordan dette *de* aktualiseres som en del af Stines *inner-others*. Disse *inner-others* udgør på den måde *stemmer* af den *anden*, hvor Stine igennem indre dialoger kan konstruere en selvfortælling om magtesløshed og desperation. Forholdet mellem dette *de* og Stines *jeg* (I) angiver også en *åben polemisk* relation. Den åbne polemiske relation kommer til udtryk ved en konflikt, hvor dette *de*, som for Stine udgør behandlingssystemet, fastholder hende i en position af magtesløshed og diskvalificering, da hun ikke opfylder kriterierne for økonomisk støtte eller psykologisk behandling. Denne *åben polemisk* relation skaber herved en konflikt for Stine, da den fastholder hende i en position, som er uforlignelig med den fortælling om selvudvikling og selvrealisering, hun gerne vil fortælle. Den åbne polemiske relation udgør således en spænding, der i et foucaudiansk perspektiv, kan tolkes som modmagt, idet Stine insisterer på at blive anerkendt af behandlingssystemet, som hun ser som adgangsgivende for et bedre og mere meningsfuldt liv. I næste afsnit vil jeg se nærmere på, hvordan Stine italesætter og skaber elementer af modmagt i sin fortælling.

Retten til behandling – ”kaos” eller ”quest” typologi?

Stine anvender ytringen ”*at blive frisk igen*” gentagende gange i sin fortælling. Jeg tolker denne ytring som et ønske om at gøre sig fri af psykiske problematikker, at have sit eget sted at bo og at kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet. Ytringen ”*at blive frisk igen*” repræsenterer således Stines

kamp for anerkendelse. Ytringen bliver også et udtryk for modmagt mod den fastholdelse, som hun oplever. Stine fortæller:

Michael: Føler du dig som om, at du er sat lidt på standby?

Stine: Jeg føler egentlig bare, at det er lettest bare at skubbe mig helt til side, så tænker jeg, at så må vi se, hvad der sker med hende. Sådan tænker jeg. Sådan føler jeg det.

Det er faktisk ret ubehageligt, når man altid har været vant til at passe sig selv. Og det har jeg gjort, fra da jeg var barn. Min far var dybt alkoholiker, og min mor var dybt psykisk syg. Jeg har måttet passe min mor, altså. Så jeg synes da nok, at jeg har knoklet for mit, og jeg synes bare, at det er smadder tarveligt af systemet, når man nu endelig spørger om lidt hjælp til at komme på arbejdsmarkedet og til at blive lidt frisk igen. At de så ikke prøver at give en et skub i røven og hjælpe en, altså.

(Interview med Stine, 12:00 – 12:47)

Stine fortæller, at hun har et indgående kendskab til det at leve med både misbrug og psykiske lidelser, idet hun udover at kæmpe med disse problematikker selv, også har passet sine forældre, der begge har kæmpet med alkoholmisbrug og psykisk sygdom. Stines personlige kamp for at gøre sig fri fra et stofmisbrug, og de dertilhørende psykologiske problemstillinger, er således et spejl på sine forældres kamp, som hun har været aktivt deltager i. Forældrenes kamp mod sygdom bliver derfor en katalysator for Stines modstand mod det behandlingssystem, som hun oplever ikke anerkender hendes situation.

Stine positionerer sig som fastholdt i sin fortælling. Det kommer til udtryk ved, at hendes jeg fastholdes i en statisk og monologisk relation til den *anden*, som her repræsenterer behandlingssystemet. Det ses i det følgende, hvor Stine siger: ”Så jeg synes da nok, at jeg har knoklet for mit”, og ”jeg synes bare, at det er smadder tarveligt af systemet”. I denne (gen)fortælling *enacter* Stine den *åbne polemiske relation* imellem sig selv og *systemet*, hvor hun positionerer sig som fastholdt og marginaliseret. De to ytringer konstruerer ligeledes to forskellige historier, der kolliderer og aktualiseres i et multipelt og flerstemmigt fortællende jeg. Den første ytring konstruerer en fortælling, hvor Stine, i en *I-for-myself* relation, fortæller en historie om, hvordan hun altid har forsørget sig selv og passet sine forældre. Den anden ytring rummer en fortælling, hvor Stine gennem sine Inner-Others bliver positioneret op imod et behandlingssystem, som ikke anerkender hendes krav om hjælp og støtte. Begge fortællinger er således en del af Stines narrativ. De skaber en spænding og konflikt i forhold til, hvad Stine på den ene side, mener hun er berettiget til og har krav på, og på den anden side hvad behandlingssystemet vil tilbyde hende. I et Bakhtinsk perspektiv strides disse fortællinger i Stine, idet de aktualiserer en indre dialog, som er

spændings og konfliktfyldt. Stines *stemmer* og de indre kampe og dialoger aktualiseres således ikke på et neutralt grundlag, da de er et produkt af asymmetriske magtrelationer. I Stines situation viser det sig ved, at hun på den ene side kan fortælle historier om, hvordan hun oplever akut brug for behandling. På den anden side kan disse fortællinger ikke legitimeres, da det er kommunen og behandlingssystemet, der besidder definitionsmagten i forhold til at legitimere disse krav. Det skaber et spændingsmæssigt forhold i Stines narrativ, hvilket kommer til udtryk ved en konflikt, idet hun aktivt søger behandlingstilbud og økonomisk støtte. Hun oplever derfor at blive holdt fast i sin sygdoms- og livssituation, eftersom hendes ønsker og krav om behandling ikke kan realiseres.

Stines narrativ taler sig også ind i en anden form for typologi for sygdomsfortælling. Det sker, da Stines narrativ også rummer det Frank kalder for kaos-typologien. Ifølge Frank er kaos-typologien karakteriseret ved at være formet som en slags anti-narrativ, som næsten lukker sig om sig selv, da fortælleren oplever vanskeligheder ved at agere og finde handlingsmuligheder og derfor ofte efterlades handlingslammet (Frank 2010, 2013). Jeg vil pege på, at Stine anvender den oplevede konflikt og det førnævnte spændingsforhold som drivkraft for sin fortælling. Den manglende anerkendelse og oplevelse af være diskvalificeret og marginaliseret skaber herved en produktiv *stemme* af modmagt, som driver Stine til at fortsætte sin kamp og søgen. Jeg har tidligere refereret til at Stine siger: *Jeg ved sgu ikke, om de hellere vil have, at jeg begynder på stoffer eller sætter mig til at drikke hver dag? Jeg ved det ikke, men det er jeg ikke interesseret i.* Stine skaber her en modvægt til den manglende anerkendelse med en ytring, der signalerer, at hun ikke har opgivet sin kamp. Hun kæmper stadig for sin ret til behandling og sit ønske om et meningsfuldt og godt liv uden sygdom. Jeg vil pege på, at det er aktualisering af en modmagt og mobilisering af ressourcer, som gør, at Stines fortælling forlader kaos-typologien for at indskrive sig i en quest-typologi. Det ses også ved, at hendes personlige kamp mod sygdom rækker ud over et krav om behandling her og nu, idet den ønskede behandling og støtte kun er et middel på vejen mod en større selvindsigt.

At blive lyttet til – tilknytningen til sundhedscenteret

Stine lægger i sin fortælling stor vægt på, hvordan sundhedscenteret i Odsherred Kommune er et sted, hvor hun oplever, at de tager hendes situation og problematikker alvorligt. En stor del af Stines fortælling handler om hendes vanskeligheder ved at kunne orientere sig i et sundheds- og velfærdssystem, hvor hun finder det svært at gennemskue, hvor hun skal henvende sig for at få hjælp, eller hvilke krav hun skal opfylde for at være kvalificeret til støtte og behandling. Som nævnt

er denne søgen (quest) forbundet med at finde et behandlingstilbud, hvor hun kan få bearbejdet sine traumatiske oplevelser og komme på rette køl igen efter en periode med stofmisbrug. Udfordringen for Stine er derfor at finde de rigtige indgange til den hjælp, hun søger i de systemer og praksisser, hun allerede er eller har været en del af, hvilket for eksempel er; praktiserende læge, kommunen, jobcenter, psykiatrisk skadestue og nu misbrugsbehandling på sundhedscenteret. Stine fortæller, at sundhedscenteret er den eneste aktør, der tager hende alvorligt og lytter til hende.

Michael: Det betyder meget for dig, at du har noget hjælp her [på sundhedscenteret] - en ballast?

Stine: Det synes jeg. Også fordi at jeg bliver meget hurtigt forvirret. Og meget hurtigt træt. Så er det rart, at der sidder én, når man sidder til et møde, så er der også én, som kan huske tingene, for det har jeg faktisk svært ved. Meget svært ved at huske [kan ikke høres].

Michael: Hvor tror du, du ville være, hvis der ikke var det her [sundhedscenteret]?

Stine: Så tror jeg slet ikke, at jeg havde været her.

Michael: Det er barsk melding.

Stine: Det er sandt. Jeg har jo hellere aldrig siddet og skåret i mig selv før. Det er et råb om hjælp.

Michael: Og der føler du, at man er overladt for meget til sig selv, og i forhold til at man skal manøvrere rundt i et system?

Stine: Ja, for at få hjælp. Der synes jeg virkelig, at man er overladt meget til sig selv. Hvor det er drevet helt der ud, hvor det kan ende galt, eller at man kommer ud i stoffer. Eller et eller andet før at der er nogen, der bare gider at lytte bare en lille smule på én. Det synes jeg er grotesk.

(Interview med Stine, 23:00- 24:31)

En central problematik i Stines fortælling er, at hun føler sig overset af behandlingssystemet. Hun mener, at behandlingssystemet ikke anerkender hendes situation og ønske om hjælp. Det er først, da Stine henvender sig til sundhedscenteret, at hun oplever, der skabes rum for, at hun kan fortælle sin historie. På sundhedscenteret har Stine haft samtaler med to misbrugskonsulenter, der foruden at lytte til Stine, også har fungeret som tovholdere og bisiddere i nogle af de møder, Stine har været til hos henholdsvis sagsbehandleren i kommunen og jobkonsulenten på jobcenteret. Stine fortæller, at det kaos hun til tider oplever forstærkes af, at hun har problemer med at huske, hvad der bliver sagt på møderne, og hvad hun efterfølgende skal gøre for at skabe fremgang i sin sag, så hun i sidste ende får støtte og behandling.

Stine: (...) Jeg har både snakket med Jens-Peter, og jeg har snakket med flere om, altså, at jeg vil få det meget bedre, hvis jeg bare kunne få mit eget.

Michael: Ja.

Stine: Altså få meget mere ro på og alt muligt. Altså i dag har jeg en af mine gode dage, for ellers sidder jeg bare helt nede i kulkælderens, så sådan er det, jo.

Michael: Ja, og hvad... har I sådan snakket om behandling? Går du her fast nu?

Stine: Jeg går... eller jeg kommer ind til nogle samtaler for, som Jens-Peter siger, indtil vi får styr på noget med en psykolog, så jeg kan læsse lidt af på ham. Det er faktisk det.

Michael: Ja.

Stine: Det må jeg ærligt indrømme. Det er jeg meget glad for, så.

Michael: Så du kan bruge ham lidt til at læsse af på, som du siger?

Stine: Ja, som en der gider sidde og lytte, og så ikke siger, at så er du skrupskør i hovedet eller et eller andet. Jeg har jo også været indlagt på psykiatrisk afdeling i Slagelse nogle gange.

Michael: Ja.

Stine: Fordi at jeg har prøvet at tage livet af mig selv og skære i mig selv, og for et råb om hjælp, altså. Det er jo ikke særligt hyggeligt.

Michael: Nej. Det er klart. Men hvad ser du så i forhold til, at du ikke får den hjælp, du har behov for i psykiatrien?

Stine: Nej, det er jo i psykiatrien, at jeg lige har fået afslag på den der psykolog der. Men det var fordi, at min læge åbenbart ikke har skrevet tilstrækkeligt med hende der psykologen, som jeg går ved ude der i jobcenteret. Fordi hun arbejder åbenbart også for psykiatrien. Så nu skal jeg vente på, at jeg skal til min psykiater igen, og så skal han prøve at søge igennem psykiatrien, så jeg kan få en psykolog. Det er sådan noget... jamen... jeg bliver smidt rundt og rundt og rundt. Og jah.

Michael: Så du ved knap nok, hvor du skal henvende dig?

Stine: Jeg ved ingenting. Så, sådan er det.

(Interview med Stine, 3:43- 5:48)

Stine fremhæver, at hun har svært ved at orientere sig i behandlingssystemet og nævner i den forbindelse, at hun har fundet hjælp hos misbrugskonsulenten Jens-Peter. Han har i særlige tilfælde fungeret som bisidder ved møder på kommunen eller i jobcenteret. Jens-Peter indtager derfor en rolle som tovholder for Stine, hvor han hjælper med de mere administrative og bureaukratiske elementer, og taler hendes sag. I tekstuddraget fremhæver Stine, at hun oplever at være fremmedgjort i både den kommunale praksis og i behandlingsdiskurserne, da de for hende ikke fremstår logiske. Det kaos Stine oplever med sin sygdom forstærkes herved af det bureaukratiske kaos, som Stine oplever i sin søgen efter hjælp og behandling. Stine siger for eksempel: **Michael:** ”Så du ved knap nok, hvor du skal henvende dig”? **Stine:** ”Jeg ved ingenting. Så, sådan er det” (se tekstuddrag).

Stines fortælling er karakteriseret ved at hendes historie rummer flere fortællinger, som enten taler sig ind i en kaos-typologi eller en quest-typologi. Kaos-typologien er tydelig, når Stine fortæller om, hvordan hun tidligere ”forløste” følelsen af at være fastlåst og befinde sig i en situation af kaos med en selvskadende adfærd og selvmordstanker. Som jeg tidligere har vist, er Stine fastbesluttet på at skabe nogle ændringer i sit liv, som gør, at hun kan gøre sig fri af hendes psykiske udfordringer og problematikker, og komme videre med hendes liv. Stine anvender på den måde sin fortid og de dårlige oplevelser til at skabe en åbning for, at hun kan skabe et nyt liv.

Stine: (...) Hvis jeg har min dårlige periode, så kan jeg jo ingenting. Jeg kan jo ikke engang gå uden for en dør, jo. Altså, så har jeg angst og det hele er bare... ja. Såh.

Michael: Så det fylder rigtig meget, altså angsten?

Stine: Jamen, ja... Jamen det er mange ting lige pludselig. Jeg har arbejdet siden jeg var 12 år, altså. Og så lige pludselig ikke føle sig noget værd. Den der følelse. Det kan jeg ikke... Det er meget hårdt for mig, altså.

Michael: Så, det er det, der er med til at give dig noget, altså, der arbejder man? Og det var en identitet måske?

Stine: Ja. For der havde jeg jo styr på alting. Alting simpelthen. Nu synes jeg bare. Jo... det er ikke noget med... jeg synes bare ikke, at der er styr på de ting, der skal være styr på.

Michael: Nej.

Stine: ... Jeg ved ikke, hvordan man skal forklare det. Jeg ved det ikke.

(Interview med Stine, 6:24 -7:34)

Stine anvender ytringen: ”*jeg synes bare ikke, at der er styr på de ting, der skal være styr på*”. Jeg tolker denne ytring som et ønske om at få herredømmet over sit liv tilbage. Jeg sidestiller desuden denne ytring med Stines tidligere udsagn om at blive ”frisk igen”, og tolker det som, at Stine qua indskrivningen i kategorier såsom *sygdomsramt* og *arbejdsløs* oplever vanskeligheder ved at finde værdi og mening med sit liv. Hun fortæller, hvordan hun tidligere har været vant til at arbejde og forsørge sig selv, hvilket har givet hende værdi og betydning. Tekstuddraget bliver derfor udtryk for, at Stine oplever diskvalificering og marginalisering fra behandlings- og velfærdssystemets side, idet hun fastholdes i en sygdomsramt og kaotisk situation. Denne fastholdelse opstår ved, at Stines narrativ er konstrueret i en ramme af *I-Other*, hvor hun oplever sig selv som en sygdomsramt, der har brug for behandling, men ikke kan opnå en legitimering af sin position og situation. At Stine konstruerer sin fortælling i denne diskursiveramme får dermed betydning for, hvordan hun forestiller sig sin fremtid. På nuværende tidspunkt kan hun ikke se, hvordan hun skal kunne efterleve drømmen om at vende ”rask” tilbage til arbejdsmarkedet. Denne marginalisering, som Stine oplever, afspejles således i de normative krav, Stine selv fremsætter, da ønsket og normen for

hende er det ”gode” liv, som i hendes optik indbefatter egen lejlighed og et fast arbejde. Stine siger for eksempel, at:

Jeg har arbejdet siden, jeg var 12 år, altså. Og så lige pludselig ikke føle sig noget værd. Den der følelse. Det kan jeg ikke... Det er meget hårdt for mig, altså. (se tekstuddrag)

Opsamling

Jeg viser i analysen af Stines sygdomsfortælling, at Stines narrativ indskrives sig i en quest-typologi, da hun fortæller, at et liv med vold og stofmisbrug har ført til, at hun nu ønsker at foretage nogle livsændringer. Stine har derfor kontaktet sundhedscenteret for at bede dem om hjælp til, at finde et behandlingstilbud, hvor hun kan bearbejde de psykiske mén, som hendes fortid har ført med sig. Stines fortælling er på den måde karakteriseret som en realiseringsfortælling, hvor Stine gør sig selv til et personligt narrativt projekt. Det ses ved, at hendes fortælling handler om at ændre nogle adfærdsmønstre og finde mening i form af et liv med fast arbejde.

Stine har forsøgt at opsøge forskellige behandlingstilbud og søge økonomisk støtte til en ny lejlighed, så hun kan begynde et nyt liv. Stine har dog fået afslag på hendes krav om psykologbehandling og støtte, hvilket hun er uforstående overfor, da hun ikke har fået en begrundelse. Hun ved derfor ikke, hvad hun skal gøre for at få den behandling og støtte, som kan hjælpe hende videre i hendes liv. I analysen viser jeg, hvordan Stines fortælling er skabt i I-other relationer, hvor den *anden* fastholder hende i fortidens handle-mønstre og nogle bestemte identitetsforståelser, som hun nu ønsker at frigøre sig fra. Denne *anden* er i fortællingen behandlingssystemet og velfærdsstaten. Det er i denne I-other relation, at Stine oplever en manglende anerkendelse af hendes situation. Dette spændingsmæssige forhold skaber også en kaos-typologi i Stines fortælling, idet hun oplever at være fastlåst i sin sygdomssituation. Stines sygdomsfortælling handler herved om, hvordan hun ønsker at foretage nogle ændringer i hendes liv, men der er for hende nogle forhindringer, som står i vejen for hendes selvrealisering. Disse forhindringer er behandlingssystemets manglende anerkendelse af Stine. Denne manglende anerkendelse gør Stine til en central drivkraft for hendes fortælling, idet hun insisterer på at skabe en fortælling og et liv, som kan realisere drømmen om det gode liv uden et misbrug og med et fast arbejde.

Pias fortælling

Jeg vil i de følgende afsnit præsentere en analyse af Pias sygdomsfortælling. Jeg indleder denne analyse med en række *fortætninger* af Pias fortælling.

Der er jeg så nu – 23. maj 2013

Min socialfobi har jeg lidt af altid.

Jeg har klaret mig igennem
indtil nu.

Jeg har måttet stoppe min revalidering.

Tilbage på sygedagpenge.

Der er jeg så nu.

Hun tvang mig til at ringe her og der og alle vegne.

Der brød jeg sammen.

Hvis det er noget, jeg ikke kan, så er det det.

Hun havde sendt mig til en psykiatrisk udredning.

Jeg blev sendt til forskellige undersøgelser.

Jeg fik en udredning.

Jeg havde bedt om at få en kopi.

Jeg fik den smidt henover bordet.

Jeg kunne læse den derhjemme.

Men den var grim.

Det skal man ikke læse alene.

Det var så det.

Om sit tilhørsforhold til sundhedscenteret

Hvis døren er åben,

så snakker vi lidt.

Hver gang jeg ryger i kulkælderen,

så griber de mig.

På et splitsekund

får de mig på ret køl igen.

Bare det at få lov

...at få lov til at snakke

at have en skulder at græde ud på.

Det er guld værd.

Jobprøvning

De sender mig i jobprøvning nu.

Jeg bruger meget af min fritid på gymnastik,
så jeg har jo trænet.

Alt det jeg skulle.

Og derfor sender de mig i jobprøvning nu.

Jeg skulle til en reumatologisk undersøgelse.

Den siger, jeg godt kan passe et job
under særlige omstændigheder.

Det er jo ham, der er eksperten.

Det er ham, der har skrevet den.

Det er det, de retter sig efter.

Og derfor sender de mig i jobprøvning nu.

Jeg ville da meget gerne ha' det, som han skriver, at jeg har det.

Jeg forklarer ham, at det skyldes, at jeg netop gør alt det,
jeg skal gøre træningsmæssigt.

Både jobkonsulenten og min sagsbehandler er også meget utilfredse.

Den afspejler ikke virkeligheden.

Og derfor sender de mig i jobprøvning nu.

Mit møde med Pia på sundhedscenteret

Jeg hører første gang om Pia på et af de mange møder, jeg har haft med misbrugskonsulent Jens-Peter på sundhedscenteret. Pia har været tilknyttet en misbrugsbehandling hos Jens-Peter, som har hjulpet hende med nogle alkoholproblematikker i perioder gennem en årrække. Nu kommer hun primært på sundhedscenteret for at modtage NADA, som er en form for akupunktur, som hun modtager som et supplement til sin medicinering. Det at få koordineret en samtale og et interview med Pia blev besværliggjort af, at Pia stod i en vanskelig situation, da hun, ifølge Jens-Peter, var blevet ”låst fast” i et behandlings- og velfærdssystem, der har svært ved at rumme Pias sundhedsproblematikker. Det at foretage et interview med Pia blev yderligere vanskeliggjort af, at Pia lider af social fobi og angst, hvilket også gjorde, at hun var betænkelig ved at deltage i et interview. Til at starte med skrev vi derfor sammen over mail, hvor jeg fortalte om ph.d.-projektet. Efter en kort mailkorrespondance aftalte vi et interview på sundhedscenteret i nærheden af Jens-Peters kontor, som hun er tryk ved.

”Det kommunale system – en by i Rusland”

Pia er 60 år gammel og har siden 2010 kæmpet for at få svar på, om hun har ret til at modtage førtidspension. Pia er uddannet håndværker, men har på grund af en nedslidt ryg haft svært ved at klare sit job. Hun er gennem sin sagsbehandler blevet tilkendt revalidering og derigennem mulighed for at opkvalificere sin håndværkeruddannelse til teknisk designer. Pia fortæller, at hendes sociale fobi og angst er accelereret siden hun startede i et revalideringsforløb. I revalideringsforløbet har hun følt sig tvunget til at indgå i nye miljøer med nye mennesker, som hun ikke kender og ikke føler sig tryk ved. Pia fortæller, hvordan det også har haft indflydelse på hendes alkoholforbrug, hvilket hun har intensiveret. I det følgende tekstuddrag fortæller Pia om, hvordan hun er blevet tilknyttet sundhedscenteret.

Michael: Hvordan er du tilknyttet sundhedscenteret her, og hvor længe har du været det?

Pia: Jeg blev tilknyttet rusmiddelsteamet, og det har været august 2010. Jeg har været håndværker i 38 år som maler. Og ryggen, den har efterhånden været slidt fuldstændig ned, så jeg kravlede rundt på alle fire. Og der... Åh det kommunale system, Øv! Kryds fingre for, at du aldrig havner der.

Michael: Jah.

Pia: Der blev jeg så tilkendt en revalidering, og det var så den sagsbehandler jeg fik der, der slæbte mig med herop, fordi hun fornemmede, at jeg havde et problem.

Michael: Ja.

Pia: Og hun kendte Jens-Peter, og derfor havnede jeg oppe hos ham.

Michael: Godt. Hvad var dit problem, hvad er du i behandling for?

Pia: Spiritus, stort forbrug. Rødvin. (Interview med Pia, 1:35 – 2:49)

Pia fortæller, at det var en ødelagt ryg der gjorde, at hun ikke kunne passe sit arbejde som håndværker og maler. Derfor søgte hun hjælp hos kommunen. Pia fortæller, at hun tidligere har formået at holde sin sociale fobi og angst nogenlunde i skak, idet hun som maler ofte har kunnet passe sig selv. Hun har ligeledes fortalt, at alkoholen kom hen ad vejen, og at hun har brugt den som en slags støtte og form for selvmedicinering. Det er først efter, at Pia i 2009 kommer i kontakt med sin sagsbehandler gennem et revalideringsforløb, hendes alkoholmisbrug bliver en realitet for omverdenen. På det tidspunkt har Pia ikke fortalt andre om sin sociale fobi og angst, der bliver hyppigere og voldsommere, da hun som led i sin revalidering, starter på en opkvalificerende uddannelse. Pia fortæller her:

Fordi det der med den sociale fobi det jo ikke noget, man går og praler med, at man ikke fungerer optimalt psykisk, vel? (Interview med Pia, 36:25-36:32).

og

(...) at man i mange situationer må trække sig, hvor andre vil sidde stille og roligt. Det indrømmer man jo først, når man står og vipper ude på kanten. (Interview med Pia, 36:36-36:40)

Pia fortæller, at, der igennem hendes socialrådgiver, blev sat forskellige initiativer i gang såsom behandling af ryggen, revalidering og opkvalificering af uddannelse. Ifølge Pia var et af problemerne at gennemskue de forskellige beslutninger og krav, der blev sat til hende i forløbet. Pia omtaler denne manglende gennemsigtighed som ”den kommunale logik”, en logik som jeg antager virker fremmed for hende og ikke giver mening. Pia fortæller i det følgende tekstuddrag om vanskelighederne ved at efterleve de krav, som blev stillet til hende:

Pia: Men de trak en uddannelse ned over hovedet på mig, som jeg overhovedet slet ingen forudsætninger havde for at tage. En teknisk designer! Og jeg anede dårligt nok, hvad en computer var. (Interview med Pia, 6:53-7:02)

Pia fortæller, at hun det ene øjeblik arbejdede som håndværker og passede sig selv, og hvordan hun det andet øjeblik skulle skabe nye relationer og agere udadvendt, fleksibel og efteruddannes, så hun i fremtiden kunne arbejde som teknisk designer på et kontor. I Pias fortælling fremstår disse krav som tvang og magtudøvelse. Hun fortæller, at hun hverken er blevet hørt eller anerkendt i de beslutninger, der er truffet. Dette aspekt ved Pias fortælling kan forstås ud fra en Foucaultsk optik.

Ifølge Foucault skal magt forstås som et relationelt fænomen, der skal studeres i dets netværk, for at man kan forstå magtens effekter. Foucault forstår desuden magt som et strukturelt og repressivt fænomen (Foucault 1980). Han skriver:

(...) a relationship in which one person tried to control the conduct of the other... These power relations are thus mobile, reversible, and unstable. It should also be noted that power relations are possible only insofar as the subjects are free. If one were completely at the other's disposal and became his thing, an object on which he could wreak boundless and limitless violence, there wouldn't be any relations of power. Thus, in order for power relations to come into play, there must be at least a certain degree of freedom on both sides" (Foucault, *Power/Knowledge: Selected interviews*, op. Cit.: 65.). (Jackson & Mazzei 2012: 55)

Foucault peger her på, at magt ikke effektueres som en direkte magt rettet mod andre, men derimod skal forstås ud fra sit relationelle net og diskursive virke. I Pias eksempel anser jeg den "kommunale logik", som et eksempel på et specifikt netværk af organiserede diskurser, hvor Pia prøver at finde sin plads og forstå sig selv. Foucault peger desuden på magtens effekter, som en aktivitet der skaber spændinger, idet magtrelationer eksisterer i et felt af muligheder, der gør det muligt for individet at agere (Foucault 1980: 141-142). I Pias tilfælde opstår der et spændingsmæssigt forhold, da Pias selvforståelse og muligheder (gen)skabes og forhandles i og med, at hun indskriver sig i nogle særlige kategorier og dertilhørende diskurser, såsom *sygemeldt, under revalidering* mv. I et mere systemisk perspektiv vil jeg argumentere for, at Pia som subjekt (gen)skabes og produceres i en governmentality-optik. Det er i den kommunale sagsbehandling og -praksis, at Pia som individ og subjekt produceres som en effekt af magten og dermed som et element af dens artikulation. Jeg vender senere tilbage til, hvordan Pia agerer i denne spænding, og hvordan det influerer, hvilke positioner Pia kan indtage og fortælle fra i sit narrativ.

Kaos-typologien

Pias fortælling er præget af magtesløshed, når hun fortæller, hvordan hun oplever de krav og forventninger, hun skulle leve op til, da hun gik fra at være sygemeldt til at være under revalidering og efteruddannelse. Pia fortæller, at det var i den periode, at hendes alkoholforbrug for alvor eskalerede. Hun brugte alkoholen som en slags støtte og selvmedicinering for sin sociale fobi og angst. Pias fortælling indskriver sig her i en kaostypologi, der er kendetegnet ved at være en plotfortælling, hvor protagonisten ofte er underlagt flere forskellige forhindringer og problematikker, som ikke kun relaterer sig til sygdom. Kaosfortælling er, ifølge Frank, et slags anti-narrativ, som er ude af kontrol for de implicerede aktører og særligt for hovedpersonen selv, der typisk oplever et forløb, hvor den ene dårlige ting efterfølges af den anden, og hvor alt går fra dårligt til værre (Frank: 2010, 2013). Pias kaosfortællingen begynder, da hun kontakter kommunen

angående sin nedslidte ryg, og Pias frustrationer bliver tydelige, når hun fortæller om det revalideringsforløb, som blev igangsat af kommunen. Pias frustrationer opstår ikke kun i mødet med det offentlige system og den ”kommunale logik”, som Pia fortæller virker fremmed for hende, men de bliver også personliggjort gennem Pias møde med sin sagsbehandler. Pia siger for eksempel:

Min sociale fobi har jeg lidt af altid. Men har klaret mig igennem, indtil jeg blev tilkendt revalidering og havnede i klørene på den sagsbehandler, jeg fik der. Og imellem os to. En rigtig møgkælling. (Interview med Pia, 6:22- 6:40)

I en Bakhtinsk optik gør Pia sagsbehandleren til genstand for sine frustrationer og den manglende anerkendelse. Bakhtin anvender begrebet *open polemic* (åben polemisk), når der rettes en direkte kritik af samtalepartneren i en dialog (eller i en fortælling). Jeg ser her et eksempel på en åben polemisk relation, hvor sagsbehandleren bliver til en form for repræsentant for et særligt diskursivt system og en ideologi, som Pia finder det vanskeligt at indgå i. Denne åbne polemiske relation mellem Pia og sagsbehandleren kobler jeg til kaos-typologien for fortællingen, da jeg tolker det som Pias forsøg på fortsat at fortælle sin historie på trods af mangel på tilstrækkelige, narrative ressourcer. Det betyder, at den åbne polemiske relation kan tolkes som en konsekvens af en mangel eller en indskrænkning af Pias positioneringsmuligheder, hvor de vante fortællepositioner nu kan virke marginaliseret eller ekskluderet. I en Bakhtinsk optik kommer kaos-typologien i Pias narrativ ikke kun til udtryk i en marginalisering af *stemmer* og fortællepositioner. Fortællingen opløses nemlig også i et slags anti-narrativ, da Pia mister sin orientering i forhold til det at kunne fortælle sin personlige fortælling. Den åbne polemiske relation til sagsbehandleren kan derfor tolkes som et udtryk for positioneringsvanskeligheder, hvor Pia fremstår handlingslammet, idet hun ikke ved, hvordan hun skal agere, eller hvordan hun skal svare for at give mening som individ og subjekt i denne situation (jf. Bakhtins’ answerability). Jeg ser også følgende tekstuddrag som et eksempel på, hvordan Pia mister orienteringen i sin fortælling, og hvorfor fortællingen indskrives i en kaos-typologi. Pia fortæller:

Pia: Jeg har egentlig følt mig meget fanget og på gyngende grund lige siden oktober 2009, hvor jeg blev sygemeldt. Den der uvished hele tiden. Det har så ikke været bedre af, at der sker ingenting. Og ja sygedagpengene de stopper der [sætter en finger på bordet]. Jeg bor i lejehus. Det er gammelt og faldefærdigt. Ergo, hvis jeg ryger ud af systemet og ind på kontanthjælp, så får jeg ikke noget.

Michael: Så der er en masse usikkerhed forbundet med det her...

Pia: ...Ja ja rigtig meget...og især fordi at økonomi er noget, at jeg er meget bange for ikke at have...[Pia er berørt af situationen]...styr på.

Michael: Det er klart. Så det piner dig lidt?

Pia: Jeg har brugt mange år på at spare bare en lille smule op. Det meste af mit liv har jeg boet alene, og det er jo dyrt, og det har taget lang tid at få sparet bare en lille smule op. Det spiser jeg jo af i øjeblikket, fordi at jeg får så lidt. For eksempel denne måned, hvor der er reduceret [sygedagpenge], så får jeg 9.500 kroner udbetalt. Jeg har 8.500 i fasteudgifter.

Michael: Der er ikke meget tilbage.

(Interview med Pia, 16:01- 17:38)

Stop for revalidering - tilbage på sygedagpenge

Pia fortæller, at hendes situation forværres, da hun begynder sit revalideringsforløb i kommunen, idet hun finder det vanskeligt at leve op til de krav, der stilles til hende i forløbet. Hun fortæller:

Michael: Hvad skete der?

Pia: Så måtte jeg stoppe revalideringen og røg tilbage på sygedagpenge. Og der er jeg så nu. Jeg blev sendt til nogle forskellige undersøgelser. Hende jeg var hos, da jeg var under revalidering, hun havde sendt mig til en psykiatrisk udredning engang, fordi jeg på et tidligere tidspunkt, da hun tvang mig til at sidde og ringe her og der og alle vegne, ikke. Der brød jeg sammen for første gang for, hvis det er noget, jeg ikke kan, så er det det. Det er derfor, at jeg siger, at jeg er bedre til, at vi skriver mails fremfor, at vi snakker.

(Interview med Pia, 9:22-9:59)

I en Bakhtinsk optik opstår der her en spænding i forhold til, hvordan Pia positionerer sig i sin fortælling. Pia konstruerer på den ene side en fortælling, hvor hun igennem en *I-for-myself* relation oplever og erfarer, at hun vil have svært ved at fuldføre sin revalidering, da hun grundet sin psykiske sårbarhed med angst og social fobi finder det vanskeligt at danne relationer og varetage et fremtidigt kontorjob. Denne fortælling kolliderer på den anden side med en fortælling, hvor Pia gennem en *I-for-others* relation oplever de normative og værdimæssige krav, der er forbundet med revalideringen. Et sådan revalideringsforløb kræver, at hun agerer udadvendt, opsøgende og omstillingsparat, hvilke er positioner, som Pia giver udtryk for, at hun ikke er tryk ved at agere i (jf. *I-for-myself*). Det skaber et spændingsmæssigt forhold i måden, hvorpå Pia kan forhandle sin identitet og positionere sig i sin fortælling. Denne spænding (*re*)enactes i Pias (gen)fortælling således, at sagsbehandlerens *stemme* kommer til udtryk, som det Bakhtin begrebsliggøre som *voices of Others*, en såkaldt *inner-Other*. Det betyder, at både sagsbehandleren og det kommunale system med de tilhørende diskurser og værdisæt internaliseres og bliver en del af Pia og hendes I-Others og i sidste ende til en del af Pias *selvforståelse* og *selvfortælling*. At sagsbehandlerens *stemme* bliver til

en del af Pias *selv*fortælling og enacts af Pia gennem sin fortælling kommer til udtryk i følgende eksempler, hvor Pia fortæller; "(...)[jeg] har klaret mig igennem indtil jeg blev tilkendt revalidering og havnede i klørene på den sagsbehandler, jeg fik der" (se tekstuddrag) og "hun tvang mig til at sidde og ringe her og der og alle vegne, ikke" (se tekstuddrag). I disse eksempler konfronterer Pia sig selv med en særlig diskursiv og ideologisk praksis, som forventer, at Pia kan agere udadvendt og opsøgende i sin revalidering og jobsøgning. Det skaber som nævnt en spænding, idet Pia fortæller, at hun ikke har de narrative ressourcer og ikke kan agere i de forventede positioner, og derved indfri de krav, som sagsbehandleren og kommunen stiller til hende. Denne spænding aktualiseres gennem Pias I-Other relation, da hun sammenholder sin egen psykiske sårbarhed (*I*) overfor den oplevede norm og de tilhørende krav (*Other*), idet hun fortæller at; "(...) at man i mange situationer må trække sig, hvor andre vil sidde stille og roligt" (Interview med Pia, 36:36-36:40). Pia relaterer på den måde sig *selv* til den *anden*, eftersom hun fortæller, at hun modsat andre ikke kan leve op til de krav, der er forbundet med en revaliderings eller jobsøgningsproces, hvilket igen skaber en spænding i måden, hvorpå Pia kan positionere sig.

Den åbne polemiske relation til sagsbehandleren kan også ses som et oprør og modstand imod et diskursivt system, som Pia har vanskeligt ved at finde sin plads i. I en Foucaultsk optik forstår jeg denne modstand således, idet Foucault peger på, at:

As a network of relations, power is "constantly in tension, in activity," and power relations are made of various points of instability that produce multiple sites and modes of resistance. (Foucault, *Discipline and Punish: The Birth of a prison* 1979: 26). (Jackson & Mazzei 2012: 55)

Jeg vil pege på, at den nævnte, spændingsmæssige relation skaber en konflikt for Pia, som i en Bakhtinsk optik kan forstås ved, at den diskursive spænding internaliseres af Pia (jf. Inner-Others). Denne internalisering skaber en aktivitet og konflikt, der kommer til udtryk i en marginalisering af Pias positioneringsmuligheder og de narrative ressourcer, som Pia har til rådighed. Det betyder, at der opstår en monologisering af Pia, idet hun bliver konfronteret med nogle diskursive og ideologiske krav, som virker fremmede og uforståelige, da hun ikke kan efterleve disse krav eller agere i den rolle, som er påkrævet. Pia oplever samtidig, og gennem en relation til den *generaliserede anden*, at disse krav er nogle krav, som hun burde kunne efterleve og agere i. Pia oplever herved disse krav som en norm, men på grund af hendes psykiske sårbarhed kan hun ikke efterleve dem. Det betyder, at Pia oplever et indre, spændingsmæssigt forhold, hvor hun i en I-other relation fastholdes i en identitetsfølelse af ikke at være "god nok". Det skaber som nævnt en konflikt for hende, hvilket også driver kaos-typologien i hendes fortælling.

”Jeg ville da gerne ha´ det, som han skriver, at jeg har det”

Jeg har i det forrige afsnit fremhævet Pias udfordringer med at leve op til de normer, der er forbundet med at indgå i en revalidering. En revalidering som skaber spændingsmæssige forhold for, hvordan Pia kan positionere sig, og som særligt kommer til udtryk i, hvordan hun oplever og takler kravene om at skulle være omstillingsparat, fleksibel og udadvendt. Pias kaosfortælling handler ikke kun om de udfordringer, som hun oplever i forbindelse med sin revalidering. Kaosfortællingen forstærkes yderligere af den uvished, der optræder i hendes beretning, idet hun afventer en afklaring på, om hun er berettiget til førtidspension. Jeg vil i de følgende afsnit se på Pias fortælling om, hvordan hun oplever og takler denne uvished.

Jeg har tidligere beskrevet, hvordan Pia i forbindelse med sin revalidering blev sendt til forskellige former for udredelse, da det stod klart for hendes sagsbehandler, at Pia foruden en nedslidt ryg og et alkoholmisbrug også kæmpede med psykiske udfordringer. Pia fortæller i det følgende tekstuddrag, hvordan hun oplevede udredelsen, som både skulle undersøge hendes fysiske og psykiske tilstand, og afklare om hun kunne varetage et fremtidigt job. Pia fortæller om dette forløb:

Michael: Ja, hvad siger den [den psykiatriske udredning]?

Pia: Den siger, at... det ikke kan lade sig gøre, at jeg bestrider et job, psykisk. At hun anbefaler en pension. Øh, det skal så siges at den første udredning... Jeg havde bedt om at få en kopi af den. Den fik jeg bare smidt henover bordet, og så kunne jeg bare tage den med hjem og læse den. Men så grim som den var. Det skal man altså ikke sidde og læse alene... Men det er så det. Så skulle jeg også til en reumatologisk undersøgelse og udredning hos ham.

Michael: Ja.

Pia: ... I kraft af at jeg har brugt så meget af min fritid på gymnastik og på at undervise, så har jeg jo også trænet alt det, jeg skulle. Og derfor står min ryg jo også først af nu. Så kunne jeg jo mange ting, som de fleste med en tilsvarende ryg ikke kan. Smidigheds-mæssigt og balancemæssigt. De tre ting som jeg primært har koncentreret mig om, når jeg underviser. Det er styrke, smidighed og balance, ikke?

Michael: Ja.

Pia: Så den er jo så pæn den udredning han har lavet, som min nuværende sagsbehandler siger til mig, at den er alt for pæn. Og derfor sender de mig i jobprøvning nu.

(Interview med Pia, 10:39- 12:08)

Pia har fået foretaget to forskellige former for udredninger; en hos en psykiater og en hos en reumatolog. Hun er tidligere, i forbindelse med et psykiske sammenbrud, som hun oplevede under

sin revalidering, udredt hos en psykiater. Den nyeste udredning fortæller, ligesom den tidligere, at grundet Pias voldsomme sociale fobi og angst, så vil psykiateren anbefale førtidspension. Han mener ikke, at Pia kan varetage et fuldtidsjob eller et skånejob med særlige vilkår. Som led i udredningsprocessen sendes Pia også til en reumatolog, der skal udrede, om Pia rent fysisk har forudsætningerne for at kunne varetage et job. Reumatologen konkluderer, at Pia qua sin fysiske formåen kan varetage et job, dog under nogle helt særlige forudsætninger. Ifølge Pia er det de to modstridende konklusioner fra henholdsvis psykiater og reumatolog, der har forsinket processen og afgørelsen om førtidspension. Pia understreger i fortællingen sin utilfredshed med hele forløbet ved at italesætte, hvordan hun ikke føler sig inddraget, og at hun oplever, at hun bliver sendt til forskellige undersøgelser. Hele forløbet skaber usikkerhed for Pia, da hun nu står med to, forskellige fagpersoner, der kommer med modstridende konklusioner i forhold til, om hun kan bestride et job. Pia fortæller; *“Den der uvished hele tiden. Det har så ikke været bedre af, at der sker ingenting”* (Interview med Pia, 16:13).

Ud fra et Bakhtinsk perspektiv vil jeg pege på, at der opstår en monologisering af Pia. Denne monologisering “forstyrrer” hendes orientering i det personlige narrativ i og med, at hun ikke selv bliver herre over sin fortælling. I dette tilfælde overtages den af et system, som Pia ikke mener anerkender hende, for den hun er. Pia bliver derfor placeret i en form for venteposition, et systemisk-limbo, hvor hun på den ene side, ifølge psykiateren, kvalificerer sig til en førtidspension, men på anden side, ifølge reumatologen, formår at varetage et job med særlige vilkår. Kaos-typologien træder her frem i Pias fortælling i form af magtesløshed, da Pia ikke selv kan påvirke afgørelsen om, hvorvidt hun egner sig til jobmarkedet eller ej. Pias situation forværres yderligere af et andet, eksternt pres i og med, at hun står til at falde ud af sygedagpengesystemet, fordi at afgørelsen om førtidspension lader vente på sig på grund af de differerende fagudmeldinger. Pia fortæller i det følgende tekstuddrag, hvordan hun oplever at være en del af to modstridende udredninger.

Michael: Så du er faktisk fanget imellem to diagnoser [udredningsbeskrivelser]?

Pia: Ja.

Michael: Kan du genkende dig selv i nogle af dem?

Pia: Den psykiske kan jeg sagtens. Den reumatologiske... øh... jeg ville da meget gerne ha’ det, som han skriver, at jeg har det... Og både jobkonsulenten og min sagsbehandler er også meget utilfreds med den, for den afspejler ikke virkeligheden.

Michael: Nej...

Pia: ...Men, det er ham, der er eksperten, og det er ham, der har skrevet den, og det er

det, de retter sig efter i det der udvalg...nævn...eller hvad det nu er, de kalder det, der er blevet nedsat til at skulle vurdere det.

Michael: Hvordan har du det med, at der er en anden, der skriver om, hvordan du har det?

Pia: Det har jeg det sådan set okay med. Øh. Men jeg har det ikke okay med at han... Da jeg var inde til undersøgelsen, og vi sidder og snakker efter alle de forskellige undersøgelser, og så siger han så, at jeg netop kan mange ting, og jeg forklarer ham, at det skyldes jo, at jeg netop gør alt det, jeg skal træningsmæssigt for at kunne klare det. Jeg sætter mig ikke bare hen i en stol, vel.

Michael: Nej.

Pia: Jamen det kunne han jo godt se, at det var rigtig nok alt det, jeg gjorde, men han ville skrive, at det nok var en god idé med en pension, ikke. Men så skriver han stik modsat, at jeg under særlige forudsætninger godt kan klare et job, og så nævner han et lettere kontorjob. Jeg har overhovedet ingen forudsætninger for at bestride et kontorjob... øh...men det har han skrevet, og det er det, de retter sig efter.

(Interview med Pia, 13:48 – 15:45)

I tekstuddraget udtrykker Pia sin utilfredshed med, at hun ikke bliver taget med på råd og hverken høres eller anerkendes i forhold til reumatologens konklusion om, at Pia kan varetage et lettere kontorjob, hvilket hun ikke selv mener, at hun kan bestride på grund af sin psykiske sårbarhed. Jeg vil pege på, at eksemplet også viser, hvordan der aktualiseres en monofaglighed i forståelsen og udredelsen af Pias sygdomsproblematikker. Det ses ved, at forskellige faglige perspektiver såsom et fysisk og psykisk perspektiv skal sammenstykke et holistisk billede af, hvem Pia er som person, og hvordan hun passer ind i en systemisk revaliderings- og rehabiliteringsdiskurs. Arbejdet med at stykke disse perspektiver sammen til et holistisk og repræsentativt billede af Pia, ligger således hverken hos Pia eller hos de forskellige udredningspraksisser men hos et nedsat kommunalt rehabiliteringsteam, som Pia henviser til som et nævn. Pia siger for eksempel: *“(...) og det er det, de retter sig efter i det der udvalg...nævn...eller hvad det nu er, de kalder det, der er blevet nedsat til at skulle vurdere det”* (se tekstuddrag). Denne ytring viser, hvordan hun tager udgangspunkt i den *anden* for derved at se sig selv udefra og igennem øjnene af rehabiliteringsteamet. Pia tager således udgangspunkt i en *I-for-the Other* relation, idet hun forestiller sig, at rehabiliteringsteamet kun fokuserer på reumatologens udredning, hvor der står, at hun kan varetage et lettere kontorjob under særlige forudsætninger. Pia sætter således dette i relief til et andet narrativ, da hun ud fra en *I-for-myself* relation oplever, at hun vil have vanskeligt ved at varetage et lettere kontorjob. Denne *I-for-myself* relation kommer til udtryk i følgende ytring: *“Jeg har overhovedet ingen forudsætninger for at bestride et kontorjob... øh...men det har han skrevet, og det er det, de rette sig efter”* (se

tekstuddrag). Eksemplet viser, at Pia i et samspil med multiple *stemmer* skaber en dialogisk aktivitet mellem henholdsvis en *I-for-the Other* og *I-for-myself* relation. Det betyder, at der opstår indre dialogiske spændinger for Pia, da hun forestiller sig, at rehabiliteringsteamet vil ende med at beslutte, at hun skal have et lettere kontorjob. Et job som hun ikke ser, at hun kan varetage på grund af psykisk sårbarhed og øvrige udfordringer.

Opsamling

Pias narrativ kan karakteriseres ved, at hendes fortælling taler sig ind i en kaos-typologi. Det gør den, da Pia i sin beretning har mistet herredømmet og evnen til selv at styre sin egen fortælling. I Pias narrativ indtræder kaostypologien i de sekvenser, hvor Pia oplever, at hendes "stemme" mister udsigelseskraft. Det sker i takt med, at hun decentraliseres i en velfærdsdiskurs om revalidering og rehabilitering samt i de tilhørende styringsrationaler, som er forbundet med den kommunale sagsbehandling og udredningspraksis. Pias beretning viser, at kaostypologien ikke kun opstår ved en udelukkende decentralisering og subjektivering under de anførte praksisregimer, men at kaostypologien også opstår som led i, at Pia kæmper for en legitimering af hendes psykiske udfordringer og sårbarhed. Det betyder, at Pias kaosfortælling først og fremmest opstår som led i en oplevet monologisering, som fratager Pia nogle mulige fortællepositioner i sit narrativ, som knytter sig til hendes psykiske udfordringer og sårbarhed. Pia fortæller, at hun oplever ikke at blive hørt og anerkendt. Det sker i forbindelse med de krav, der bliver pålagt hende i forbindelse med revalideringen, hvor hun skal agere både omstillings- og jobparat. Kaos-typologien i Pias fortælling bliver tydelig, når der opstår en dialogisk spænding i forhold til, hvad Pia selv føler (*I-for-myself*), hun er klar til og kan overkomme og på den anden side "systemets" krav om at skulle indtage særlige positioner såsom udadvendt, omstillingsparat og fleksibel (*I-for-the Other*).

Peters fortælling

Jeg vil i de følgende afsnit præsentere en analyse af Peters sygdomsfortælling. Jeg vil indlede denne analyse med en række *fortætninger* af Peters fortælling.

Alkoholiker?

Det ved jeg altså ikke...
For der er nogle gange...
En fest.
Et par glas vin,
en øl.
Og så er der ikke noget dagen efter.
Der går nogle dage.
Lige pludselig
må du ha' det.
Købe den.
Den første flaske snaps.

Kontrol

Jeg har aldrig
været ude at sejle,
når jeg har fået noget af
drikke,
så dum
er jeg
altså ikke.

Nogle gange må du ha' det

Nogle gange
må du ha' det.
Så er det bare sådan...
Men jeg sidder altid derhjemme.
Jeg står ikke sammen med de der
andre.
Ved ALDI.

Jeg har en jolle.
Nede på havnen.
Der er jo et klubhus.
De sidder derinde.
De drikker bajere.
Jeg kommer ikke derind.

Jeg kender nogen,
som jeg gider snakke med.
Bænken.
Om sommeren.
Det er dem.
Der sidder og drikker kaffe.

Behandling

Jeg har prøvet sådan noget dagbehandling
i Holbæk.

Det var desværre sådan noget
Minnesota.

Jeg holdt 14 dage.

Er du gal?

Der var sådan en talerstol.

Du skulle

op

stå

snakke.

Sådan noget,

det er jo ikke lige det,

min psykologi er rigtig god til.

Det var for hårdt.

Der må jeg sgu indrømme,

der var jeg for svag,

ikke?

Kategoriseringer

Jeg har da også nogle papirer derhjemme.

Der står det.

Der står alkoholiker.

Det er ikke rart...

Det skal vel kaldes noget?

Der var engang,

hvor jeg sagde misbruger

MEN

så var der nogen, der ikke kunne lide det.

Peters tilknytning til sundhedscenteret

Jeg møder Peter på sundhedscenteret i Odsherred Kommune, som han har været tilknyttet i perioder gennem en årrække. Jeg møder Peter på et tidspunkt, hvor han netop er påbegyndt et nyt behandlingsforløb, da han er begyndt at misbruge alkohol igen. Peter er i slutningen af 40'erne, og har kæmpet med alkoholproblematikker de sidste 25 år af sit liv. Peter indleder vores samtale med at fortælle om, hvordan han er tilknyttet sundhedscenteret:

Michael: Kan du ikke fortælle om, hvordan du er tilknyttet her til misbrugscenteret?

Peter: Det er fordi, at jeg har det skide alkoholproblem, ikke.

Michael: Ja.

Peter: Jo, man kan vel godt sige, at jeg er det, man kan kalde for alkoholiker. Men det er jo sådan noget, som altid har været on and off, ikke. Så lige pludselig, så har jeg holdt det, altså hvor jeg ikke har drukket. Jeg har gjort det, mens jeg har fået antabus, og jeg har også gjort det uden antabus. Jeg kan ikke huske, hvornår jeg blev tilknyttet.

Michael: Så du er kommet her over en årrække?

Peter: Ja.

Michael: Og har brugt...

Peter: I starten var det kun Jens-Peter, at jeg snakkede med, og han kom også ud til mig. Jeg kom også på værestedet ude i Vig. Og nu er der kommet mere på.

(Interview Peter, 0:42- 1:52)

Peter anvender betegnelsen alkoholiker om sig selv, men fortæller, at det kun er i perioder, han misbruger alkohol. Han fortæller, at der er perioder, hvor han kan styre sit alkoholforbrug, og at der er perioder, hvor han ikke er afhængig af hverken antabusmedicin eller hjælp og støtte fra sundhedscenteret. Men der er også perioder, hvor hans alkoholforbrug løber løbsk, og hvor han mister kontrollen over det. Selvom Peters misbrug af alkohol ikke er konstant, vil han alligevel betegne sig selv som alkoholiker. Han fortæller:

Michael: Vil du bruge betegnelsen alkoholiker?

Peter: Ja, det bliver jeg vel nok nødt til, ikke? Fordi lige pludselig så kører den bare derud, ikke, og så stopper du jo ikke. Jo, jeg stopper jo altid af mig selv for lige pludselig, så går den ikke mere, så må du jo bare tage de dage, hvor du har det af helvede til. Ind i sengen og ligge, ikke.

Michael: Tænker du, at det er nok den betegnelse, jeg går under, eller er det... omverdenen...

Peter: Der er nogle gange... Det ved jeg altså ikke... For der er jo nogle gange, hvor jeg sagtens kan, for eksempel til en fest, hvor jeg godt kan drikke et par glas vin eller en øl. Og så er der ikke noget dagen efter. Så jeg ved sgu ikke lige, hvor jeg egentlig er henne, men jeg ved da, at der er nogen, der siger, at jeg er alkoholiker... og jeg har

da også nogle papirer derhjemme. Jeg tror de er fra Holbæk Sygehus. De er fra engang jeg var til afrusning. Der står det. Der står alkoholiker.

Michael: Ja, hvad tænker du om at få sådan en betegnelse sat på?

Peter: Det er ikke rart... Men altså når man er ude i det der... Det skal vel kaldes noget? Der var en gang, hvor jeg sagde misbruger. Men så var der nogen, der ikke kunne lide det.

Michael: Tænker du den er bedre, altså misbruger?

Peter: Ja, for jeg misbruger jo alkohol engang imellem eller nogle gange. Fordi lige pludselig så kommer du jo desværre for... Øh. Der går nogle dage, og lige pludselig må du ha' det, fordi ellers så får du abstinenser. Men det er jo ikke fordi, at jeg synes, at det er skide sjovt at sidde der med en flaske snaps. Det er fordi, at så kører det bare, øh, det hele. Det er jo så problemet. Men man kan jo også bare lade være med at gå ned og købe den første flaske snaps, ikke?

Michael: Ja, men det er det, der er så vanskeligt for dig?

Peter: Ja, jeg kan ikke sige hvorfor, men lige pludselig så gør det sådan her [kniptser], og så er jeg nede og købe en. Jeg aner ikke hvorfor. Så er det bare sådan... Men jeg sidder altid derhjemme, og jeg står ikke sammen med de der andre, for nu bor jeg i X (*bynavn anonymiseret*). Jeg bor ikke her, vel? Og i X (*bynavn anonymiseret*) nede ved Fakta og Brugsen, der er ikke nogen, der står. Det gør de jo så heroppe ved ALDI.

Michael: Ja, det er der, de hænger ud, kan man sige.

Peter: Ja, det kan man godt sige. Jeg kender jo så nogle af dem fra gamle dage, ikke. Dengang vi gik i byen. Det var før, det hele det eskalerede for nogle af os.

(Interview med Peter, 16:19 - 19:46)

Peter fortæller, at han vil betragte sig selv som alkoholiker, men fortæller samtidig, at han føler sig nødsaget til at anvende denne betegnelse, selvom han synes, at betegnelsen alkoholiker ikke er helt dækkende for hans forhold til alkohol. Det mener han ikke, den er, da der er perioder, hvor alkohol ikke er et problem for Peter, og hvor han kan styre og administrerer forbruget. I tekstuddraget ser jeg, hvordan kategoriseringen som alkoholiker bliver aktualiseret i en bestemt fortælling, der relaterer sig til en særlig episode, hvor betegnelsen alkoholiker bliver sat i relation til Peter. Aktualiseringen sker gennem en fortælling, som Peter skaber gennem en *I-for-others* relation. Peter tager herved udgangspunkt i sit eget *selvbillede*, hvor han ser og relaterer sin selvforståelse igennem den *andens* blik (Other). I denne specifikke *I-for-others* relation repræsenteres denne *anden* af Holbæk Sygehus. Peter (*gen*)fortæller og konstruerer herved en fortælling, hvor det er Holbæk Sygehus, som i et *I-Other* perspektiv, tilskriver Peter en betydning af at være alkoholiker. I denne fortælling er det Holbæk Sygehus, der i et udskrivningsbrev har anvendt termen alkoholiker om ham. Holbæk Sygehus får herved en konstituerende betydning for Peters selvforståelse, der endvidere kan anskues som en definitionsmagt. Holbæk Sygehus har som institution og autoritet

herved en udsigelseskraft til at give Peter denne betegnelse og derved indskrive ham i en specifik behandlingsdiskurs. I et Bakhtinsk perspektiv skaber denne fortælling en centralisering og en *stemme* i Peter, hvor der i en centripetal diskursivproces skabes en identitetskonstruktion ud fra en behandlingsspecifik diskursivramme. Det vil sige, at i et Bakhtinsk perspektiv konstruerer Peter en selvforståelse som alkoholiker, idet han skaber sin identitet som en *begivenhed*, der konstrueres på baggrund af en specifik fortællingen (jf. Bakhtins *I-as-an-event*). I denne fortælling konstruerer Peter et narrativ, hvor en specifik *anden* bliver betydningsgivende for, hvordan Peter forstår og kategoriserer sig selv i forhold til sit forbrug og misbrug af alkohol. Ud fra en forståelse af Foucault vil jeg ligeledes pege på, at denne identitetsdannelse kan anskues som en subjektivering, hvor definitionsmagten, som Holbæk Sygehus i denne fortælling er udøvere af, opstår i og med at Peter indtræder i et særligt diskursivt felt.

I tekstuddraget peger Peter også på, at han har det ambivalent med betegnelsen alkoholiker. Han introducerer herved en spænding og en konflikt i måden, hvorpå han relaterer sig til denne betegnelse. Det sker ved, at han fortæller, at betegnelsen alkoholiker ikke er dækkende for hans forbrug og misbrug af alkohol, da der er perioder, hvor han kan styre sit forbrug af alkohol. Betegnelsen og identitetsforståelsen som alkoholiker bliver herved konfliktfyldt for Peter, idet han egentlig foretrækker betegnelsen misbruger. I tekstuddraget nedenfor fortæller Peter om, hvordan betegnelsen alkoholiker bliver brugt om ham, i forbindelse med behandling på Holbæk Sygehus:

(...) men jeg ved da, at der er nogen, der siger, at jeg er alkoholiker... og jeg har da også nogle papirer derhjemme. Jeg tror de er fra Holbæk Sygehus. De er fra engang jeg var til afrusning. Der står det. Der står alkoholiker. (se tekstuddrag)

Peter konstruerer flere fortællinger, hvor han fortæller, hvordan han ser sig selv som enten forbruger eller misbruger af alkohol samt fortællinger om, hvordan der er andre, som vil betegne ham som alkoholiker. Disse forskellige og modstridende fortællinger skaber en spænding i forhold til, hvordan Peter konstruerer sin identitetsforståelse i sin adfærd med alkohol. I et Bakhtinsk perspektiv er disse forskellige fortællinger et udtryk for en multivoiced fortælling, hvor et flerstemmigt og multipelt *jeg* kan fortælle flere og modsatrettede fortællinger. Fortællinger hvor Peter både positionerer sig som alkoholiker samt andre fortællinger, hvor han indtager en position som forbruger eller misbruger af alkohol. Det spændingsmæssige forhold til identifikationen som alkoholiker kommer for eksempel til udtryk, idet Peter siger: "*Der var en gang, hvor jeg sagde misbruger. Men så var der nogen, der ikke kunne lide det*" (se tekstuddrag). Peter italesætter herved

selv denne spænding. Han fortæller, at han egentlig foretrækker betegnelsen misbruger, da det for ham er en mere dækkende betegnelse, men der er *andre*, som mener, at betegnelsen alkoholiker er mere dækkende. Peters ytring markerer en spænding i den selvforståelse, han konstruerer, hvilket sker ved, at han i en *I-for-others* relation kan fortælle om, hvordan han fremstår i *andres* øjne, og hvordan denne *anden* ser og opfatter ham som alkoholiker. I samme ytring sidestilles denne opfattelse med en ny fortælling. En fortælling hvor Peter i en *I-for-myself* relation kan fortælle om, at han egentlig opfatter sig selv som misbruger af alkohol frem for alkoholiker. Peters ytring rummer således flere fortællinger, da den indtager forskellige selvopfattelse omkring hans adfærd med alkohol. Ytringen viser desuden, hvordan denne spænding skaber en identitetsmæssige konflikt som aktualiseres i en forhandling og kamp mellem centripetale og centrifugale diskursive kræfter i og med, at der ikke findes en enkelt ytring eller et samlet narrativ, hvor Peter kan relatere og forstå sit hele *selv*. Jeg ser denne kamp som et udtryk for det dialogiske selvs konstante og dynamiske identitetsforhandlinger. På den ene side indskriver Peter sig i en særlig behandlingsmæssig diskurs og i et felt, hvor konstruktionen som alkoholiker skaber en specifik subjektivitetsforståelse hos Peter. På den anden side fortæller Peter eksempler på hverdagsfortællinger om sin relation til alkohol, hvor han i en *I-for-myself* relation konstruerer en selvforståelse som enten forbruger eller misbruger af alkohol. Ifølge Bakhtin skaber dette en dialogisk kvalitet for *selvet*, et multipelt selv, som derved er i besiddelse af en flerstemmighed, hvor forskellige ytringer og fortællinger lever og strides i et dynamisk forhold. Greg Nielsen opsummerer sprogets polyfoniske kvalitet sådan her:

Bakhtin argues that no living word relates to its object in a single way. The orientation of a word toward an object is not so much determined by the object's resistance, but more generally by the diverse orientations toward the object of other possible words and arguments. "Between word and object there is an elastic environment of other words about the same object, the same theme" (Bakhtin 1981, 276). (Nielsen 2002: 62)

Ud fra Nielsens citat vil jeg pege på, at Peters narrativ og selvforståelse er præget af elasticitet. Det ses ved, at der eksisterer flere modsatrettede ytringer og fortællinger, der skaber spændinger i forhold til, hvordan Peter forstår og relaterer til alkohol. Denne elasticitet og spænding kommer til udtryk ved, at Peter kan redegøre og fortælle forskellige handlingsbeskrivelser (acts), der alle omhandler en praksis med alkohol. Disse praksisfortællinger er karakteriseret af den førnævnte spænding, idet Peter kan fortælle historier om, hvordan han til tider mister kontrollen over alkoholen, og hvordan han også kan styre og kontrollere sit forbrug. Peter fortæller for eksempel:

(...) Der er nogle gange... Det ved jeg altså ikke... For der er jo nogle gange, hvor jeg sagtens kan, for eksempel til en fest, hvor jeg godt kan drikke et par glas vin eller en

øl. Og så er der ikke noget dagen efter. Så jeg ved sgu ikke lige, hvor jeg egentlig er henne, men jeg ved da, at der er nogen, der siger, at jeg er alkoholiker (...)
(Interview med Peter, 16:58-17:21)

I tekstuddraget forklarer Peter, hvordan han kommer i tvivl, når han skal sætte en betegnelse på sin omgang med alkohol. For Peter er det endvidere ikke entydigt, om han forbruger, misbruger eller er alkoholiker, da der i Peters narrativ er tilknyttet flere historier, som kan kobles til de forskellige betegnelser. Peter italesætter selv en konflikt og spænding, som i en Bakhtinsk optik kan belyses ved, at Peter på den ene side decentraliserer sig selv gennem relationen *I-for-others*, hvor han siger: ”*der er nogen, der siger, at jeg er alkoholiker*”. På den anden side centraliserer han også sig selv, når han positionerer sig *jeg* gennem en *I-for-myself* relation, idet han siger: ”*Så jeg ved sgu ikke lige, hvor jeg egentlig er henne*”. Jeg ser denne ytring som et udtryk for, at Peter har vanskeligt ved at legitimere sit misbrug af alkohol, da han gennem den *anden* kan se, at betegnelsen alkoholiker kan være relevant, når det kommer til at forstå hans forbrug. Peter markerer dog sin egen tvivl ved at fortælle om, at dette misbrug kun er i perioder. Denne spænding afspejler således en ambivalens og en konflikt, da Peter på den ene side kan retfærdiggøre sit periodiske misbrug, og på den anden side også kan se, at en tilværelse som alkoholiker ikke kan retfærdiggøres. Denne konflikt vil jeg udfolde yderligere i de følgende afsnit.

Restitution eller ”The new normal” som typologi

I narrativet fortæller Peter om, at det er vanskeligt for ham at placere en specifik etikette på sig selv, når det kommer til hans forbrug af alkohol. Han fortæller, at omverdenen nok gerne vil give ham betegnelsen alkoholiker, men fortæller samtidig, at han synes, at han afviger fra denne kategori og gruppe. Peters narrativ er centreret omkring det at leve med alkohol, det at forbruge alkohol og det at kunne styre sit forbrug i perioder. Peter taler sig dermed ikke entydigt ind i en af Franks typologier for sygdomsfortællinger. Men da Peters narrativ handler om et periodisk misbrug, vil jeg pege på, at Peters sygdomsfortælling antager en mere cyklisk form, som indskriver sig i det, som Frank betegner som et *restitutions* narrativ. Hyden og Brockmeier parafraserer Franks *restitutions* narrativ sådan her:

A restitution narrative depicts illness as a temporary and limited impairment or affliction; the afflicted individual is positioned as the same person as before the onset, and when the illness has passed or the patient is in remission, he or she is expected to return to their former levels of functioning. On this account, then, being ill does not alter the identity of the ill person. (Hyden & Brockmeier 1998: 5)

Jeg mener som sagt, at Peters narrativ indskrives sig i restitutionstypologien, idet han italesætter alkoholen som en periodemæssig sygdom. Peter rammes af perioder med misbrug, hvor hans nærmeste, misbrugskonsulenterne på sundhedscenteret og den praktiserende læge får hovedrollerne i hans fortælling. Det gør de, da det er dem, der yder den livsnødvendige støtte, står for afrusning og hjælper med at forberede ham på en ny alkoholbehandling. Peters narrativ taler sig herved ind i typologien for et restitutions-narrativ, da misbrug af alkohol her ses som noget midlertidigt, hvorefter han kan vende tilbage til sin normale funktionsevne og dagligdag. Restitutions-narrativet og denne form for typologi fylder dog ikke hele Peters fortælling, da der er flere historier i fortællingen, som hver især har indvirkning på, hvordan Peter konstruerer sin identitetsforståelse og skaber mening og sammenhæng i sin sygdomsfortælling. Frank peger på, at et restitutions-narrativ ofte er forbundet med det samme identitetsbillede, som gør sig gældende før, under og efter sygdomsforløbet. Herved adskiller Peters narrativ sig fra en restitutions-typologi, da Peter fortæller flere modsatrettede fortællinger om sit alkoholforbrug. I nogle situationer betragtes alkoholen som en sygdom, han skal have hjælp til at behandle, og i andre situationer betragtes alkoholen som en støtte, hvilket kommer til udtryk, når Peter italesætter følelsen af at være psykisk sårbar. Det skaber en kontrast i Peters narrativ, som gør, at det ikke entydigt indskrives sig i et restitutions-narrativ.

”The new normal”

Peters narrativ indskrives sig ikke entydigt i nogle af Franks typologier for sygdomsfortællinger, men kommer dog tættest på restitutions-typologien, da Peters sygdomsfortælling har en mere cyklisk form, fordi alkohol kun er et problem i perioder. Jeg vil derfor argumentere for, at for at forstå Peters narrativ ud fra en typologi af en sygdomsfortælling, giver det mening at redefinere restitutions-typologien. Jeg henter derfor inspiration fra Lynn Harter, som forsker i sygdomsfortællinger (Harter 2013). Harter har i sin narrative tilgang og forskning fokus på omskifteligheder i sygdomsnarrativer, idet hun ser på, hvordan patienter foretager livsomstillinger i forbindelse med sygdom, så de lærer at leve *med* deres sygdom. Harters forskning omkring narrativer er rettet mod patienter med kronisk sygdom, og særligt kræftramte børn, idet hun undersøger, hvordan de konstruerer narrativer om livet med sygdom (Harter 2013).

Peters narrativ er karakteriseret ved, at det ikke er fortalt ud fra en fortælleramme af en lineær sygdomsfortælling om helbredelse. Jeg forstår en lineær sygdomsfortælling om helbredelse som værende inddelt i perioder, som markerer en kronologi, der bevæger sig over følgende perioder; rask -> syg -> behandling -> rask. Peters fortælling følger ikke dette mønster, medmindre den

anskues som et kontinuerligt mønster og derved som en gentagende cyklisk begivenhed. Med inspiration fra Harter vil jeg i stedet for pege på en typologi af en sygdomsfortælling, der er inspireret af de patienters narrativer, som lever med og takler kroniske sygdomme. I en sådan fortælling peger Harter på, at håbet om helbredelse ikke er entydigt. For nogle handler det om at danne overlevelsesteknikker, hvor der opbygges erfaringer, som kan høstes i de dårligere perioder af sygdomsforløbet. Harter kalder denne typologi for new normal, da det handler om at tilpasse sig et liv med sygdommen. Harter har videreudviklet denne typologi med inspiration fra blandt andre Arthur Frank og Arthur Kleinman. Harter definerer typologien om The new normal således:

(...) faced with novel, uncertain, and difficult situations, individuals can draw on narrative resources in their surrounding to (re)act and imagine new normals. Too often we wait for life to return to "normal", holding on to what used to be. The challenge is to envision otherwise in light of current exigencies. Imagining new normals requires an aesthetic spirit. Narrators focus attention on experience and interpret it, creating a representation from raw experience. (Harter 2013:14)

Harter peger på, at det der kendetegner sygdomsfortællinger for patienter, som kæmper med kronisk sygdom, er, at disse fortællinger ikke entydigt er orienteret imod helbredelse. Det der i stedet er i centrum er ens forestillingsevne. En skabelse af narrative ressourcer, der kan give fortælleren og patienten mulighed for at skabe et nyt liv med sygdommen, en såkaldt new normal. En new normal hvor sygdommen bliver en del af dagligdagen, som man både reagerer og handler på baggrund af, og man med tiden lærer at leve med. De narrative ressourcer som aktualiseres i en sådan fortælling er, ifølge Harter, knyttet til de tillærte teknikker og de erfaringer, hvorfra man lærer at omstille sig og leve i denne new normal. Jeg ser, at der er en direkte forbindelse til en forståelse af sygdomsfortællinger som en new normal, og til det narrativ, som Peter fortæller. Det kommer til udtryk, da Peters narrativ ikke er en typisk lineær sygdomsfortælling, som er orienteret imod helbredelse. Som nævnt antager Peters narrativ en mere cyklisk karakter, hvor alkoholen får en rolle som både en med- og modspiller, alt efter hvilken periode og situation Peter befinder sig i. Han siger for eksempel:

Michael: Du siger, at det kan betegnes som en behandling, at du går her, så hvad er målet for behandlingen?

Peter: Altså målet er jo, at man ikke drikker, men øh, jeg vil altså sige her, at det er en støtte, at der er nogen, der gider, og nogen der tager sig af det og ikke bare siger, at du kan gå ud på bænken, og det ville så være det.

Michael: Så målet er ikke den totale afrusning, så at sige, men at man har støtten?

Peter: Ja nemlig, for det har sgu meget at sige. At man ved, at man kan snakke med nogen, der har noget forstand på det. Altså de har ikke prøvet det selv, men det må være meget godt for dem. Og så ved jeg, at det ikke er alle, der vil komme herop, for

nu kan man se dernede ved ALDI for eksempel, der står hele rækken. Ej, der er tyndet ud i dem, ikke. Det bliver der efterhånden, for lige pludselig så siger det farvel, ikke?

Michael: Hvad tænker du om det?

Peter: Det er jeg også begyndt at tænke lidt på, for nu fik jeg snakket med en af mine gamle arbejdskolleger, og han er også i den, ikke. Og der var også nogle, der var stået af, og så var der en anden en som mig, som Jens-Peter også kender, og han er sgu også død. Så jah... Jeg ved det godt.

Michael: Og det er noget, der ligger og spøger?

Peter: Ja. Det er det begyndt med nu, for det gjorde det altså ikke førhen, og nu er jeg begyndt at tænke lidt på det. Altså lige pludselig, hvis du forsætter, så ved du godt hvad der sker.

(Interview med Peter, 6:55-8:41)

Peter fortæller i tekstuddraget, at det ikke er målet helt at stoppe med at drikke alkohol. Peter misbruger alkohol i perioder, og det er i de perioder, han har brug for hjælp og støtte til at klare sig igennem. Peter skelner således imellem at forbruge og misbruge alkohol, og så helt at kvitte alkoholen, hvor det sidste ikke italesættes som en mulighed. Peter forklarer, at han i de perioder, hvor han misbruger alkohol, er afhængig af sine nærmeste og af de fagprofessionelle på sundhedscenteret, som for en tid kan hjælpe og støtte ham. Peter positionerer sig herved i relation til *dem*, der konstant misbruger alkohol. Ifølge ham er det dem, som opholder sig ved ALDI, der repræsenterer de "rigtige" alkoholikere, da de helt har overgivet sig til deres misbrug. Peter skelner herved imellem *dem* og *ham*, hvor forskellen er, at han selv søger behandling og tager kontakt til sundhedscenteret, når han er inde i en periode med misbrug. I et Bakhtinsk perspektiv aktualiseres disse *andre*, de "rigtige" alkoholikere, som en del af Peters I-Other, og bliver herved nogle, som han, igennem sin fortælling, kan positionere sig i forhold til. Ved denne positionering skaber Peter samtidig en identitetsforståelse, som for ham adskiller sig fra dem, der står og drikker ved ALDI. Derved adskiller han sig også fra betegnelsen alkoholiker, da hans praksis med alkohol er anderledes end deres. Peters narrativ er på den måde konstrueret i rammen af I-Other, hvor han konstruerer en selvforståelse, der adskiller hans periodiske misbrug af alkohol fra dem, der søger fællesskabet og helt har overgivet sig til deres misbrug. Denne dialogiske relation mellem I-Other, hvor Peter producerer sin fortælling, kan yderligere forstås som en dialogisk relation imellem *krop* og *sted*. Jeg vil i den forbindelse hente inspiration fra en Deleuziansk krop/landskabsrelation. Det vil jeg, idet jeg vil pege på, at Peter igennem I-Other relationer markerer en forskel på *ham* og *dem*, som kommer til udtryk i en bestemt krop/landskabsrelation (Davies 2000, Deleuze & Guattari 1987). Det sker ved, at Peter fortæller, at de rigtige alkoholikere opholder sig ved ALDI, hvilket

står i kontrast til Peters periodiske misbrug, som foregår derhjemme, indtil han søger behandling. Peter markerer herved en demarkationslinje, der er forbundet med et særligt landskab (et sted), hvilket optegner hvorledes Peters misbrug adskiller sig fra deres. Peter siger for eksempel: ”Og så ved jeg, at det ikke er alle, der vil komme herop, for nu kan man se dernede ved ALDI for eksempel, der står hele rækken” (se tekstuddrag). Peter italesætter her denne krop/landskabsrelation, som markerer, at der er forskel på ham, som er tilknyttet sundhedscenteret og i behandling, og på de *andre* der står og drikker ved for eksempel ALDI.

Peter opstiller andre, lignende eksempler på, hvordan han adskiller sig fra gruppen af alkoholikere. Jeg ser disse fortællinger som eksempler på, hvordan Peters narrativ kan kategoriseres som en new normal fortælling. Fortællingerne er eksempler på, hvordan Peter mobiliserer narrative ressourcer og teknikker for at undgå at blive en del af et særligt *landskab* og dermed en bestemt gruppering. Peter fortæller:

Peter: Jeg har en jolle liggende nede i havnen, og der er jo et klubhus, og jeg kan godt fortælle dig, at der ikke er mange af dem, som der er ude at sejle. De sidder derinde og drikker bajer. Jeg kommer ikke derind. Og også i nogle af husene, der sidder de også. Og er du sindssyg, der var en dag, hvor der kom en bil med en trailer, og den var fuld af øl. De blev båret ind i det ene hus, og der er et andet hus, hvor de sidder. Det er jeg heller ikke rigtig med i det der. Jeg kender nogen derude, som jeg gider at snakke med. Og det er dem, der sidder og drikker kaffe derude om sommeren ved bænken.

Michael: Så du ved, at du skal passe på lige der eller...?

Peter: Jeg skal ikke passe på, for jeg vil ikke. Det er så nemt.

Michael: Ja. Det handler så om, at det siger du fra over for.

Peter: Ja. Jeg har aldrig været ude at sejle, når jeg har fået noget af drikke, så dum er jeg altså ikke.

(Interview med Peter, 8:42 – 9:45)

I tekstuddraget positionerer Peter sig igen op imod den gruppe, som har en anden adfærd omkring alkohol end ham selv. I tekstuddraget mobiliserer Peter nogle narrative ressourcer, der viser, hvordan han trækker på nogle erfaringer og teknikker, så han kan undgå denne gruppe. Jeg tolker Peters sidste ytring i dette tekstuddrag som et udtryk for en indre kamp og en varsomhed, idet han fortæller, at han aldrig drikker, når han for eksempel er ude at sejle. Ytringen signalerer for mig en indre kamp om kontrol, da han er klar over, at hans periodiske misbrug nemt kan tippe over til et fuldtidsmisbrug. Det vil medføre, at han bliver en del af den gruppe alkoholikere, som han forstår og positionerer sit misbrug op imod. Der er således en bevidst strategi og bagtanke forbundet med,

hvor Peter færdes, og hvem han vil associeres med. Jeg ser dette som et udtryk og et ønske om at tage kontrollen over alkoholen og som en bevidst strategi for, at Peter kan styre sit forbrug af alkohol.

Måden hvorpå Peter konstruerer sin identitet og skaber mening bliver dermed skabt i relation til nogle *andre*, som for Peter udgøre en gruppering, der opholder sig ved ALDI eller i bådhuset på havnen. De er for Peter de ”rigtige” alkoholikere, og det er således i deres praksis med alkohol, at Peter kan skabe betydning af sin egen praksis og derved konstruere sin identitet. Peters relation til gruppen vidner ligeledes om en teknik og strategi, hvor han bevidst søger at undgå at blive en del af den og derved også kategorien alkoholiker. Kategorien alkoholiker aktualiseres gennem Peters fortælling på en måde, hvor den knyttes til et særligt fællesskab og til nogle bestemte steder i byen. Selvom Peter fortæller, hvordan han bevidst undgår disse grupperinger, så kan Peter, i et Bakhtinsk perspektiv, ikke undgå denne andethed eller disse grupperinger. Relationen er allerede skabt i og med, at Peters fortælling er produceret i netop det spændingsforhold af I-Other, hvor Peter fortæller og konstruerer et jeg, som står i modsætning til den gruppe (*den anden*), der misbruger alkohol. John Shotter skriver, hvordan en *andethed* altid er og vil være tilstede i måden, hvorpå vi konstruerer mening, og dermed skaber sociale verdener. Shotter skriver:

But if people are not simply putting their ideas into words, what can they be said to be doing in their talk? Primarily, I suggest, they are materially responding to each other's utterances in an attempt to link their practical activities with those of the others around them; and in these attempts at coordinating their activities, people are constructing one or another kind of living social relationship. (Shotter 1997: 11)

Peter konstruerer i sit narrativ nogle fortællinger, der rummer teknikker og en selvstyring, så Peter aktivt positionerer sig, og derved adskiller sig fra en bestemt gruppering. Peter fortæller, at det skyldes, at han ikke er interesseret i at skabe en relation mellem dem og ham. Ud fra Shotters perspektiv er denne relation dog allerede formet og tilstede i Peters fortælling. Det kommer til udtryk i måden, Peter italesætter gruppen på, og i måden han beskriver, hvordan deres praksis med alkohol adskiller sig fra hans egen. I et Bakhtinsk perspektiv kan Peter ikke undsige sig denne gruppe eller adoptere teknikker, så han aktivt kan undgå at komme i kontakt med gruppen. Disse *andre* og denne gruppering er allerede en del af Peter, idet de aktualiseres igennem hans fortælling, som det Bakhtin vil kalde *inner-Others*. Her aktualiseres disse *andre* som *stemmer*, der kolliderer i Peter i en arena, hvor de på den ene side udgør en gruppering med en adfærd, som Peter ikke ønsker at være en del af. På den anden side legitimerer disse *stemmer* også en norm og en adfærd omkring alkohol, som han i perioder selv kæmper med at kunne retfærdiggøre.

Opsamling

Peters narrativ er karakteriseret ved, at det ikke entydigt indskrives sig i, hvad Frank betegner som typologier for sygdomsfortællinger. Det sker, fordi Peters narrativ ikke entydigt er orienteret imod helbredelse, da alkoholen i perioder også italesættes som en nødvendig støtte for Peter. Peter fortæller selv, at målet med behandlingen på sundhedscenteret ikke er en total afrusning, men snarere at få støtte når hans misbrug i perioder eskalere og tager overhånd. Jeg betegner derfor Peters sygdomsfortælling som en *new normal* typologi, idet han kæmper med at kunne legitimere sit periodiske misbrug. Peters fortælling rummer her en spænding i forhold til at kunne legitimere sit misbrug, da han oplever, at omverdenen opfatter ham som alkoholiker og misbruger. Fortællingen er her karakteriseret ved, at Peter opstiller nogle praksisbeskrivelser, som betyder, at han adskiller sig fra bestemte grupperinger af alkoholikere. Derved forsøger han at distancere sig fra denne kategorisering.

Bentes fortælling

Jeg vil i de følgende afsnit præsentere en analyse af Bentes fortælling. Bentes fortælling adskiller sig fra de andre sygdomsfortællinger, da hendes narrativ udgør en pårørendefortælling. Bentes fortælling relaterer sig direkte til Peters sygdomsfortælling, da Bente er Peters søster. I de følgende afsnit beskriver Bente sine oplevelser med Peters kamp mod alkoholmisbruget.

Jeg vil indlede min analyse af Bentes pårørendefortælling ved at præsentere nogle fortætninger af hendes fortælling.

Alkohollement

Hvad er der galt med ham?

Vi andre vil jo sige

maniodepressiv.

Det jo det han viser.

Det jo det der sker.

Han kan ingenting.

Han tømmer ikke postkassen.

Hvis telefonen går ud,

så kan han ikke

aktivere den.

Hvad er der galt med ham?

Han kan ingenting.

Han bliver det,

jeg kalder for

alkohollement.

Han kan kun

lige nøjagtig

vade af sted.

I retning

mod de to flasker sprut

Mere hjælp, tak.

Når han har det dårligt,

så er jeg jo støtten.

Det er mig,

der sørger for alt.

Al kommunikation.

Vi har jo banket i bordet.

Vi har været ved egen læge.

Vi har prøvet at få ham henvist.

Han var indlagt.

Men så vaffer de ham

ud igen.

Da de havde afruset ham.

Kunne han bare gå hjem.

Effexor,

Cipramil.

Egen læge tog det fra ham igen.

Han var ved at udvikle en psykose med det.

Der er jo slet ingen opfølgning

på det medicin.

Familien

Han kan jo ikke forstå,
at vi snart gerne vil have
nogle ændringer på det.
Han skulle have startet en afrusning.
Hjemme hos os.
Det var 14 dage siden,
men det ville han så ikke.
Han røg på mig.
Aggressiv.
Især over for mig.
Han slog mig.
To gange.
Politiet måtte køre ham hjem.
Far er slidt.
Min søster har det dårligt.
Hendes drenge siger,
at morbror ikke er
morbror mere.
Det er virkelig hårdt at se på.

En pårørendes fortælling og perspektiv

I forlængelse af min samtale og interview med Peter på sundhedscenteret, foretog jeg også et interview med Peters søster Bente. Bente har været en aktiv del af Peters kamp med alkoholproblematikker igennem de sidste 25-30 år. Denne fortælling og analyse adskiller sig som sagt fra de andre narrative analyser, da Bentes fortælling ikke kan karakteriseres som en sygdomsfortælling. Derimod belyser analysen, hvordan pårørende også er påvirket og inddraget i et sygdoms- og behandlingsforløb.

Da Bentes fortælling ikke kan karakteriseres som en sygdomsfortælling, taler den sig ikke ind i det, som Frank forstår som en typologi af en sygdomsfortælling. Jeg vil i denne analyse derfor introducere, hvad jeg vil betegne som en vidne og indsigts-typologi, hvor jeg undersøger, hvordan en pårørende skaber mening og sammenhæng i forhold til at forstå en nær relations behandlings- og sygdomsforløb.

Fortællinger fra midt i kaosset

Som sagt har Bente været en del af Peters kamp med alkoholproblematikker igennem en lang årrække. Hun har oplevet, hvordan behandlingssystemet ikke har taget Peters kamp mod sin sygdom alvorligt, hvilket har medført, at familien ikke længere tror på, at behandlingssystemet kan hjælpe Peter ud af det periodiske misbrug. Det har ført til, at familien i samarbejde med den praktiserende læge og med hjælp og støtte fra sundhedscenteret i Odsherred Kommune selv står for afrusning og de indledende behandlingsskridt, når Peter føler sig klar til at påbegynde en alkoholbehandling. Bente fortæller:

Michael: Ja, og du har selvfølgelig været en aktiv part og været med gennem de sidste mange år?

Bente: Ja. Mange år. Jeg har jo hjulpet mor, og det er over 30 år siden, det gik galt for ham første gang. Så det var jo mor eller far i starten, så jeg er kommet til senere fordi altså, at det var ligesom om, at far blev syg og gik på pension for 22 år siden. Så var det mor og jeg, der tog slæbet, indtil hun så ikke kunne mere og døde for 4 år siden. Ellers så har jeg jo stort set været med aktivt de sidste 15 år i hvert fald.

Michael: Hvordan har det været?

Bente: Det har været meget, meget, meget frustrerede for at sige det mildt.

Michael: Ja.

Bente: Fordi der er jo ikke nogen steder man som aktiv alkoholiker, og her tænker jeg i selve drukfasen, hvor man kan komme ind nogen steder mere til hverken afrusning eller behandling.

Michael: Nej.

Bente: For i Peters tilfælde der er det ikke bare alkohol, fordi man har lyst til at drikke. Det er, fordi at man er blevet bange og nervøs for et eller andet. Eller er gået i depression, at man så er begyndt at drikke som en erstatning. En selvbehandling, ikke. Og så accelererer det, ikke, for så er det spørgsmålet om, hvad der kom først hønen eller ægget, ikke? Er det sprutten eller er det angst og bange, som vi siger.
(Interview med Bente, 0.14,7 - 1:42,6)

Bente mener, at Peters alkoholmisbrug skal ses i lyset af en psykisk sårbarhed, som i perioder overmander ham. Alkoholen er i den forbindelse en form for selvmedicinering, der lindrer for en periode. Familien og Bente betegner det som ”angst og bange”, når de skal sætte ord på, hvad det er, der pludselig udløser og starter en periode med misbrug. Bente fortæller, at familien står magtesløs da disse perioder med intensivt misbrug kan komme ud af det blå. Bente og familien synes desuden, at de står alene i de perioder, da de ikke oplever, at der er nogle behandlingsmæssige foranstaltninger, som kan tage sig af Peter, når han er i misbrugsfasen. Her efterlyser de især hjælp til afrusning, men også en instans som modsat en ambulans behandling kan tage vare på Peter i en periode, da familien oplever, at Peter bliver utryg og bange, og derefter isolerer sig med sit misbrug.

I Bentes fortælling kommer det til udtryk, at hun ikke mener, at behandlingssystemet er skruet sådan sammen, at det er i stand til at hjælpe og behandle en person som Peter. Denne ”hønen eller ægget” problematik, som familien kalder den, oplever Bente blandt andet ved, at det tværfaglige samarbejde på tværs af distriktspsykiatri og misbrugsbehandlingen i kommunen ikke er godt nok. Det betyder blandt andet, at Peter først skal have behandling for sit alkoholmisbrug, før man kan udrede og behandle eventuelle psykiske lidelser og sårbarheder. Familien oplever, at disse to problematikker ikke kan adskilles, da det ofte er den psykiske sårbarhed, og det Bente betegner som ”angst og bange”, der er grunden til, at Peter påbegynder en periode med misbrug.

Denne problematik er også velkendt hos sundhedsadministrationen i Region Sjælland, hvor den refererer til en problematik, der betegnes som udfordringer med de såkaldte ”dobbeltdiagnosepatienter”. Region Sjælland påbegyndte i 2012 en indsats for at forbedre samarbejdet omkring dobbeltdiagnosepatienter i regionen, hvor indsatsgruppens arbejde skulle arbejde hen imod en løsning og revurdering, der skulle udmøntes i de kommende sundhedsaftaler for 2015-2018. Problematikken omkring dobbeltdiagnosepatienterne er således velkendt, hvilket

psykiatriplanen for 2008 også vidner om. I psykiatriplanen for Region Sjælland (2008) står der følgende:

Patienter med et alkoholmisbrug har traditionelt været en patientgruppe, hvor ansvaret for afgiftning og abstinensbehandling har været uklart. Denne situation ønskes ændret ved, at der mellem psykiatri og somatik aftales retningslinjer for, i hvilke situationer de pågældende patienter skal behandles i henholdsvis psykiatri eller somatik. (Psykiatriplanen 2008: 21)

og

Patienter med dobbeltdiagnose, hvilket betyder, at patienten har en alvorlig sindslidelse tillige med et alvorligt misbrug. Ifølge lovgivningen har kommunerne pligt til at tilbyde vederlagsfri behandling for stof- og alkoholmisbrug. Det er imidlertid veldokumenteret at psykiske lidelser og misbrug er en problemkombination, der forekommer hyppigt. For at modvirke, at dobbeltdiagnosepatienterne falder »mellem to stole«, og at der opnås dårlige behandlingsresultater på begge felter, er der i sundhedsaftalerne aftalt et samarbejde omkring indsatsen for denne patientkategori. Samarbejdet skal følges og eventuelt revurderes i forbindelse med revisionen af sundhedsaftalerne. (Psykiatriplanen 2008: 22)

Jeg vil pege på, at både Peters og Bentes fortællinger påvirkes af sundhedssystemets udfordringer vedrørende behandling af dobbeltdiagnosepatienter. Det gør de, da Peters og Bentes fortællinger kobler sig til en politisk institutionel kontekst, hvor Peter som ”doppeltdiagnosepatient” oplever ikke at få adgang til psykiatrisk behandling med medmindre, at han er afruset.

Ifølge både sundhedsadministrationen i Region Sjælland og psykiatriplanen fra 2008 refereres og betegnes udfordringerne ved behandling af disse dobbeltdiagnosepatienter, som: De ”falder mellem to stole” i sundhedssystemet. Jeg vil pege på, at betegnelsen om at dobbeltdiagnosepatienter ”falder mellem to stole” er forbundet med nogle systemiske konstruktioner af sygdom, der virker polariserede, da der fastholdes et stærkt monofagligt blik og perspektiv frem for et holistisk. Science and Technology Studies (STS) har for eksempel udmærket sig ved at undersøge de sociale processer, hvor videnskab og teknologi sam-konstruerer, hvad der kan betegnes som viden (se Law, Mol & Callon). STS forsker Tiago Moreira (2011) peger for eksempel på, at der eksisterer *standards*, som er måden, hvorpå viden er konstrueret og *enacted* i det britiske sundhedsvæsen og i sundhedsplejen. I sin undersøgelse bruger Moreira termen *politics of singularities* om, hvordan det britiske sundhedsvæsen er opbygget og konstrueret på baggrund af en række forskellige, naturvidenskabelige og medicinske specialer og specialiseringer. Disse specialiseringer har, ifølge Moreira, til opgave at indfange det unikke og singulære, hvormed der konstrueres en form for *health care standards*. Disse standarder er således udgangspunktet, når en sygdom skal diagnosticeres og behandles. Noget forsimplet og med andre ord svarer det til, at for at bedømme om et ben er brækket, holdes benet op imod den videnskabelige konstruktion af et brækket ben,

altså en *standard* for knoglebrud i benet. Der eksisterer således en *standard*, når det kommer til at diagnosticere, og deraf eksisterer der en *standard*, når det kommer til den efterfølgende behandling og pleje. Moreiras pointe er, at når der konstrueres og handles på baggrund af disse standarder i sundhedsvæsenet og sundhedsplejen, så er der tale om en *politics of singularities*. Det betyder også, at eftersom der handles på baggrund af disse *politics of singularities*, så kan der tales om en ideologi i sundhedsvæsenet, hvor specialiseringer skaber nogle standarder, der kun evner at favne det partikulære og unikke. Moreira mener, at denne entydige orientering og fokusering på disse standarder også skaber ekskluderende standarder (Moreira 2011). Det betyder i en dansk kontekst, at der skabes nogle ekskluderende standarder i måden, hvorpå vi behandler borgere, som lider af både psykiske lidelser og alkoholproblematikker. Det sker for eksempel ved at disse såkaldte ”dobbeldiagnosepatienter” ikke ”falder mellem to stole”, men i stedet for falder mellem to standarder for sygdomsbehandling og pleje. Derved bliver de ofre for nogle ekskluderende standarder i måden, hvorpå borgere med psykiske lidelser og alkoholproblematikker behandles. De ekskluderende standarder skabes i og med, at dobbeldiagnosepatienter ikke entydigt lever op til de standarder, der er forbundet med behandlingen af psykiske lidelser. Deres misbrugsproblematik konstruerer en anden form for standard, som påkræves en anden form for behandling før den psykiske lidelse kan blive udredt og behandlet. Man kan derfor tale om, at der i konstruktionen af sygdomsstandarder i sundhedsvæsenet skabes behandlingspraksisser, som udelukker og virker ekskluderende for de borgere, der ikke lever op til det partikulære og unikke, som kendetegner en specifik sygdom, altså en standard. Borgere med alkoholproblematikker og en psykiske lidelse er således offer for *politics of singularities*, idet en monofaglig behandlingskultur ikke kan rumme begge standarder i ét samlet, tværfagligt behandlingsperspektiv og i en samlet behandlingspraksis. Jeg vil i den forbindelse yderligere pointere og understrege, at der i konstruktionen og i selve betegnelsen af en ”dobbeldiagnosepatient” konstrueres endnu en standard, som derved cementerer et monofagligt behandlingsregime.

Bentes fortælling om sine oplevelser med Peters sygdoms- og behandlingsforløb kan siges at være et produkt af de tværfaglige udfordringer, der opstår i forbindelse med behandlingen af dobbeldiagnosepatienter. Jeg ser samtidig Bentes og familiens frustrationer over den manglende behandlingsindsats af Peter, som et udtryk for at de ser, at den herskende monofaglighed på dette område hverken kan se eller anerkende Peters sundhedsproblematikker. Det kan de ikke, da Peter som potentiel dobbeldiagnosepatient falder mellem to standarder. Det vil sige, at Bentes frustrationer herved kan kædes sammen med den systemiske, diskvalificerende behandlingspraksis,

som er forbundet med behandlingen af borgere med alkoholmisbrug, der samtidig kæmper med en psykisk lidelse. Denne systemiske, diskvalificerende behandlingspraksis opfattes af Bente som en personlig diskvalificering, idet den skaber en marginalisering af Peter, da sundhedsvæsenet ikke kan rumme Peters sygdom eller anerkende familiens behov for hjælp og støtte. Dette er en pointe, som jeg vil folde yderligere ud i de næste afsnit.

Den pårørende som støtte og bindeled til omverdenen

Bentes og familiens frustrationer over Peters sygdoms- og behandlingsforløb bliver tydelige, idet det står klart, at der må være en psykologisk faktor og en sårbarhed tilstede i Peters misbrug. Bente er overbevist om, at det er den psykiske sårbarhed hos Peter, der er udslagsgivende for hans alkoholmisbrug. Problemet er, at familien ikke oplever, at de får den nødvendige opbakning eller mulighed for at få Peter udredt og dermed behandlet. Bente fortæller:

Michael: Ja. Er det et særtilfælde, fordi man også har noget psykisk med her, eller tror du det...

Bente: Tror det gælder for mange. Men for Peter der er det noget psykisk, men han kan jo ikke blive diagnosticeret ordentligt, for man vil jo ikke røre ved ham, fordi han er aktiv, når han drikker. Derfor kan han ikke blive diagnosticeret for at finde ud, hvad det er, der er galt med ham. Vi andre vil jo sige, at det er det, som man tidligere kaldte for maniodepressiv. Det er i hvert fald den adfærd, han viser, inden han falder i flasken, ikke altså.

Michael: Hvordan har I arbejdet med det med, at I ikke har kunnet få en diagnose på det psykiske?

Bente: Vi har jo slået i bordet og været hos egen læge, som så også har prøvet at få ham henvist, men lige så snart det så er noget med..., nej, han var indlagt. Sidste gang han var rigtig indlagt psykiatrisk, det er nok snart 10 år siden. Så blev han så vaffet ud, da de så havde afruset ham og givet ham nogle Cipramil, og så skulle han så..., nej han fik også nogle Effexor, ja. Så kunne han bare gå hjem med det. Og gå til egen læge næste gang der var noget. Ja, så lukkede den afdeling så derude og flyttede mandskabet til Kalundborg. Han var så på de der Effexor i meget lang tid, indtil han følte sig sådan lidt dum, og så kom han op til egen læge, som havde en vikar på, og som så tog det fra ham med det samme, fordi han var ved at udvikle en psykose med det, altså. Der er jo slet ingen opfølgning på det medicin, de får.

Michael: Som de får hvorfra... tænker du?

Bente: Fra psykiatriens side, altså. Et eller andet sted, så ved de jo godt i systemet, at Peter har fået udskrevet så og så meget. Han burde jo faktisk havde været indkaldt til en eller anden opfølgning, men nej.

Michael: Ja, så det medicin det køre bare.

Bente: Ja.

(Interview med Bente, 4:06 - 6:45)

Eksemplet viser, hvordan Peter indskrives i kategorien som dobbeltdiagnosepatient og hvordan han ”falder mellem to stole”, som det står anført i psykiatriplanen. Eksemplet illustrerer også et manglende tværsektorielt samarbejde og manglende opfølgning på medicinering. Medicineringen af Peter viser sig på et senere tidspunkt at blive kritisk for ham, da han begynder at respondere negativt på medicinen og ændrer adfærd. Bentes fortælling handler herved om de udfordringer, belastninger og omkostninger, som hun, som pårørende, er udsat for. Det er nogle omkostninger som gør, at Bente og familien må varetage nogle behandlingsfunktioner, som hun mener, kræver en faglig ekspertise, og derved ikke skal være de pårørendes ansvar.

I forbindelse med Peters sygdomsforløb agerer familien både støttepersoner, tovholdere på møder, ansvarlige for at finde behandlingstilbud samt står for afrusningen i deres eget hjem. Bente fortæller følgende om de pårørendes rolle og indsats:

Michael: Hvad betyder det her for dig som pårørende? Du siger, at det er frustrerede, og jeg kan godt fornemme det med dine beskrivelser her, men hvor meget føler du, at du er inde over som støtte?

Bente: Når han har det dårligt, så er jeg jo støtten. For det er mig, der sørger for al kommunikation. Han tømmer ikke postkassen, for det kan han ikke. Jeg har været nødt til... På det senere har jeg altså været nødt til at trække mig ud, for jeg kan ikke blive ved. Det slider meget på mig efterhånden.

(Interview med Bente, 10:27 – 11:08)

Og

Bente: Han kan ingenting, hvis hans telefon går ud, så kan han måske finde ud af at lade den op, men han kan ikke huske, hvilken kode han skal bruge for at aktivere den.

Michael: Nej.

Bente: Han bliver det, jeg kalder for alkoholment, for han kan ingenting. Han kan lige nøjagtig vade af sted i retning mod den ene eller de to flasker sprut om dagen.

Michael: Ja.

Bente: Det er virkelig meget, meget hårdt at se på. Især fordi at han inden for de sidste par år er blevet meget aggressiv, og især over for mig. Her sidste gang, det var for 14 dage siden, der røg han jo på mig og slog mig to gange.

Michael: Okay.

Bente: Vi måtte have politiet til at køre ham hjem til sig selv. Der skulle han egentlig have startet en afrusning hjemme hos os, men det ville han jo så ikke, da det kom til stykket. Far er jeg trods alt 81 og temmelig slidt efterhånden, så det duer altså ikke. Min søster har det dårligt helbredsmæssigt, både psykisk og fysisk, og hun har sagt, at

hun ikke vil mere. Men hendes drenge på X og X [anonymiseret] er også begyndt at sige, at morbror er ikke morbror mere.

Michael: Ja, det er barskt. Det kan jeg godt forstå.

Bente: Det er ligesom, at Peter ikke kan forholde sig til, at vi andre snart vil have nogle ændringer på det. At vi ikke bare kan starte forfra, og derfra hvor vi slap, inden han er gået på flasken, [kan ikke høres], fordi det varer i længere tid nu, hvor han falder i. (Interview med Bente, 11:22 - 12:54)

I tekstuddragene peger Bente på nogle af de omkostninger og frustrationer, som hun og de nære relationer til Peter kæmper med. Eksemplet viser, hvordan familien fungerer som kommunikationsbindeled mellem Peter og omverdenen. Når Peter drikker, får han svært ved at overskue simple opgaver såsom at tømme postkasse og betale regninger. Både Bente og Peter beretter om, hvordan Peter isolerer sig, når han drikker, og Bente fortæller, at han helt er afskåret for omverdenen. Det er således Bente og familien, der står for al kontakt til omverdenen samt laver aftaler med Peters udlejer, så posten bliver tømt og huslejen betalt. Hertil kommer, at når Peter er klar til en ny afrusning, så flytter han ind hos familien, og bor der mens det står på. Jeg vil pege på, at Bentes fortælling taler sig ind i et narrativ med ”helbredelse” som forståelsesramme (jf. Frank 2013). Det gør den, da Bente fremhæver en kronologi med et begyndelsestidspunkt for, hvornår Peters adfærd begyndte at ændre sig og sygdommen og misbruget satte ind. Hun siger for eksempel, at; *”det er over 30 år siden, det gik galt for ham første gang”* (Interview med Bente, 0:31). Bente kobler, som nævnt, Peters alkoholmisbrug med det psykiske, idet hun siger: *”For i Peters tilfælde der er det ikke bare alkohol, fordi man har lyst til at drikke. Det er fordi, at man er blevet bange og nervøs for et eller andet. Eller er gået i depression, at man så er begyndt at drikke som en erstatning. En selvbehandling.”* (Interview med Bente, 1:23).

Bentes fortælling om Peter er karakteriseret ved at være orienteret mod helbredelse, hvor målet er, at Peter stopper med at misbruge alkohol. Den manglende, psykologiske udredning og behandling er således det, der forhindrer, at Peter kan blive rask igen. I den forbindelse vil jeg pege på, hvordan Bentes beretning fungerer som pårørendefortælling. En pårørendefortælling der er centreret omkring, hvad jeg vil betegne som en *indsigt*-typologi. Denne indsigtfortælling og typologi er karakteriseret ved, at Bente anvender sine egne og familiens oplevelser med Peters sygdoms- og behandlingsforløb til at pege på de udfordringer, som står i vejen for, at Peter kan få det bedre og blive rask igen. Denne indsigtfortælling er præget af frustrationer, da Bente godt kan se, hvad Peter har brug for, når det kommer til støtte og behandling. Problemet og hendes frustrationer opstår, da

hun ikke oplever, at hverken hun eller Peter bliver hørt og anerkendt i deres krav om hjælp til udredning og behandling. Kravet om hjælp og behandling er for Bente ikke de behandlingstilbud, som Peter allerede har prøvet. Problemet er, at Bente oplever, at Peter bliver diskvalificeret fra at få en psykologisk udredning og behandling, da han som dobbeltdiagnosepatient ikke kan begynde et behandlingsforløb, før han er blevet alkoholbehandlet. Bente peger i denne forbindelse på, at de psykiske udfordringer ikke kan adskilles fra Peters alkoholproblematikker, da de hænger sammen. I Bentes fortælling er hendes frustrationer et produkt af et behandlingssystem, der ikke kan hjælpe Peter med sygdommen og de psykiske udfordringer. Hendes fortælling handler ydermere om, at sundhedsvæsenet ikke kan rumme Peter i ét samlet behandlingstilbud, der tilgodeser både de psykologiske aspekter og problemstillinger samt misbrugsproblematikken.

Et ønske om helbredelse versus “new normal” fortællingen

Bentes pårørendefortælling taler sig ind i en problematik om de systemiske udfordringer vedrørende behandling af dobbeltdiagnosepatienter, som kæmper med både psykiske problemstillinger og alkoholproblematikker. I fortællingen kobles Bentes frustrationer med en manglende anerkendelse, idet familien oplever at stå alene med en stor del af ansvaret for, at Peter kommer i behandling. Selvom Peter er bruger af sundhedscenteret, så kan det tilbud, ifølge Bente, kun betragtes som symptombehandling. Hun mener ikke, at der tages fat ved årsagen til, hvorfor Peter i perioder vælger misbruget. Bentes fortælling står derved i kontrast til den fortælling, som Peter fortæller.

Som vist i analysen af Peters fortælling, så er han ikke entydigt orienteret mod en helbredelse. Derimod rummer hans fortælling snarere en masse beskrivelser af hverdagsteknikker til, hvordan han kan styre og kontrollere sit forbrug og misbrug af alkohol. De frustrationer Bente udtrykker, er herved også rettet mod Peter og hans adfærd, da hun og familien igennem de sidste 25 år har hjulpet og støttet Peter gennem perioder med både misbrug og behandling. Bentes fortælling har herved et andet fokus end Peters fortælling. I Peters fortælling, som jeg karakteriserede som en “new normal” typologi, blev det tydeligt, hvordan Peter kæmper med både at styre og kontrollere sit forbrug af alkohol, men også med at legitimere sit periodiske misbrug over for sig selv og omverdenen. Bente har i sin pårørendefortælling et helt andet fokus. Hun fokuserer på helbredelse og implicit på et håb om, at Peter skal have et liv helt uden alkohol og periodiske tilbagefald. Bente fortæller for eksempel: *”Det er ligesom, at Peter ikke kan forholde sig til, at vi andre snart vil have nogle ændringer på det. At vi ikke bare kan starte forfra...”* (Interview med Bente, 12:41). Bentes

frustrationer og kritik retter sig således imod den diskvalificering, som familien møder og oplever i og med, at Peter ikke får den behandling, som de mener, han har brug for, hvis han skal hjælpes ud af sit misbrug. Kritikken er her rettet mod behandlingssystemet, som ikke i tilstrækkelig grad formår at hjælpe dem. Men Bente retter i sin fortælling også en kritik af Peter, da hun ikke mener, han påtager sig en sygdomsrolle i tilstrækkelig grad, eftersom hans ultimative mål ikke er at søge helbredelse. Der opstår dermed nogle divergerende, diskursive rammer for, hvordan Peter og Bente konstruerer deres fortællinger, idet Peter virker til at have opgivet håbet om et liv uden sygdom og misbrug, og i stedet for fokuserer på at lære at leve *med* sygdommen og misbruget.

Opsamling på sygdomsfortællingerne

Jeg har i min analyse af forskellige borgeres sygdomsfortællinger vist, hvordan disse fortællinger i et analytisk perspektiv på dialogisme kan forstås som konstrueret i samspil mellem multiple *stemmer*. Analysen viser yderligere, at de forskellige fortællinger kan analyseres og forstås ud fra nogle bestemte typologier af en sygdomsfortælling (jf. Arthur Frank).

Jeg vil i denne diskuterende og analyserede opsamling diskutere et tema, som gør sig gældende for alle fortællingerne. Det er et tema om manglende anerkendelse, idet jeg i min analyse peger på, hvordan disse borgere alle kæmper for en anerkendelse af deres sygdom og af deres situation. Jeg vil yderligere diskutere, hvordan denne kamp for anerkendelse kommer til udtryk i forskellige I-Other relationer i borgernes fortællinger. Jeg peger i den forbindelse på, at anerkendelse ikke skal forstås som et individuelt fænomen, der er isoleret til individet, men at det i stedet er et relationelt fænomen.

En gensidig kamp for anerkendelse

Et fælles karakteristika for borgernes sygdomsfortællinger er et tema om manglende anerkendelse. Den manglende anerkendelse kommer, i fortællingerne, til udtryk som en kamp for borgeren om at blive set, hørt og forstået af et sundhedsvæsen og behandlingssystem. I analyserne pegede jeg på, at kampen for anerkendelse ofte kom til udtryk, som et spændingsmæssigt forhold imellem borgernes I-other relationer. Det kommer til udtryk ved, at borgerne i konstruktionen af deres multivoiced sygdomsfortællinger oplever en diskvalificering og marginalisering, når de betydningssætter deres sygdomsforløb, og når de taler fra positioner såsom sygdomsramt, magtesløs og handlingslammet. Borgernes fortællinger vidner på den måde om, at deres fortællepositioner ikke bliver legitimeret af sundhedsvæsenet, idet de oplever, at deres sygdom og psykiske sårbarhed ikke tages alvorligt og anerkendes. Fælles for de analyserede fortællinger står således kampen mod en marginalisering af deres *stemmer*, samt en kamp for at deres sygdom bliver set og forstået. Jeg pegede i analyserne på, at denne kamp kommer til udtryk ved, at borgerne samskaber deres fortællinger i relation til og med de aktører, der er en del af deres sygdoms- og behandlingsforløb.

I analysen viste jeg, at borgerne inddrager forskellige sundhedsaktører og institutioner for at skabe mening og konstruerer identitet i deres sygdoms- og behandlingsforløb. Disse relationer udgør i flere af fortællingerne nogle spændingsfyldte relationer, da aktørerne er med til at samskabe og

konstruere en fortælling om manglende anerkendelse af borgernes sygdom og deres psykiske sårbarhed. Jeg peger i analysen på, hvordan forestillingen om den *anden* spiller en central rolle for konstruktionen af borgerens sygdomsfortælling, da forholdet til denne *anden* bliver afgørende for, at borgeren kan betydnings sætte og konstruere sin fortælling. Jeg viste yderligere i analysen, at denne *anden* kan forstås som multivoiced, da den *anden* repræsenterer flere forskellige aktører såsom pårørende, fagprofessionelle og de institutioner, som er eller har været en del af borgernes sygdoms- og behandlingsforløb.

Ud fra min analyse af borgernes sygdomsfortællinger, vil jeg pege på, hvordan anerkendelse eller mangel på anerkendelse kommer til udtryk i både en intern og ekstern position i det multiple selv. Det betyder, at kampen for anerkendelse udspiller sig i en dialogisk og gensidig relation imellem *I* og *the Other*. I analysen af borgernes fortællinger, ses det, hvordan borgerne kæmper for en gensidig anerkendelse, der kommer til udtryk som en dialogisk spænding i borgeren. Denne spænding handler ofte om legitimering af, hvordan borgerne på den ene side føler og har det (I-for-myself), og hvordan for eksempel sundhedsvæsnet og det offentlige velfærdssystem på den anden side ser og forstår dem (I-for-Others). Det jeg betegner som en kamp for gensidig anerkendelse bliver også berørt af Paul Ricoeur, når han skriver følgende:

(...) this is a struggle against the misrecognition of others at the same time that it is a struggle for recognition of oneself by others. (Ricoeur 2005: 258)

Ricoeur peger på, at der i begrebet anerkendelse ligger en dobbelthed, som kommer til udtryk i en gensidig bevægelse og dynamik mellem et individ og omverdenen. I et perspektiv på Bakhtin og dialogisme forstår jeg Ricoeurs ord, som at anerkendelse udgør en spændingsfyldt størrelse, hvor kampen for anerkendelse udspiller sig i et individs I-other relationer. Det vil sige, at kampen for anerkendelse knytter sig til en gensidighed mellem I og the Other. Det er også et aspekt, jeg pegede på i min analyse af borgernes sygdomsfortællinger.

Kampen for anerkendelse

Jeg vil i de følgende afsnit samle op på nogle af analysernes pointer samt diskutere, hvordan borgernes kamp om anerkendelse af deres sygdom og situation er en kamp, som knytter sig til både en intern og ekstern position i deres fortællinger. Det vil sige, at jeg diskuterer, hvordan borgernes kamp om anerkendelse handler om en gensidig form for anerkendelse, en anerkendelseskamp som udspiller sig i en dialogisk relation til den *anden*, hvilket vil sige imellem forskellige I-other

relationer.

I analysen af Stines fortælling, viste jeg, hvordan hendes sygdomsfortælling indskrives sig i en quest-typologi (jf. Frank). Denne quest-typologi kommer til udtryk ved, at Stines fortælling er karakteriseret ved en søgen efter et behandlingstilbud og en støtte, der kan ændre hendes liv. Jeg viste i min analyse, at det var Stines fortid som stofmisbruger og hendes tidligere liv i et voldeligt parforhold, der i hendes fortælling repræsenterede nogle åbninger mod at ændre sit liv. I analysen viste jeg, at Stines fortællinger kan forstås som en postmoderne fortælling, der handler om selvrealisering. Det viste sig ved, at Stine gør sig selv og sit liv til et personligt narrativt projekt, hvor hun stiler efter nogle bestemte mål. Denne fortælling som Stine skaber handler også om en anerkendelseskamp, hvor hun spejler sig selv og sin situation i den *anden*. Denne *anden* kommer i fortællingen til udtryk som en generaliserede *anden*, da Stine fortæller, hvordan hun ser at andre skaber en meningsfuld tilværelse gennem deres job- og boligsituation. Stines fortælling er karakteriseret ved, at hun ønsker at realisere sig selv og skabe en tilværelse uden misbrug. Stines spejling i den *anden* gør samtidig, at hun også kan fortælle et narrativ om, hvordan hun ikke kan realisere sig selv. Det kan hun ikke, da hun oplever, at blive marginaliseret af velfærds- og behandlingssystemet. Det er en marginalisering, som kommer til udtryk ved en manglende legitimering af Stines behov og krav om hjælp til psykologisk og økonomisk bistand. Stines fortælling kan på den måde indrammes i en fortælling om en kamp for anerkendelse. Det er en anerkendelseskamp, som er gensidig og dialogisk konstrueret i I-other relationer, idet Stine laver et narrativ om, at hun oplever ikke at blive set, hørt og anerkendt af behandlingssystemet.

I analysen af Pias sygdomsfortælling, viser jeg, at Pias fortælling også handler om en kamp for anerkendelse. Det er en kamp, som har nogle ligheder med Stines fortælling. I Pias fortælling kommer denne kamp for anerkendelse til udtryk ved, at hun oplever at blive marginaliseret og diskvalificeret af det offentlige velfærds- og behandlingssystem. I analysen af Pias fortælling, viser jeg, at Pia gør sin diskvalificering til et centralt omdrejningspunkt for sin sygdomsfortælling. Pia oplever, at blive diskvalificeret af den kommunale rehabiliteringspraksis, da hun ikke kan leve op til de krav, som forventes af hende. Det er nogle konkrete krav om, at Pia skal være omstillingsparat, udadvendt og fleksibel, hvilket hun ser som uforenligt med de narrative ressourcer, som hun har til rådighed. Denne situation skaber en kaostypologi for hendes fortælling, da hun oplever, at den kommunale sagsbehandling og den rehabiliterende praksis ikke anerkender hendes psykiske

sårbarhed, og derved anerkender de heller ikke hende som person.

Jeg viste i analysen, at kaos-typologien træder frem, når Pia fortæller, at hun oplever at ”have mistet sin stemme” og medbestemmelse i forhold til at træffe afgørelser omkring den fremtidige livs- og jobsituation. Pia og Stines fortællinger har på den måde nogle ligheder, de kæmper begge for anerkendelse, hvilket kommer til udtryk som et ønske om at blive ”set som de *er*” (jf. I-for-myself). Deres fortællinger fortæller en historie om en kamp for anerkendelse af, at deres sygdom og psykiske sårbarhed accepteres af det offentlige velfærdssystem. I Pias fortælling kommer til det udtryk ved, at en psykiater og en reumatolog kommer frem til to forskellige resultater i forhold til, om Pia kan varetage et job. Pias fortælling handler herved om, at hun ikke oplever at bliver set som et holistisk menneske, fordi kommunen og rehabiliteringspraksissen vægter reumatologens udredning. Kaostypologien i Pias fortælling træder frem, når Pia oplever, at der er ”dele” af hende, som ikke ses og anerkendes i hendes rehabiliteringsforløb. Det er særligt hendes sociale fobi og hendes psykiske sårbarhed, hun oplever ikke bliver anerkendt. Pias fortælling kan herved ses som en anerkendelseskamp, hvor hun kæmper for en gensidig anerkendelse mellem egen identitetsforståelse (jf. I-for-myself) og det ”selvbillede”, som den rehabiliterende praksis konstruerer af hende (jf. I-for-Others).

I Stines fortælling udspilles en kamp om gensidig anerkendelse i nogle andre I-other relationer end hos Pia. Det ses ved, at Stines kamp for anerkendelse hovedsageligt udspiller sig i en bredere I-other relation, og at Stines fortælling handler om hendes bestræbelser på at realisere sig selv (jf. quest-typologien). Det betyder, at kampen om anerkendelse udkæmpes i en samfundsmæssig relation (I-society), da hendes fortælling handler om et realiseringsprojekt mod ”det gode liv”.

Den moralske agens og stemme i kampen for anerkendelse

Peter og Bentes fortællinger adskiller sig fra Pias og Stines. Det gør de, da deres narrativer mobiliserer en moralsk agens og en politisk *stemme*, som kommer til udtryk i deres fortællinger.

I analysen af Peters sygdomsfortælling, viste jeg, hvordan hans fortælling indskrives sig i en sygdomstypologi, som jeg karakteriserede som *the new normal*. Jeg viste, hvordan denne typologi kom til udtryk ved, at Peters fortælling handler om, hvordan han i perioder lever med et alkoholmisbrug. Jeg pegede i den forbindelse på Peters fortælling som multivoiced, idet den

rummer flere og modsatrettede fortællinger. I analysen tolkede jeg de mange og modstridende fortællinger som et udtryk for en indre dialogisk kamp for Peter om at kunne legitimere sit forbrug og misbrug af alkohol. I analysen pegede jeg også på, at Peters kamp om at legitimere sit periodiske alkoholmisbrug udspiller sig i spændingsfyldte relationer af I-others, hvor Peter kan betydnings sætte og positionere sig over for andre misbrugere af alkohol. Denne gruppe af misbrugere bliver i Peters fortælling til den *anden*, som Peter forstår som de ”rigtige alkoholikere”, og det er gennem relationen til denne gruppe, at Peter kan forstå og differentiere sit eget misbrug. Peters konstruktion af identitet opstår som led i en række beskrivelser af en praksis, som rummer både teknikker og strategier, så Peter kan adskille og skelne sit forbrug af alkohol over for denne gruppes fuldtidsmisbrug.

Peters praksisbeskrivelser handler om, hvordan han fysisk søger at undgå en bestemt gruppe. Herved rummer hans fortælling samtidig et positioneringsspil, hvor han i relation til denne gruppe kan retfærdiggøre sit eget periodiske misbrug. Peters sygdomsfortælling introducerer på den måde en moralsk agens i hans fortælling, da han kæmper med at kunne retfærdiggøre sit alkoholmisbrug. Denne moralske agens ser jeg komme til udtryk i en indre dialogisk kamp, hvor Peter kæmper med at retfærdiggøre sit misbrug – både over for sig selv, men også over for omverdenen. Jeg vil i det følgende pege på nogle indre kampe, hvor Peter kæmper for en anerkendelse og retfærdiggørelse af sit misbrug. I disse eksempler ses det, hvordan der opstår en moralsk agens i interaktionen mellem multiple og indre *stemmer*. Det kommer til udtryk i form af autodiologues, altså en interaktion mellem indre *stemmer*, hvor Peter forsøger at retfærdige sit misbrug:

Peter:(...) det er jo ikke fordi, at jeg synes, at det er skidesjovt at sidde der med en flaske snaps. Det er fordi, at så kører det bare, øh, det hele. Det er jo så problemet. Men man kan jo også bare lade være med at gå ned og købe den første flaske snaps, **ikke?** (*Fremhævet*)
(Interview med Peter, 18:31 – 18:39)

og

Peter: Jeg har prøvet sådan noget dagbehandling ude i Holbæk. Det var desværre sådan noget Minnesota, de kørte med. Jeg holdte 14 dage.

Michael: Det var ikke dig?

Peter: Er du gal, der var sådan en talerstol, som du skulle op og stå at snakke på og sådan noget. Det er jo ikke lige det, min psykologi er rigtig god til, altså det der med at man skal op og stå at snakke.

Michael: Ja.

Peter: Der kørte jeg sgu ned.

Michael: Det var for hårdt for dig?

Peter: Ja, det var for hårdt. Der må jeg sgu indrømme, at der var jeg for svag, **ikke?**
(*Fremhævet*)

(Interview med Peter, 22:05 – 22:35)

Jeg har i tekstuddragene fremhævet Peters brug af ordet *ikke*. Ordet *ikke* anvendes i begge eksempler efter et spørgende udsagn, hvilket signalerer en hensigt om en bekræftelse af de spørgsmål, som Peter stiller. Jeg vil pege på, at disse spørgsmål ikke er rettet mod mig, som modtager og samtalepartner i den pågældende situation. Jeg ser dem i stedet som et udtryk for en indre dialog og derved et udtryk for, at Peter, som fortæller, er en flerstemmig fortæller, der også er dialogisk aktiv i indre dialoger. Jeg ser samtidig disse eksempler som udtryk for en indre, moralsk kamp hos Peter, hvor Peter kæmper med en anerkendelse af sit periodiske misbrug. Denne indre, dialogiske kamp udspiller sig mellem en *I-for-myself* relation, hvor Peter beskriver nogle konkrete situationer, hvor han oplever, at han ikke kan gøre andet end at købe en flaske snaps, og derved starte en ny periode med misbrug. På den anden side kan han samtidig se sin handling (*act*) i en *Other-for-me* relation og konkludere, at han burde kunne lade være med at falde tilbage i et nyt misbrug. Jeg mener, at denne spænding repræsenterer en indre dialogisk konflikt, hvor Peter kæmper med at legitimere sit misbrug over for sig selv, men også over for omverdenen.

Den politiske ”stemme”

Bente fortæller i sin pårørendeberetning om, hvordan hun har været en aktiv del af Peters årelange kamp med alkoholmisbruget. I analysen af Bentes fortælling viste jeg, hvordan Bentes frustrationer omkring Peters alkoholmisbrug var rettet imod det offentlige behandlingssystem, som hun mener ikke gør tilstrækkeligt for at hjælpe Peter.

Bente retter yderligere en kritik mod behandlingen af alkoholmisbrugere, der også kæmper med psykiske udfordringer. Bente fortæller, at Peter falder ind under kategorien dobbeltdiagnosepatient, hvilket er personer, der kæmper med både misbrugsproblematikker og psykiske udfordringer. Problemet er at Peter, som aktiv alkoholmisbruger, ikke kan blive udredt i psykiatrien, medmindre han er afruset. Bente peger i den forbindelse på, at Peters alkoholproblematikker ikke kan adskilles fra de psykiske faktorer, da hun mener, at grunden til at Peter drikker, er hans psykiske udfordringer. Konsekvenserne er ifølge Bente, at Peter ikke bliver ordentligt udredt, og derved ikke får den rette behandling. Hun peger i den forbindelse på en generel problematik om, at personer

som Peter bliver overladt til deres eget misbrug.

I analysen af Bentes fortælling viste jeg, hvordan hendes fortælling kan forstås som en vidneberetning, idet hun redegør for både Peters behandlingsmæssige udfordringer og sin egen rolle som pårørende. Bentes fortælling rummer herved en kamp for anerkendelse, idet hun fra et perspektiv på den pårørende kan berette om, at det er de pårørende, der agerer hjælp og støtte, da de står som bindeled til de forskellige, behandlingsmæssige sundhedsaktører, som er involveret i forløbet. Bentes kamp for anerkendelse antager derfor en dobbelthed, da det på den ene side er en kamp for at dobbeltdiagnosepatienter, som Peter, ikke diskvalificeres fra behandling. På den anden side er Bentes kamp for *andre* (dobbeltdiagnosepatienter) også en kamp for anerkendelse af hende selv, det arbejde som de pårørende er tvunget til at løse og varetage i alkoholbehandlingen – eller i manglen på samme. Bentes fortællinger får således en politisk *stemme*, som jeg vil karakterisere ud fra Hannah Arendt. Arendt skriver:

Wherever the relevance of speech is at stake, matters become political by definition, for speech is what makes man a political being (Arendt 1998: 3).

Jeg vil pege på, at Bentes fortællinger handler om anerkendelse af personer, som Peter, der kæmper med både alkoholproblematikker og psykiske lidelser og ikke får den hjælp, de har behov for. Hendes fortælling er også en pårørendefortælling, der ligeledes taler den pårørendes sag, da de pårørendes *stemmer*, ifølge Bente, også bliver diskvalificeret og marginaliseret i takt med at dobbeltdiagnosepatienterne bliver overset. Det at Bentes fortælling mobiliserer en politisk ”stemme” ses for eksempel i følgende tekstuddrag:

Michael: Ja. Er det et særtilfælde fordi man også har noget psykisk med her, eller tror du det...

Bente: Tror det gælder for mange. Men for Peter der er det noget psykisk, men han kan jo ikke blive diagnosticeret ordentligt, for man vil jo ikke røre ved ham, fordi han er aktiv, når han drikker. Derfor kan han ikke blive diagnosticeret for at finde ud, hvad det er, der er galt med ham. Vi andre vil jo sige, at det er det, som man tidligere kaldte for maniodepressiv. Det er i hvert fald den adfærd, han viser, inden han falder i flasken, ikke altså.

Michael: Hvordan har I arbejdet med det, med at I ikke har kunnet få en diagnose på det psykiske?

Bente: Vi har jo slået i bordet og været hos egen læge, som så også har prøvet at få ham henvist, men lige så snart det så er noget med... nej... han var indlagt. Sidste gang han var rigtig indlagt psykiatrisk, det er nok snart 10 år siden. Så blev han så vaffet ud, da de så havde afruget ham og givet ham nogle Cipramil (...).

(Interview med Bente, 04:10 – 05:35)

I tekstuddraget ses det, hvordan Bente taler fra en *vi* position. Ud fra denne *vi* position taler Bente sin families sag, da de alle er involveret i Peters kamp mod sit misbrug. Jeg vil pege på, at dette *vi* også kan forstås i en bredere forstand, da Bente i ovenstående mobiliserer en politisk agens og *stemme*. Bente taler om, at de pårørende også oplever at føle sig diskvalificeret, når personer som Peter ikke får den hjælp, de har behov for. Bentes fortælling er således karakteriseret ved, at hun kæmper for anerkendelse af andre, hvilket vil sige, at dobbeltdiagnosepatienter får den behandling de har krav på. I denne anerkendelseskamp kæmper Bente samtidig for at de pårørende også anerkendes, idet de også bliver marginaliseret i kraft af at dobbeltdiagnosepatienter, som Peter, bliver diskvalificeret i sundhedssystemet.

Jeg vender tilbage til dette kapitels analytiske pointer, når jeg i kapitel 7 laver en diskussion, hvor jeg sætter analysen af sygdomsfortællingerne i relation til de personcentrerede sundhedsindsatser for at diskutere deres hensigter om at tage udgangspunkt i borgeren.

Kapitel 6

Åben Dialog forløbet – dialog som genstandsfelt

I dette kapitel gøres *dialog* til genstandsfelt for analyse, hvilket kommer til udtryk i en analyse af et Åben Dialog forløb. Det er et Åben Dialog forløb, hvor Åben Dialog udgør en ”dialogpraksis”, som bygger på særlige principper og forståelser af ”dialog” og ”samarbejde”.

I dette praksisnærestudie af et Åben Dialog forløb følger jeg ”Katrine” og hendes familie gennem fire møder i distriktspsykiatrien i Nykøbing Sjælland i Odsherred Kommune. Analysen af dette Åben Dialog forløb foretages på baggrund af den analysestrategi, som jeg præsenterede i kapitel 4. Jeg præsenterede i den forbindelse også denne analyses empiriske undersøgelsesspørgsmål (se kapitel 4).

I kapitel 1, hvor jeg redegjorde for de personcentrerede indsatser på sundhedsområdet, redegjorde jeg også for Åben Dialog som tilgang. Mine redegørelser for Åben Dialog tilgangen skal ses som baggrund og kontekst til dette kapitels analyse. I mine redegørelser af Åben Dialog som tilgang, beskrev jeg også Åben Dialog tilgangens særlige tilknytning til Odsherred Kommune og til distriktspsykiatrien i Nykøbing Sjælland. Jeg beskrev i den forbindelse også for en række principper, som Åben Dialog tilgangen bygger på. Jeg vil understrege, at jeg i dette kapitels analyse ikke foretager en analyse for at afdække om forløbet lever op til alle forskrifterne for et Åben Dialog forløb. Det skyldes to ting. Den ene er, at jeg i afhandlingen har fokus på at undersøge dialog ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme. Det vil sige, at min undersøgelse af dialog bygger på et kritisk og reflektivt perspektiv, hvor jeg belyser, hvordan dialog knytter sig til andre værdier såsom for eksempel; samarbejde, inddragelse og anerkendelse (se analysestrategi i kapitel 4). Den anden grund til at jeg i denne analyse ikke undersøger om forløbet lever op til principperne og kravene om, hvad der kendetegner et godt Åben Dialog forløb, skyldes, at Åben Dialog tilgangen netop betoner, at tilgangen tilpasses den kontekst, som den anvendes i. Det vil sige, at Åben Dialog lægger vægt på, at tilgangen tilpasses de aktører og den situation, som forløbet udspiller sig i.

Kapitlets analysestruktur

I dette afsnit redegør jeg for kapitlets analysestruktur. Det gør jeg ved at præsentere fire dele, som analysen er struktureret efter. De fire analysedele er følgende:

Del A redegør for baggrunden for, hvorfor der indkaldes til et tværfagligt samarbejds møde med og omkring Katrine og hendes familie i distriktspsykiatrien i Nykøbing Sjælland. I denne analysedel vil jeg redegøre for de beslutninger, som bliver truffet og forhandlet på tværs af deltagerne på de fire møder. Jeg vil i den forbindelse også kort redegøre for de vigtigste samtaletemaer på møderne og for de løsningsforslag og initiativer, der iværksættes af gruppen for at hjælpe Katrine og hendes forældre med deres udfordringer og situation.

Del B undersøger, hvordan der på møderne bliver forhandlet og konstrueret et fælles samarbejde i gruppen og derved et fælles ”vi” blandt deltagerne. I denne analysedel undersøger jeg, hvordan deltagerne forsøger at skabe konsensus om både fremgangsmåden for møderne, hvad Åben Dialog møderne skal handle om, og hvad de skal munde ud i. I denne analysedel ser jeg desuden på, hvordan der opstår spændinger mellem deltagerne i forbindelse med en etablering af et samarbejde, og derved af et fælles ”vi” for gruppen.

Del C undersøger, hvordan der opstår spændinger mellem deltagerne i konstruktionen af et samarbejde i gruppen. I denne analysedel undersøger jeg, hvordan der opstår alliancer og konflikter mellem deltagerne, når det handler om at skabe konsensus om et ”fælles” samarbejde og nå til enighed om, hvilke løsninger der skal til for at hjælpe Katrine og hendes familie videre. Analysedel C har desuden et fokus på at undersøge, hvilke *stemmer* der henholdsvis dominerer og marginaliseres i forhandlingerne omkring et fælles samarbejde i gruppen.

Del D, som er den sidste analysedel i dette kapitel, undersøger, hvordan dialog aktualiseres på Åben Dialog møderne, og herved hvordan dialog indholdsudfyldes af deltagerne på møderne. Denne analysedel undersøger yderligere, hvordan en aktualisering af dialog på møderne også knytter an til den måde, et samarbejde i gruppen bliver konstrueret på. Jeg undersøger yderligere, hvordan der på møderne opstår fortællinger af modmagt fra Katrines forældre. Fortællinger som jeg ser som en effekt og et oprør imod måden, hvorpå dialog bliver aktualiseret på møderne.

Analysedel D afsluttes med en opsummerende diskussion, som udgør to afsnit. I den første del af diskussionen diskuterer jeg, hvordan en aktualisering af dialog på møderne også bliver rammesættende for konstruktionen af et samarbejde blandt deltagerne. Jeg diskuterer yderligere, hvordan aktualiseringen af dialog på møderne også er med til at ekskludere nogle vidensformer i samarbejdet, idet nogle *stemmer* bliver privilegerede frem for andre.

I den anden del af diskussionen diskuterer jeg, hvordan disse Åben Dialog møder bliver et udtryk for en personcentreret tilgang og kommunikationsindsats. Jeg undersøger og diskuterer desuden, hvorfor deltagerne har vanskeligt ved at finde en form for ”center”, hvor de kan etablere et fælles grundlag for deres samarbejde. Jeg diskuterer i den forbindelse, hvordan gruppens udfordringer med at hjælpe familien relaterer sig til måden hvorpå, dialog bliver aktualiseret og indholdsudfyldt af deltagerne.

Analysedel A

Jeg vil i denne analysedel redegøre for, hvorfor der på Katrine og hendes forældres opfordring, iværksættes et tværfagligt samarbejde gennem distriktspsykiatrien i Nykøbing Sjælland. Jeg vil også lave en kort opsummering af hele forløbet for disse Åben Dialog møder, som strækker sig over fire møder. Jeg vil i den forbindelse redegøre for de vigtigste samtaletemaer på møderne, samt for de løsningsforslag og initiativer, som iværksættes af gruppen for at hjælpe Katrine og hendes forældre.

De fire Åben Dialog møder finder sted i distriktspsykiatrien i Nykøbing Sjælland i Odsherred Kommune fra maj til december 2013. Hovedpersonen for Åben Dialog møderne er Katrine, som er 20 år gammel. Katrine har igennem længere tid kæmpet med forskellige psykiske problemstillinger og udfordringer. Hun er ved mødernes start blevet diagnosticeret med Aspergers syndrom og ADHD. Katrine har gennem de sidste fem år boet på to forskellige bosteder. Det første møde er i maj 2013, og Katrine er for nylig flyttet hjem til sine forældre igen, efter at hun har forsøgt at begå selvmord på bostedet ”Skovlunden” (anonymiseret). Katrine har flere selvmordsforsøg bag sig og har i perioder kæmpet med en stærk selvskadende adfærd. En selvskadende adfærd som er blevet tiltagende, imens hun har boet på de forskellige bosteder. Det er også en af grundene til, at Katrine nu er flyttet hjem til sine forældre, da de er bekymrede for hendes velbefindende. Katrines forældre

er desuden utilfredse med den pleje og støtte, som Katrine fik på bostederne (jf. feltarbejde og deltagende observationer).

Efter Katrine er flyttet hjem, har hendes forældre Susanne og Poul forsøgt at finde ud af, hvad der skal ske med Katrine. Et stort spørgsmål er blandt andet, hvor Katrine skal bo i fremtiden. Katrines forældre er nemlig bekymret over, om de magter opgaven, da de ikke kan tilbyde Katrine den nødvendige støtte og hjælp, som hun har brug for.

Katrine og hendes mor Susanne er begge tilknyttet distriktspsykiatrien i Nykøbing Sjælland. Det har de været gennem en årrække, hvor de har deltaget i både en individuel behandling og i familiebehandling. Susanne er tilknyttet distriktspsykiatrien, da hun lider af fremskreden sklerose, og derfor er hun i behandling for at få bearbejdet nogle af de psykologiske aspekter og eftervirkninger ved sin sygdom. Det er distriktspsykiatrien, der på familiens opfordring har indkaldt til Åben Dialog mødet, hvilket skyldes, at familien oplever vanskeligheder med at få igangsat en dialog og et samarbejde med Odsherred Kommune. Det er et samarbejde, som skal afklare, hvor Katrine kan bo, samt hvilke initiativer og løsninger kommunen kan tilbyde familien. Distriktspsykiatrien er ligeledes interesseret i at få iværksat et tværfagligt samarbejde, da Katrines psykiske problemstillinger og behandlingssituation er kompleks. Derved er der både fra distriktspsykiatrien og familiens side et ønske om et bedre netværk og samarbejde mellem de involverede aktører (jf. feltarbejde og deltagende observationer)

Resumé af møderne

Som nævnt afholdes der i alt fire møder, der foregår fra maj til december 2013. Alle møder er arrangeret af og afholdes i distriktspsykiatriens lokaler i Nykøbing Sjælland. Det er teamlederen (TP) af distriktspsykiatrien, som er facilitator på møderne. Møderne er organiseret efter Åben Dialog princippet, da flere af de fagprofessionelle i distriktspsykiatrien er uddannet i denne tilgang til dialog og relationsarbejde (se kapitel 1 om Åben Dialog tilgang i Odsherred Kommune).

Første møde

Det første møde foregår i maj 2013 og varer to timer. Der medvirker i alt syv personer. Der er deltagere fra distriktspsykiatrien, kommunen og fra Katrines skole. Katrines forældre Susanne (SU)

og Poul (PO) deltager også i mødet. Katrine (KAT) vælger ikke at deltage, da hun ikke kan overskue alle indtrykkene fra de mange deltagere.

Mødet handler især om et brev, som Katrine har skrevet til mødedeltagerne. I brevet redegør Katrine for sine psykiske udfordringer og for sine oplevelser med de tidligere bosteder. Katrine fortæller, at hun er åben for at flytte til et nyt bosted men foretrækker, det bliver et sted tæt på sine forældre. På den måde ville hun kunne forsætte sin skolegang på den lokale skole. Et centralt tema for mødet er, at Katrines forældre modsætter sig kommunens forslag om at anbringe Katrine længere væk fra hendes forældre og på et større bosted.

På det første møde afklares det ligeledes, at Katrine ikke kan blive boende hjemme, da forældrene ikke magter det eller kan yde den rette pleje. Forældrene modsætter sig dog, at Katrine fjernanbringes. De er bekymrede for, det vil starte en selvskadende adfærd hos Katrine, hvilket har været et mønster hidtil. På mødet når deltagerne frem til, at der fremadrettet i Åben Dialog gruppen skal arbejdes i to faser, da Katrine og hendes forældres situation er kompleks. Derfor skal der i fællesskab arbejdes på først at finde initiativer til at aflaste familien. Derefter skal der arbejdes på at finde en mere passende og langsigtet boligsituation for Katrine.

Andet møde

Det andet møde afholdes i juni 2013 og varer halvanden time. Der deltager i alt otte personer på mødet. Katrine deltager for første gang i et af Åben Dialog møderne. Det samme gør familiens støtte- og kontaktperson (N) og den kommunale afdelingsleder af voksenafdelingen (SAG4). Afdelingslederen af voksenafdelingen deltager sammen med den sagsbehandler (SAG1), som har været tilknyttet Katrine gennem hele sagsforløbet.

Det andet møde kredser hovedsageligt om tre temaer. Det første tema handler om, at deltagerne ønsker at fortsætte dialogen og samarbejdet i gruppen. Det andet tema drejer sig om at finde en mulig aflastningsfamilie til Katrine. Det er et initiativ, der blev diskuteret på det første møde, men nu opgives af gruppen. Det tredje tema drejer sig om at finde en aflastningsbolig til familien, som Katrine på sigt kan flytte permanent ind i.

Tredje møde

Det tredje møde afholdes i september 2013 og varer en time og 15 minutter. Der er i alt otte deltagere. Katrine deltager i mødet, men vælger at gå halvvejs inde i mødet, hvilket hun også gjorde under det andet møde. Den kommunale sagsbehandler (SAG1), som har været tilknyttet familien gennem forløbet, er ikke længere en del af hverken sagsforløbet eller samarbejdsgruppen. I stedet for deltager en ny sagsbehandler (SAG2) for første gang i møderne.

Mødet kan karakteriseres ved at have to dagsordner. En officiel dagsorden som handler om at følge op på de sidste møder og se på, hvad der er sket siden gruppen sidst var samlet. Dertil er der en uofficiel dagsorden, som først træder i kraft, da Katrine vælger at forlade mødet. Det gør hun halvvejs inde i mødet. Det er et mønster, som Katrine har praktiseret før, da både mødelængden og de mange deltagere skaber for mange indtryk for hende. Den uofficielle dagsorden handler om, at Katrine ikke længere kan bo hjemme hos sine forældre. En beslutning som forældrene er kommet frem til, da de ikke magter pleje- og støtteopgaverne. Det er et emne der på Katrines forældres foranledning diskuteres uden Katrine, da de mener, det er for sensitivt for hende.

På mødet besluttet det, at den kommunale sagsbehandler (SAG2) i samråd med Katrines forældre skal fremrykke en allerede iværksat VISO undersøgelse, som er en mere dybdegående udredning af Katrine. VISO er en national rådgivningsorganisation for både borgere og kommuner, der bidrager med rådgivning og specialviden i mere komplekse sagsforløb.

Fjerde møde

Det sidste Åben Dialog møde afholdes i december 2013 og varer en time og 20 minutter. Der deltager i alt seks personer på mødet. På mødet deltager denne gang også en sagsbehandler fra ungeafdelingen i kommunen (SAG3), der tidligere har været tilknyttet Katrines sagsforløb.

Det fjerde møde handler om refleksioner over og evalueringer af de allerede iværksatte initiativer for at hjælpe Katrine og familien. Gruppen har iværksat initiativer om et undervisningstilbud i diagnoselære omkring Aspergers syndrom, som Katrine og Susanne deltager i. Gruppen har også iværksat et initiativ med en aflastningsbolig til Katrine og familien.

På mødet orienterer familien de andre deltagere om, at Katrine nægter at bruge aflastningsboligen, og at dette initiativ har slået fejl. Familien orienterer ligeledes om VISO undersøgelsens indledende konklusioner. VISO konkluderer, at Katrine med sine særlige psykiske udfordringer og problemstillinger tilhører en særlig minoritet af de personer, der lider af Aspergers syndrom. Det betyder, at VISO ikke ser nogen muligheder for, at Katrine kan bo og opretholde et selvstændigt liv uden konstant, professionel pleje og støtte i faste og trygge rammer.

Mødet afsluttes med, at der ikke aftales flere møder, da både kommunen, distriktspsykiatrien og familien afventer den endelige VISO undersøgelses konklusioner og anbefalinger. Der indkaldes derfor ikke til flere Åben Dialog møder, da gruppen ikke kan hjælpe eller bringe familien og Katrine videre. Et samarbejde mellem kommunen og VISO videreføres herefter i samråd med familien.

Oversigt over mødedeltagerne og anvendte pseudonymer

Møderække og dato	Møde nr. 1 Maj 2013	Møde nr. 2 Juni 2013	Møde nr. 3 September 2013	Møde nr. 4 December 2013
Deltagere:	7 deltagere	8 deltagere	8 deltagere	6 deltagere
(Kat) Katrine		X	X	X
Førældre: (SU) Susanne og (PO) Poul	X	X	X	X
Distriktpsychiatri: (TP) Teamleder, psykolog og facilitator	X	X	X	X
Distriktpsychiatri: (P1) Psykolog	X	X	X	X
Distriktpsychiatri: (L1) Overlæge og speciallæge	X		X	
Skole: (SL) Skoleleder	X			
Kommune: (SAG1) Sagsbehandler (Voksenafdelingen)	X	X		
Kommune: (SAG2) Sagsbehandler (Voksenafdelingen)			X	X
Kommune: (SAG3) Sagsbehandler (Jobkonsulent, Ungeafdelingen)				X
Kommune: (SAG4) Afdelingsleder (Voksenafdelingen)		X		
Støtte/kontakt Person (Egen virksomhed) (N) Psykolog og støtteperson		X	X	

Analysedel B

I denne analysedel undersøger jeg, hvordan der indledningsvis, og særligt på de første Åben Dialog møder, bliver forhandlet et fælles ”vi” for samarbejdet i gruppen. Jeg undersøger, hvordan der forhandles og etableres en form for konsensus omkring selve fremgangsmåden for dialogmøderne. Jeg undersøger desuden, hvordan gruppen forhandler om, hvad disse Åben Dialog møder skal handle om. Jeg peger i denne forbindelse på, at det brev som Katrine skrev til deltagerne på det første møde, bliver en særlig aktør i etableringen af både et samarbejde i gruppen og i forhold til, hvad der skal tales om på møderne.

Katrines brev

Som beskrevet finder det første møde sted i maj 2013 i distriktpsychiatrien i Nykøbing Sjælland. Der deltager syv personer på dette møde: Katrines forældre Susanne (SU) og Poul (PO). Teamleder og psykolog TP samt psykolog P1 og speciallæge L1 fra distriktpsychiatrien. Katrine og hendes

forældre har ønsket, at skolelederen SL fra Katrines skole også deltager på mødet. Derudover er sagsbehandleren SAG1 fra voksenafdelingen i Odsherred Kommune også tilstede. Mødet indledes med, at Katrines far Poul læser Katrines brev op (se Katrines brev i bilag 1). Katrine indleder sit brev således:

Kære alle

Jeg er rigtig glad for, at I mødes for at tale om, hvad der er bedst for mig. Jeg er ikke i tvivl om, at beslutningen jeg har taget om, at jeg ikke er tilstede er den rigtige, da jeg ikke kan håndtere alle indtrykkene. Kort og godt er det grunden til, at mine forældre repræsenterer mig, og det gør de med min fulde tilladelse. Der er intet, der er tilfældigt. Da jeg lider af Asperger, er det meget vanskeligt for mig at være tilstede med så mange mennesker, så mange ansigtsudtryk, diverse stimuli plus at der bliver talt om mig. Jeg ved med 100% sikkerhed, at det resulterer i, at jeg bryder sammen, og derfor tager jeg ansvar for mig selv, og melder klart ud, at jeg ikke ønsker at deltage i diverse møder. Det ville være muligt for mig med mit intellekt at følge med i møderne, og som det sikkert fremstår af mine geniale formuleringer, og ved den måde jeg udtrykker mig på verbalt, så er det et ganske lille billede af det menneske, som jeg er. Hvis vi byttede om på min modning af det intellektuelle og min modning på alt andet, så ville jeg sandsynligt skrive således: At jeg er rigtig glad for, at I er samlet til dette møde for at tale om, hvad der er bedst for mig. Men I er rigtig dumme dumme mennesker fra Danmarks stat, der ikke lytter til mig. Hov! Der er en edderkop, hvor er den sød. Kom her lille ven nu er vi venner. Jeg tror, jeg har sagt pointen her, hvis jeg udtrykte mig sådan, og var moden på alle andre måder, så ville man være opmærksom, meget endda, specielt, hvis jeg stadig var 160 centimeter og nærmest kønsløs og dog 20 år. (Bilag 1, L 1-18).

Katrine fortæller i sit brev, at hun har taget en beslutning om ikke at medvirke i møderne. Hun er bekymret for, hvordan hun vil håndtere indtryk fra de mange deltagere, og det at der på mødet vil blive talt om hende. Katrines brev repræsenterer herved hendes deltagelse på mødet. Foruden at repræsentere hendes deltagelse, kan Katrines brev også ses som en sygdomsfortælling. Det kan det, da hun detaljeret beskriver de problematikker og udfordringer, som hun kæmper med. Brevet beskriver også Katrines ønsker og drømme for fremtiden, som handler om hendes behandlings- og livssituation, og hvor hun gerne vil bo. Genremæssigt kan Katrines brev som sygdomsfortælling forstås som en quest-typologi (Frank 2013). En quest-typologi der kommer til udtryk i Katrines beskrivelser af sine psykiske udfordringer, sine diagnoser og problematikker, som hun og hendes familie kæmper med. At Katrines brev kan anskues som en quest-typologi ses også ved, at Katrine beskriver sin fortælling i en ”genre” af en rejsefortælling – en quest. En fortælling hvor målet, for Katrine, er et øget kendskab til sig selv. Fortællingen handler om en rejse af personlig udvikling og

et ønske om at lærer sine diagnoser bedre at kende, da det vil kunne hjælpe hende videre med sit liv. Quest-typologien er, ifølge Frank, karakteriseret ved nogle synlige forhindringer og udfordringerne i fortællingen. I denne typologi bliver disse udfordringer en central del af fortællingen. De må overvindes, før hovedpersonen kan opnå en bedring og komme videre i sit liv (Frank 2010, 2013). Katrine fortæller indledningsvis i sit brev, at hendes forhindringer først og fremmest er hendes psykiske udfordringer. Hun forklarer, at hun kæmper for at lære diagnoserne Aspergers syndrom og ADHD bedre at kende og ønsker at lære at tage ansvar for dem.

En anden udfordring eller forhindring, som Katrine nævner i sit brev, handler om de fagprofessionelle, der deltager på mødet. Katrine ekspliciterer en åben polemisk relation til nogle af deltagerne. Det gør hun, når hun retter en direkte kritik af særligt deltageren fra kommunen. Katrines kritik af den kommunale sagsbehandler går på, at hun ikke oplever anerkendelse, og hun ikke føler, hun bliver lyttet til. Katrines kritik udgør herved en potentiel udfordring for selve møderne, og for et eventuelt samarbejde i gruppen, da Katrine allerede har markeret sin skepsis overfor navnlig den kommunale aktør.

Katrine skriver videre, at:

Jeg mener det virkelig, når jeg siger, at jeg ikke vil stoppe på *skolen* (navn anonymiseret), da den er utroligt udviklende for mig socialt, i selvindsigt, og at jeg kan dyrke nogle af de evner, som jeg besidder. Det er meget værdifuldt for mig. Hvad jeg har brug for, er blevet sagt 117 gange, men nu da der er andre mennesker på banen. Jeg har Asperger og ADHD, og det vedkender jeg mig fuldt ud. Min erfaring har sagt mig, at jeg egentlig er den eneste, der anerkender det udover mine forældre, min skoles leder og psykiatrien. Det står mig klart, at jeg har et eller andet, hvor der er noget, der er svært, men hvad det er, står mig stadig uklart. Jeg har i den grad brug for hjælp til denne forståelse, men jeg ved ærlig talt ikke meget om, hvad disse problematikker gør. Nogle gang kan jeg slet ikke ane, hvad det kan være, før det er ved at gå op for mig, at der er noget galt. Det har kun været inden for den sidste måned, at jeg har turde at sige højt, at jeg har Asperger. Der findes ikke mange bøger om Asperger og piger, og det er noget helt andet at få verbal coaching og viden frem for selv at stå med det hele og en bog i hånden. "Skovlunden" (anonymiseret) var en klar fejl. Jeg har aldrig i mit liv prøvet at blive så lidt set og hørt og forstået. Deres ord har været velformuleret og lydt fornuftige, men desværre har jeg oplevet, at virkeligheden er en anden. De handler slet ikke efter, hvad de siger, ej holder de deres aftaler. Dette er min oplevelse. Aldrig har jeg følt mig så opmagasineret, følt mig som en ting, følt mig snydt, følt mig svigtet. Jeg åbnede mig op, og mine forældre åbnede sig op, og tilsyneladende var det hele bare et spil for galleriet. (Bilag 1, L 29-45)

Quest-typologien træder ligeledes frem i Katrines sygdomsfortælling, når hun fortæller, at det har været en kamp at finde ud af, hvad hun ”fejler”. Katrine har i længere tid kæmpet for at få en afklaring på, hvilke diagnoser der passer på hendes problematikker og udfordringer. Katrine er først gennem den senere tid blevet diagnosticeret med Aspergers og ADHD. Hun fortæller i sit brev, hvordan hun stadigvæk kæmper med at se sig selv i de diagnoser. Katrine fortæller yderligere, at hun ikke ønsker at vende tilbage til sit tidligere bosted ”Skovlunden”. Hun oplever dette ophold som en fejltagelse, fordi hun ikke fik den rette hjælp og støtte. Katrine har tidligere boet på et andet bosted, og i begge tilfælde er det endt med, at Katrine er påbegyndt en stærkt selvskadende adfærd, der har resulteret i selvmordsforsøg.

Katrine skriver yderligere:

Min drøm er at flytte hjem et par år og få hjælp udefra til at forstå og hjælpe mig selv og kunne bruge den trygge base til dette. Hvis jeg skal være et andet sted, så er det et must, at de er villige til at samarbejde med mine forældre, da jeg har brug for deres støtte og erfaringer om mig, som de kan dele. Kærlighed, struktur og nærvær. Naturligvis så ville min ultimative drøm være, at hvad der end sker, så vil det komme til at lykkes, at jeg vil få det bedre. Det skal siges, at jeg har kigget på dette ”Palmehaven” (anonymiseret), og det er bestemt ikke noget for mig. Det er for stort. Der er folk med skizofreni der, og det er alt for langt væk fra min familie. Det er dømt til at blive en fiasko. De specialiserer sig i 117 ting. Det er et faktum, at det er stort, og det er ikke godt. Det gør det svært for mig at rumme og overskue, og der er alt for meget, som jeg skal forholde mig til. Det er garanteret kaos. Det er alt for langt væk fra min skole. Transporten vil være en for stor stressfaktor. Jeg beklager mit sprog, men jeg skal fandme ikke rende rundt sammen med skizofrene og andre psykisk syge mennesker. Det bliver jeg bange over og totalt kulret. Ville man lade en syg person være afskærmet fra sin familie? Næppe. Jeg ser ikke mig selv som syg, men jeg kan fandme hurtigt blive det, hvis man ikke respekterer mig, som det menneske jeg er. Jeg har haft nok negative erfaringer med mennesker, og jeg ønsker ikke flere af denne slags, så jeg risikerer at miste troen på andre, hvilket jeg prøver for alt i verden at forhindre. Lad min understrege, at jeg ikke har råd til andre fejlslagne boligsituationer med inkompetent og uengagerede mennesker, som siger ét og gør noget andet (...)

(Bilag 1, 61-79)

Katrine fortæller i tekstuddraget, at hun på den ene side er klar over, hun ikke kan blive ved med at bo hos sine forældre. Det handler derfor om at finde et fornuftigt bosted, hvor hun kan være. På den anden side synes Katrine ikke, at det foreslåede bosted ”Palmehaven” er passende for hende og hendes psykiske problematikker. Det er, ifølge Katrine, for stort et sted, som fokuserer på at

behandle et for bredt udsnit af diagnoser. Selve anbringelsen og spørgsmålet om hvor Katrine skal bo rummer således en konflikt for Katrine. I et Bakhtinsk perspektiv markerer Katrine denne konflikt gennem en åben polemisk relation, hvilket kommer til udtryk, når hun skriver:

Jeg beklager mit sprog, men jeg skal fandme ikke rende rundt sammen med skizofrene og andre psykisk syge mennesker. Det bliver jeg bange over og totalt kulret. Ville man lade en syg person være afskærmet fra sin familie? Næppe. Jeg ser ikke mig selv som syg, men jeg kan fandme hurtigt blive det (...). (se tekstuddrag)

Den polemiske relation opstår i og med, at Katrine ud fra en *I-for-myself* relation kan fortælle, at hun er diagnosticeret med Asperger og ADHD, men at hun ikke opfatter sig selv som værende ”syg”. Katrine indholdsudfylder og karakteriserer herved ”sygdom” gennem en konstruktion af den *anden*. På den måde forstår hun især psykisk sygdom ud fra sygdomskategorien skizofreni. Det er en gruppering og kategori, som hun ikke ser sig selv være en del af. Selve konflikten for Katrine opstår, når hun i ytringen gør både ”skizofrene og andre psykisk syge mennesker” til objekt for en sygdomsforståelse, som hun ikke ser sig selv være en del af. Den polemiske relation til opholdsstedet Palmehaven opstår ved, at Katrine gennem en *I-for-myself* relation forestiller sig, at hun ikke passer ind på Palmehaven, da hun ikke opfatter sig selv som *syg* eller *skizofren*. Konflikten opstår for Katrine, når hun i en *I-for-Others* relation forestiller sig, at både kommunen og den kommunale sagsbehandler mener, at Katrine vil passe ind på bostedet Palmehaven. Konflikten for Katrine handler således om, at hun føler sig misforstået, da sagsbehandleren ikke har et retvisende billede af hendes psykiske udfordringer.

Den åbne polemiske relationen mellem Katrine og kommunen opstår ved, at Katrine ikke kan se en gennemsigtighed i valget af de anbringelses- og opholdssteder, som kommunen foreslår. Den åbne polemiske relationen skal også ses i lyset af en divergerende interesse, da Katrine godt kunne tænke sig at bo hos sine forældre i en periode. Katrine fremhæver dog selv, at der ville være nogle udfordringer forbundet med at bo hos sine forældre, hvilket hun peger på i slutningen af sit brev.

Hvis jeg skulle bo hjemme, så ville rammerne være i orden, men mine forældre er ikke mine behandlere, og har aldrig været det. Derfor er det vigtigt for mig, at det ikke kan stå alene. Der skal være støtte både til mig og min familie og i forhold til min Asperger og ADHD, der er svære at håndtere. Det skal være et par gange om ugen i mit tilfælde, og hvad mine forældre har brug for er deres sag, men det ville være fuldstændig hul i hovedet at lade os stå alene med dette. Det kan vi ikke. Tidligere har jeg fortalt, hvad jeg har brug for af støtte og hjælp.

Vær så venlig at huske, at jeg er et unikt menneske, der har Asperger, ADHD, er hypersensitiv og har et følsomt følelsesliv, og har meget brug for kærlighed og omsorg.

Kærlig hilsen
Katrine
(Bilag 1, L81-92)

Hvad skal møderne handle om?

Jeg vil i de følgende afsnit undersøge, hvordan Katrines brev til de andre mødedeltagere bliver en aktør, som får en særlig *stemme* i forhold til at konstruere et samarbejde og derved skabe et fælles ”vi” blandt deltagerne i gruppen.

Det første Åben Dialog møde indledes ved, at teamlederen (TP) fra distriktpspsykiatrien, som er facilitator på møderne, introducerer deltagerne for hinanden. Hun forklarer, at mødet er sat op for at finde en fælles løsning på Katrines situation. Det betyder blandt andet, at der skal skabes afklaring omkring, hvor Katrine skal bo i fremtiden. Familien har bedt skolelederen (SL) fra Katrines skole om at deltage på mødet. Et møde som også tæller en overlæge (L1) og en psykolog (P1) samt facilitator og psykologen TP fra distriktpspsykiatrien. Fra kommunen deltager familiens sagsbehandler (SAG1), og så er Katrines forældre Poul (PO) og Susanne (SU) også til stede.

Det først møde indledes sådan her:

TP: Jeg sidder med et brev, og jeg har tænkt, at da mødet handler om Katrine, så starter vi med at høre brevet.

PO: Ja.

SAG1: Ja.

TP: Og når vi har hørt, hvad Katrine har af tanker, så vil jeg spørge Poul og L1. Det var dem, der sammen med Katrine aftalte mødet her. Og aftalte hvem det var, som Katrine gerne ville have med, og hvor hun blandt andet pegede på P1 og SL og mig, og SAG1.

(Møde 1, 0:03- 0:48)

Ud over Katrines brev repræsenterer Katrines stemme på mødet, er brevet også med til at skabe en ramme og struktur for alle møderne. At Katrines brev får denne rolle skal ses i lyset af, at der ikke foretages en indledende forhandling af deltageres forventninger til mødet og forventninger til fremgangsmåden i Åben Dialog forløbet. Katrines brev bliver således en aktør, der er

rammesættende for den videre dialog i gruppen, idet brevet giver deltagerne en struktur og nogle temaer til den videre dialog. Det kommer for eksempel til udtryk ved, at gruppen ofte tager udgangspunkt i de beskrivelser og problematikker, som Katrine redegør for i brevet.

Katrine skriver for eksempel følgende:

Asperger er en ekstremt kompliceret ting, og det er også ved at gå op for mig. Og det er rigtig svært at blive konfronteret med. Jeg ønsker at være et sted, hvor der er struktur, og hvor man får støtte, og ikke kun at de følger mig rundt, men at de verbalt opmuntre mig, og jeg kan mærke, at de er der for mig. De skal vide noget om min verden, hvordan den fungerer, hvordan jeg tænker, føler og så videre. De skal tage indgangsvinkel i mit indre og ikke i, hvordan jeg ser ud, hvordan jeg formulerer mig eller min viden om diverse emner. Jeg har brug for kærlighed. Oprigtig kærlighed, omsorg og nærvær. Jeg er ikke rigtig klar over, om jeg er klar til at flytte hjemmefra, da jeg følelsesmæssigt er lidt langsom til at udvikle mig.

(Bilag 1, L47-54)

Katrine berører i ovenstående uddrag nogle problematikker, som bliver et tema på mødet og et omdrejningspunkt på de næste tre dialogmøder. Det skyldes til dels, at deltagerne positionerer sig på hver sin side af den ambivalens, som Katrine udtrykker i ovenstående tekstuddrag. Kommunen og den kommunale sagsbehandler ser gerne, at Katrine bliver anbragt på et nyt bosted, hvorimod Katrine og hendes forældre argumenterer for, at Katrine vil have godt af at være tæt på sine forældre. Katrine fortæller i sit brev, at der skal tages særlige hensyn, hvis hun skal bo et andet sted end hos sine forældre. Det vil ifølge Katrine kræve, at opholdsstedet har indsigt i, hvordan hendes psykiske problematikker og udfordringer skal tilgodeses. Katrines ambivalens træder tydeligt frem, når hun skriver: *“Jeg er ikke rigtig klar over, om jeg er klar til at flytte hjemmefra”*.

Katrines ambivalens bliver herefter et tema på møderne og for mødedeltagerne, da ikke alle deltagerne er afklaret om, hvad Katrine og hendes forældre ønsker, der skal ske for Katrine. Det er Katrines behandler L1, som er overlæge i distriktspsykiatrien, der efterfølgende forsøger at fastsætte en samarbejdsstruktur for gruppen, som skal tage hensyn til den ambivalens, som Katrine udtrykker. L1 foreslår følgende for gruppen:

L1: Jeg sidder med tanken om to faser, med det vi mødes om. En her og nu fase og en på sigt fase, hvor vi kan mødes igen. Og eventuelt med Katrine bag en skærm. Det kunne jeg godt ønske mig, så hun kan høre uden at skulle engagere sig, og uden at hun skulle forholde sig, men så hun kunne høre refleksionerne. Og så sige hvad er det så i den første fase? Hvor meget magter I (kigger på forældrene) at løse og hvor længe, ikke? Fordi at man skal kunne sætte måneder på, men man kan sige [kan ikke høres], hvad kan vi forudse i den første fase? Hvor langt må det være? Og så, hvad er det

egentlig, som der skal ske i den sidste fase? Hvornår finder man det ideelle sted? Og da jeg blev presset, sådan føler jeg det, til at sige "Palmehaven" (anonymiseret) i forbindelse med det, så er det fordi, at jeg ved, at de godt kan gå ind, fra dengang jeg sad i bestyrelsen dernede, at de kan gå ind i et forforløb, men om det skal være dem, som der er det rigtig, det skal jeg ikke kunne sige, for der kan være mange ting, der er sket nede på "Palmehaven" (anonymiseret), siden jeg var der. Jeg ved, at de har udvidet og udbygget, og de har bare også har fået sparekniven ligesom alle andre steder, men om de er de samme? Det sagde jeg også på mødet, at det kunne jeg ikke sige noget om.

SAG1: Undskyld, hvor lang tid er det siden?

L1: Det er fem år siden.

SAG1: Nåh fem år. Det er ikke så lang tid siden.

(... fortsættes i den følgende sekvens)

(Møde 1, 1:04:49 - 1:06:20)

Sekvensen viser, hvordan deltageren L1 først gør opmærksom på, at de i gruppen skal arbejde på nogle initiativer, der kan gøre det muligt for Katrine at overhøre og deltage i møderne. L1 introducerer også et samtaleemne og muligt tema for dialogmøderne. Det er et tema, som handler om, hvad de på møderne bør tale om, og hvad de i fællesskab bør arbejde på at løse som gruppe. L1 foreslår i den forbindelse et samarbejde med to faser. I den første fase skal der arbejdes på at finde hurtige løsninger, som kan aflaste familien i hjemmet. I den anden fase skal der arbejdes på at finde en fælles løsning på, hvor Katrine skal bo i fremtiden.

Deltageren L1 lægger, med sit forslag om de to faser, op til en forhandling om, hvad grundlaget for samarbejdet i gruppen skal være. I sekvensen ses det yderligere, at L1 tager familiens position, idet L1 italesætter og adresserer en polemiske relation og konflikt mellem familien og den kommunale sagsbehandler (SAG1). Det gør deltageren L1 gennem ytringen: "*Og da jeg blev presset, sådan føler jeg det, til at sige Palmehaven i forbindelse med det, så er det fordi (...)*". L1 henviser til et tidligere møde, hvor kommunen efterspurgte mulige anbringelsessteder for Katrine. L1 nævnte i den forbindelse bostedet Palmehaven. En anvisning som L1 ikke mener, at hun fuldt ud kan stå inde for, da hun oplevede den som fremtvunget. L1 sidestiller sig på den måde med den kritik, som Katrine fremlægger i sit brev. I brevet kritiserede Katrine det kommunale sagsforløb og forslaget om, at Palmehaven er en fornuftigt løsning for hende.

Jeg ser, at L1's førnævnte ytring ikke kun er rettet til familien, den er også adresseret til sagsbehandleren. Det er den, da L1 tilkendegiver sin kritik af sagsforløbet, hvilket betyder, at hun

positionerer sig og allierer sig med familiens interesser og ønsker. L1's ytring skaber således en centrifugal diskursiv proces mod en uenighed i gruppen, hvilket ses i SAG1's efterfølgende respons til L1. SAG1 siger:

(... *fortsat*)

SAG1: Undskyld, hvor lang tid er det siden?

L1: Det er fem år siden.

SAG1: Nåh fem år. Det er ikke så lang tid siden.

L1: Men der er sket organisatoriske ændringer der også. Men jeg tænker, at vi skal snakke om en her og nu fase, og en på sigt fase.

SAG1: Ja.

TP: Og hvad indeholder en her og nu fase? Og hvad hører til den? Hvilke spørgsmål eller hvilke temaer?

SAG1: Jamen her og nu fasen er, at vi tager udgangspunkt i Katrine, og hun vil gerne være hjemme ved sine forældre, og hvordan undgår vi, at forældrene går fuldstændig ned med et brag, ikke. Hvordan undgår vi nu at jeres dreng, hvad hedder han nu?

PO: Kasper.

SAG1: Kasper! Han skal også kunne trives og kunne være derhjemme, for det går ikke, hvis han begynder at få det dårligt derhjemme, vel? Fordi han ikke må få sin mor for Katrine rent ud sagt, som man næsten kan høre, at hun kan sige det. Hvordan klarer vi det? Vi har pt. en psykolog derhjemme (kan ikke høres). Jeg ved ikke hvor tit han er derhjemme, men...

SU: Han har ikke været hos os i mange måneder.

SAG1: Har han ikke?

SU: Nej, det har han ikke.

(Møde 1, 1:06:20 - 1:07:35)

Sekvensen viser, hvordan deltageren SAG1 først forholder sig kritisk til L1's ytring om, at opholdsstedet Palmehaven muligvis ikke er det bedste sted for Katrine. En kritisk indstilling som får deltageren L1 til at forsøge at skabe en centripetal proces for gruppen, hvilket hun gør med sin ytring: *"Men jeg tænker, at vi skal snakke om en her og nu fase, og en på sigt fase"*. Det er en centripetal diskursiv proces i og med, L1 forsøger at gennemtvinge en konsensus om, at det er denne plan og fremgangsmåde, gruppen skal arbejde ud fra. L1 forsøger på den måde at konstruere et "vi" for gruppen. Det er et "vi", som forsøger at etablere en konsensus om en fremgangsmåde for det videre samarbejde. Denne præmis for samarbejdet accepterer SAG1 efterfølgende. Det ses ved, at han tilskriver sig dette "vi" og dermed gør sig til en del af gruppen. Dette kommer for eksempel til udtryk ved måden, SAG1 tager ejerskab, når han over for de andre deltagere opridses, hvad det vil sige at arbejde ud fra disse to faser. SAG1 siger: *"Jamen her og nu fasen er, at vi tager*

udgangspunkt i Katrine, og hun vil gerne være hjemme ved sine forældre". SAG1 styrker efterfølgende et ønske om et fælles "vi" for gruppen, hvilket kommer til udtryk, når SAG1 italesætter et "vi" om de initiativer, som kommunen allerede har sat i værk. Det er et "vi", som gør kommunens arbejde med familien til en del af dialoggruppens samarbejde med og omkring familien.

Taler vi samme sprog?

Det første møde er som nævnt præget af, at gruppen ikke har en klar agenda eller en plan for samarbejdet i gruppen. Det betyder, gruppen bruger tid på at foretage disse forhandlinger for at afklare, hvorledes de kan samarbejde om at løse situationen for Katrine og hendes forældre. I det foregående afsnit viste jeg, hvordan gruppen forsøger at forhandle et "vi" og derved konstituere en form for samarbejde blandt gruppens deltagere. Næste sekvens viser, hvordan Katrines forældre forsøger at genforhandle dette "vi" ved at italesætte, hvordan de oplever forløbet og ved at fortælle om deres ønsker til et potentielt samarbejde i gruppen.

TP: Hvad tænker du i forhold til mødet her (Kigger på Susanne)? Hvad vil du gerne gå her med fra, eller hvad vil du gerne have, at der bliver bragt på banen?

SU: Jamen bare det at vi sidder og taler om Katrine, og taler samme sprog. Det er ret dejligt.

TP: Okay, som vi har gjort indtil nu?

SU: (Græder) Jeg vil bare så gerne have, at hun får det bedre, så vi får det bedre.

TP: Ja.

SU: Det er fordi, at alt det SK [skolelederen] siger, det er rigtigt. Men det er bare en lille del af det, vi oplever derhjemme. Det vi oplever (græder), det er sindssygt, for der har vi virkelig fat i den lille 10-årige pige, som afprøver alting. Mange af de ting, som du fortæller SK, det er jo ting, som vi taler om derhjemme. Så den proces, som når nu du fortæller, at hun bedre kan holde det ud, men processen foregår faktisk derhjemme, for det er der, vi taler om det, fordi vi ved jo godt.... (græder)... Fedt! At jeg så lige bliver filmet her (kigger på kameraet).

TP: Det er der også plads til.

PO: Du kommer ikke i fjernsynet.

SU: Men nu tabte jeg lige tråden.

TP: I møder mest den 10-årige derhjemme.

PO: Det er derhjemme, at vi ser de enorme følelsesudbrud, hvor hun flipper fuldstændig. Jeg glæder mig til den dag, hvor jeg ikke skal gå rundt med ondt i maven, fordi jeg ikke ved, hvad der kommer til at ske om 5 minutter. Hun er så uforudsigelig og kan eksplodere på en uforklarlig baggrund, og sviner sin mor til eller mig til.

SU: Eller slår mig.

PO: Eller slår dig, ja. Og så har vi Kasper [Katrines lillebror] derhjemme, som bliver (kan ikke høres) rigtig mærket af det her. Han går også og er bange for, hvad der sker (...)
(Møde 1, 42:00 - 44:32).

Facilitatoren TP åbner med ytringen ” *Hvad tænker du i forhold til mødet her?* ” op for en samtale med Susanne, hvor hun kan fortælle om sine forventninger til mødet. Susanne responderer ved at italesætte et ”vi” om mødedeltagerne, hvormed hun markerer, at der for hende allerede er skabt et samarbejde i gruppen, og at de med dette ”vi” nu kan arbejde på at løse situationen i fællesskab. Med sit svar skaber Susanne en centripetal diskursiv proces, da hun ved at tilskrive sig dette ”vi” gør sig til en del af gruppen. Susanne fortæller yderligere, at det der for hende angiver et fælles ”vi”, er, at der nu ” *tales samme sprog* ”. Jeg tolker Susannes udsagn til, at det nu er første gang at repræsentanter fra både kommunen, psykiatrien, skolen og familien er samlet for at tale om familiens udfordringer.

Susannes ytring om, at der ” *tales samme sprog* ” signalerer ligeledes et ønske om et dialogisk samarbejde. Det er et samarbejde, som for hende handler om, at alle deltagerne lytter og bidrager med henblik på at løse de problematikker, som Katrine og familien oplever. Facilitatoren TP tolker samtidig Susannes ytring som en feedback på selve mødeformen. Det kommer til udtryk, når TP siger: ” *Okay, som vi har gjort indtil nu?* ”. TP ser det herved som en mulighed for at få feedback på, om Åben Dialog som tilgang fungerer for Susanne, og om hun er tilfreds med måden, mødet bliver faciliteret på. TP åbner derved op for en forhandling af selve formen for møderne, altså måden Åben Dialog tilgangen aktualiseres på. Denne åbning får efterfølgende Susanne til at skifte position, da der opstår en mulighed for at genforhandle den etablerede konsensus omkring et fælles ”vi” i gruppen. Det ses ved, at Susanne forholder sig kritisk til et udsagn, som skolelederen (SK) tidligere kom med. Det er et udsagn, hvor skolelederen udtrykte sin tilfredshed med både Katrines deltagelse og aktivitet i skolen. Susanne siger: ” *Det er fordi, at alt det SK siger, det er rigtigt. Men det er bare en lille del af det, vi oplever derhjemme. Det vi oplever (græder), det er sindssygt for (...)* ”. Jeg tolker Susannes ytring som en polyfonisk respons, der retter sig mod både skolelederen og TP. Det betyder, at Susanne med sin kritik af skolelederens opfattelse samtidig forsøger at modstille sig den konsensus, der synes at være konstrueret omkring et fælles samarbejde i gruppen. Det ses ved, at Susanne med sin ytring skaber en bevidst marginalisering af sin egen *stemme*. Det betyder, at der skabes en centrifugal diskursiv proces, hvor Susanne forsøger at frasige sig det etablerede ”vi” i

gruppen. Det kommer til udtryk i en fortælling, hvor hun modstiller sig det perspektiv, som skolelederen tidligere kom med. Susanne udtrykker sit forbehold igennem et ”men”, et ”men” som indikerer, at det skolelederen og resten af gruppen oplever, kun er en meget begrænset del af Katrines adfærd og psykiske udfordringer. Det er begrænset del, fordi forældrene tager mange af kampene med Katrine derhjemme, hvor de blandt andet arbejder med at udvikle strategier med Katrine, som gør det muligt for hende at gennemføre for eksempel sine undervisningstimer i skolen.

Susannes fortælling er et udtryk for, at hun forsøger at udfordre en etableret konsensus om et fælles ”vi” for gruppen. Det sker ved, at Susanne anvender storytelling, hvormed hun gør opmærksom på, at familien ikke entydigt vil tilskrive sig dette ”vi” i gruppen. Det skyldes, at Susanne er af den opfattelse, at familien står alene med ansvaret for Katrine. Susannes fortælling er også et udtryk for, at hun ønsker at gøre opmærksom på, at der er flere og andre problematikker end at finde en passende boligsituation for Katrine. Susanne retter med sin fortælling også fokus på, at familien oplever at være under et konstant pres, som de har svært ved at magte og derfor ønsker hjælp og støtte fra gruppen. Katrines far Poul supplerer efterfølgende Susannes fortælling, hvilket viser, at han allierer sig med den position, som Susanne forsøger at konstruerer.

Hvem sætter dagsordenen? Muligheder og initiativer

Jeg har i de foregående afsnit vist, hvordan mødedeltagerne forsøger at forhandle en form for fælles ”vi” i gruppen. Jeg pegede i den forbindelse på, at Katrines brev bliver en aktør, som de forskellige deltagere anvender og gør krav på, når der forhandles om, hvad dialogmøderne skal handle om og hvad løsningen for Katrine er. Jeg vil i dette afsnit vise, hvordan gruppen løbende søger at genforhandle formålet med møderne, og derved forsøger at genforhandle selve konstruktionen af et fælles samarbejde i gruppen. Jeg vil i den forbindelse vise, hvordan disse forhandlinger af et fælles ”vi” i gruppen ofte kobles til et spørgsmål om deltagelse. Herved knyttes konstruktionen af et fælles ”vi” også an til en idé om den enkeltes forventninger og ansvar i et sådant samarbejde.

Katrine deltager aktivt i møderne fra møde nummer to. Den følgende sekvens er fra det andet møde og viser, hvordan Katrine også indgår i forældrenes forsøg på at forhandle en dagsorden for møderne.

PO: (...) Jeg synes jo, at formålet med de her netværksmøder er at få et totalt overblik over Katrines, øh, at vi får afdækket Katrines problematikker, og hvordan vi skal hjælpe hende, det er sådan det overordnede mål for mig. Jeg tror ikke, at der egentlig

er nogen som der har et helt overblik, jeg ved, at der er sat nogle diagnoser på hende, men spørgsmålet er, hvilke der er fremtrædende, og hvilke der er mindre fremtrædende. Det ser også ud som om, at der sker en ændring. Katrine slås med nogle spiseproblemer for øjeblikket, som er ret voldsomme, og som så også er dukket op.

KAT: Det er jo bare et symptom.

PO: Ja, det kan man sige er et symptom men stadigvæk øh. Det viser bare, at vi ikke har det totale overblik over, hvad det er, der er galt med Katrine.

KAT: Jeg har et fint overblik, tak!

(... *fortsættes i den følgende sekvens*)

(Møde 2, 5:51 - 6:28)

Sekvensen er et eksempel på, hvordan Poul tilkendegiver, at han har nogle forventninger til, hvad Åben Dialog møderne kan gøre for Katrine og for familiens situation. Møderne giver Poul mulighed for at fortælle deltagerne om, at familien ikke har overblik eller kan se for sig, hvad der skal ske med Katrine i fremtiden. Sekvensen viser også, at Poul taler fra en magtesløs position, idet han fortæller, at han eller resten af familien ikke forstår Katrines psykiske udfordringer og adfærd. Familien ved derfor ikke, hvordan de skal eller bør hjælpe og støtte hende. Denne positionen af magtesløshed, som Poul taler fra, bliver også rettet mod Katrine. Poul åbner herved op for en fortælling, der beskriver familiens usikkerhed og magtesløshed, når det kommer til at hjælpe Katrine. Denne fortælling gør samtidig Katrine til et objekt og en genstand for familiens usikre situation. Det sker ved, at Poul pointerer, at det er Katrine og hendes psykiske udfordringer og adfærd, som bringer disse usikkerheder ind i familien. Pouls fortælling skaber på den måde en skjult polemisk relation til Katrine. Det ses ved, at hans ytringer kun indirekte er adresseret Katrine, de er også henvendt til resten af gruppen. Det at Poul gør Katrine til genstand for familiens situation, får efterfølgende Katrine til at italesætte den polemiske relation mellem sig selv og familien. Det sker ved, at Katrine forsøger at reducere og begrænse sine psykiske udfordringer ved at gøre dem til et individuelt anliggende frem for et familieanliggende. Det gør hun i et forsøg på at undgå at fremstå som genstand for familiens udfordringer og svære situation. Dette ses blandt andet i den følgende sekvens:

KAT: Jeg har et fint overblik, tak!

PO: Godt, i hvert fald at vi andre også får et fint overblik så, så vi kan finde ud af at få afdækket, hvad det er for en støtte, Katrine har behov for. Det er den ene side af sagen. Vi har jo egentlig gået med Katrine længe og har måske aldrig fået, øh, fundet ud af, hvad er det, der er med hende og ændrer det sig? Er det en dynamisk proces, vi er ude i her?

KAT: Jeg tager det i mig, det som jeg sagde. Det var tåbeligt sagt.

PO: Og så er der også det med (kan ikke høres), hvad skal der ske med Katrine fremover på mange forskellige planer på kortere og på længere sigt? Hvordan får vi sikret, at Katrine får et liv, som hun også er glad for?

TP: Mmm.

PO: Og et liv hvor vi andre som familie også kan se, at det fungerer, og det også fungerer for os. Det må være det hellige formål med det her.

TP: Ja. Har du noget konkret til i dag, som du gerne vil have med?

PO: Øhh puhh øhh... Der er nogle konkrete punkter, som jeg gerne vil have fulgt op på fra sidst, ikke.

(Møde 2, 6:28 - 7:38)

Poul gør i ovenstående sekvens Katrine til genstand for familiens problematikker og udfordringer. Denne objektivisering skaber en afstand mellem Katrine og familien, hvilket ses ved, at Poul siger *"Og et liv hvor vi andre som familie også kan se, at det fungerer, og det også fungerer for os"*. Poul markerer med sin ytring, at det er Katrine der med sine psykiske udfordringer bringer en usikkerhed ind i familien. Katrine positioneres gennem Pouls ytringer både som værende en del af familien men også som genstand for familiens udfordringer. Det ses ved, at Poul siger *"vi andre"*, hvilket gør Katrines psykiske udfordringer til noget, som ikke kan forenes med familiens dagligdag, og truer dens stabilitet og sammenhængskraft.

I sekvensen redegør Poul også for, hvad han ser som målet med dialogmøderne. Poul italesætter flere problemstillinger og nævner blandt andet Katrines boligsituation. Han nævner desuden, at familien mangler indsigt og støtte for at kunne håndtere Katrine psykiske udfordringer og adfærd. Sekvensen er herved et eksempel på, hvordan der løbende foregår nogle dynamiske forhandlinger om, hvad dialogmøderne skal handle om. Det er forhandlinger, som handler om hvilke muligheder og drømme de forskellige deltagere ser for samarbejdet i gruppen. Pouls italesættelse af sine drømme og mål for møderne besvares af deltageren TP. Hun siger: *"Ja. Har du noget konkret til i dag, som du gerne vil have med?"*. TP efterlyser således, at Poul forholder sig til noget mere konkret og derved til noget specifikt, som deltagerne kan løse på det pågældende møde. TP's respons gør at Poul svarer følgende: *"Øhh puhh øhh... Der er nogle konkrete punkter, som jeg gerne vil have fulgt op på fra sidst, ikke"*. Dialogen mellem Poul og TP viser, at Poul og familien ikke positioneres i en passiv "patientrolle", men at familien aktivt skal tage del i samarbejdet. Familien positioneres dermed ikke kun som passive hovedpersoner, for hvem kommunale systemer og forskellige fagprofessionelle skal hjælpe og støtte. Det forventes derimod at familien agerer aktivt og målrettet, som deltagende aktører og samarbejdspartnere i arbejdet om at finde løsninger.

Familiens rolle - det indledende samarbejde i gruppen

De foregående eksempler viser, hvordan familien inddrages i dialogen, og hvordan der er en forventning om, at familien er en aktiv, målrettet og deltagende part i samarbejdet, som bidrager med at løse egne udfordringer. Familiens rolle som aktiv deltagende part er, under møderne, løbende til forhandling mellem deltagerne. Det sker især på de første møder, hvor deltagerne er usikre på, hvordan et egentligt samarbejde skal effektueres, og hvad de i fællesskab kan nå frem til. Det følgende eksempel viser, hvordan familiens rolle er til forhandling, samt hvilke muligheder de forskellige deltagere ser for samarbejdet i gruppen:

SL: Vores billede af Katrine er, at hun bliver ved med at komme hjem. Jeg tror ikke, at vi får Katrine til at give slip på den måde, før man laver en kombination. Jeg sidder og tænker på, om ikke man også af hensyn til familien kan lave en kombination med, at hun er en dag hjemme, to dage hjemme og ellers skal være et andet sted, og så kan komme hjem igen. For det er også noget med, at der ligger et eller andet. En fast struktur. Jeg tænker noget med, for jeg ved ikke, hvor meget I arbejdede med ”Skovlunden” (anonymiseret) om det, men det med at man for eksempel skal hjem onsdag eftermiddag, så er det dét man skal. Jeg tror simpelthen, at hvis familien skal skånes, og hvis Katrine skal rykke sig, så er man simpelthen nødt til at tage over her i forhold til de beslutninger, for jeg tænker også, at hun har været af sted et par gange, hvor Susanne ringede, og det som I beskriver nu. Det er også noget med, at hun egentlig ikke skal have lov til det der, som bliver et spil og et tyranni i forhold til det at være 10 år. Det er jo også trods. Hun er frygtelig trodsig overfor sin mor. Mor skal jo rette ind, altså. Og gør hun det ikke, så begår jeg selvmord, eller også siger jeg som en ugle nede i baghaven, altså come on, ikke.

SAG1: Shit.

SL: Det er jo det stunt, hun laver. Og når hun beskriver mor for os, så siger hun, at det er synd for mor, og at hun har ondt og sådan noget. Hun fortæller jo ikke de ting. Det ved vi gennem familien, men jeg har alligevel set det en gang efter et møde, hvor hun blev meget aggressiv på jer. Der så jeg lige, du ved spidsen af sådan en tur, ikke. Så jeg tænker på en eller anden måde at netop den med netværket, og at alle er med omkring. Altså finde en eller anden særlig konstruktion. Jeg tror ikke på, at der er nogen institution, der lige passer ind.

P1: Nej.

(... *fortsættes i den følgende sekvens*)

(Møde 1, 1:12:01 - 1:14:28)

Sekvensen viser, hvordan skolelederen (SL) på det første møde argumenterer for, at forældrene står med et for stort ansvar i forhold til pleje og støtte, samt det at træffe et valg angående Katrines boligsituation. Skolelederen argumenterer for, at gruppen er nødt til at overtage nogle af disse

beslutninger. Skolelederen giver også udtryk for, at det kan blive svært at finde et ideelt opholdssted til Katrine, som vil passe til hendes behov, og at det derfor må være gruppens første opgave at få familien aflastet. Sekvensen viser, hvordan skolelederen forsøger at sam-konstruere et "vi" omkring det at få hjulpet Katrine og aflaste familien. SL forsøger herved at konstruere et stærkt og styrende "vi" for gruppen. Det er et "vi" som tager ansvar samt noget agens fra familien, da skolelederen mener, at de står med et for stort ansvar. Jeg tolker SL's fortælling som et forsøg på at samle gruppen om et samarbejde. Det gør SL gennem en fortælling, der beskriver den fastlåste situation, som familien befinder sig. SL argumenterer for, at familiens rolle skal reduceres, og at samarbejdsgruppen skal hjælpe med at gennemtvinge nogle beslutninger over for Katrine. Det mener SL er nødvendigt, da hun er af den opfattelse, at Katrine ikke har tænkt sig at bo andre steder end hjemme hos sine forældre. Det kommer til udtryk i den videre dialog:

(fortsat)

P1: Nej.

SL: Det kan være, at der er det på sigt. Jeg kender ikke lige det der, øh, men det kan være, at der er det på sigt. Men jeg tænker, det du siger om en fase 1, at hvordan får man ligesom skabt et rum til familien og får markeret over for Katrine, at du skal bare hjemmefra, det ligger bare fuldstændig fast, og vi er en hel gruppe der støtter op om det. Og så tænker jeg, det der SAG1 siger om fleks.

SAG1: Men det prøvede vi jo!

SL: Okay.

SAG1: Det var lidt det med det "Paddehatten" [kan ikke høre], det med at det var lige rundt om hjørnet i X (anonymiseret bynavn). Det var hendes egen lejlighed med støtte på, som kunne aftales individuelt, hvornår det skulle være [kan ikke høres]. Det gik så desværre ikke.

SL: Det skal måske være et mindre miljø? Er hun for gammel til, at man snakker en eller anden familie?

P1: Aflastningsfamilie? Det sad jeg også lige og tænkte på.

SL: En professionel aflastningsfamilie.

SU: Hendes største frygt er, at hun vil rigtig gerne være alene, men når hun så er alene, så er det den største frygt for hende, altså hun vil gerne være sammen med andre mennesker, men når hun er sammen med andre mennesker, så vil hun helt vildt gerne være sig selv, altså hun bliver angst og bliver ensom og føler sig voldsomt forladt. Og det er så der, at hun skærer i sig selv eller kaster op helt vildt meget eller gør noget helt tredje. Og det kommer i løbet af to dage, og så er hun helt dernede hvor...

PO: Hvor hun laver den der stærkt selvskadende adfærd, ikke.

SU: Det er den der angst, ensomhed og forladthed, og det er derfor, at hun ikke kan bo alene.

(Møde 1 - 1:14:28 - 1:16:15)

Konstruktion omkring et fælles ”vi” i gruppen er fra SL’s side forbundet med, at deltagerne påtager sig et større ansvar over for familien. Det betyder også, at gruppen arbejder ud fra den tidligere fremlagte plan om at arbejde i to faser. En ”her og nu fase” der skal finde løsninger på at hjælpe og støtte Katrines forældre. Og en ”på sigt fase” hvor der skal findes et fremtidigt hjem til Katrine. For SL danner selve arbejdet med de to faser grundlaget for et potentielt samarbejde i gruppen, og derved et grundlag for, at der kan skabes et konstituerende ”vi” blandt deltagerne. SL argumenterer for, at dette nye fælles ”vi” skal tage en mere styrende rolle i forbindelse med samarbejdet med familien, hvilket for eksempel kommer til udtryk, da SL siger: *(...) får markeret over for Katrine, at du skal bare hjemmefra, det ligger bare fuldstændig fast, og vi er en hel gruppe, der støtter op om det.* Denne konstruktion af et samarbejde bliver efterfølgende udfordret af deltageren SAG1, der siger: *”Men det prøvede vi jo!”*. Med denne ytring erklærer SAG1 sig uenig med SLs forslag om, at Katrine kun skal være hjemme nogle dage om ugen for derved at aflaste familien. SAG1 argumenterer for, at sådan en model allerede har været afprøvet, og at der derfor ikke vil fungere igen. Det får SL til at foreslå, at der kunne gøres et nyt forsøg, hvilket får deltageren P1 til at ytre ideen om en mulig aflastningsfamilie til Katrine. Dialogen mellem deltagerne SL, P1 og SAG1 er et eksempel på, hvordan samarbejdet, og derved det fælles ”vi” konstant er til forhandling i gruppen. Dialogen er også et eksempel på, hvor dynamiske forhandlingerne er på især de første møder, hvor der hersker stor usikkerhed om både samarbejdet i gruppen og om mulighederne for at kunne hjælpe Katrine og hendes forældre.

Den forrige dialogsekvens mellem deltagerne er yderligere et eksempel på, hvordan deltagerne SL og P1 udviser åbenhed for at finde ”alternative” løsninger. Det gør de ved at anvende hinandens forskellige fagligheder som ressourcer til at finde fælles løsninger. Anderledes udviser SAG1 en ”lukkethed”, idet hans respons afspejler, at han har en forudindtaget holdning om, at løsningen kun kan handle om at finde et anbringelsessted, som vil kunne rumme Katrine og hendes psykiske udfordringer. I dialogen mellem de tre deltagere SL, P1 og SAG1 artikuleres der en kamp, som viser, hvordan der foregår en kamp mellem henholdsvis centripetale og centrifugale diskursive processer om konstruktionen af et samarbejde og i konstruktionen af et konstituerende fælles ”vi” for gruppen. Denne kamp ses også, når det kommer til forhandlingerne af gruppens mulighed for at finde et anbringelsessted til Katrine, hvilket følgende sekvens er et eksempel på.

TP: (...) Nu skal vi tilbage til mødet for SAG1 skal også lige, og så tager vi snakken bagefter fælles. Hvad tænker du om mødet her (kigger på SAG1)?

SAG1: Jeg vil så gerne, at tingene lykkes.

TP: Ja.

SAG1: Jeg har ikke noget som helst andet formål. Mit job er, at få ting til at lykkes. Rent ud sagt. Jeg vil så gerne, at vi finder et sted til Katrine, og at Katrine får det godt, og at forældrene får det godt. Det er det, det hele handler om. At finde det rigtige sted. Men vi er også oppe imod nogle satans besparelser oppe hos os, og det går også ud over de steder, vi finder, for vi får jo at vide, vi sagsbehandlere, at vi skal anbringe i egen kommune til at starte med.

TP: I skal starte i egen kommune?

SAG1: Ja. Hvis der er anbringelser, så kan det være i egen kommune. Så skal det være i egen kommune, da det giver ansættelser i egen kommune. Det har vi fået at vide. Til at starte med så synes jeg, at vi skal tage udgangspunkt i, hvad hun selv ønsker. Hun ønsker at bo i nærheden af sine forældre. Hun ønsker at gå på "den lokale skole" (anonymiseret), og ja, så vil hun egentlig heller ikke flytte hjemmefra. Det lyder det som om i det brev. Så tænker jeg okay, der er det "Paddehatten" (anonymiseret) deroppe. Det er "Paddehatten", som man bor i X (anonymiseret bynavn), og hvor man har otte lejligheder og har sin egen lejlighed. Med køkken og et lille rum man kan være i, så kan man selv til- og fravælge fællesskabet, ikke? Og man ville stadigvæk kunne gå på "den lokale skole" (anonymiseret), ikke? På tegnebrættet lyder det altså som en meget god løsning, men øh, det gik så ikke. Så i mit fravær på grund af en operation [kan ikke høres], så er der meget dialog i min gruppe ikke, med afdelingslederen. Så det er jo ikke mig, der træffer beslutningerne, men et enigt udvalg der træffer beslutninger oppe hos os. Så lykkes det os at komme frem til "Skovlunden" (anonymiseret), der er et fasttømret sted [kan ikke høres], og det har de været de sidste mange år. Så tænkte vi, at det måske kunne være muligt at få et professionelt opholdssted frem for den selvstændige støtte, så kom hun der ud, og derfor vil jeg stadigvæk bare gerne have, at det lykkes her tredje gang. Men jeg ved ikke, hvordan det kommer til at lykkes, men vi må finde ud af, hvordan det kan komme til at lykkes også med forældre, og med hvordan pokker det kan komme til at fungere. Jeg ved ikke om, jeg ved ikke om afstand kunne være løsningen. Måske er det for let nogle gange bare at tage hjem. Måske ville det være lettere at få klaret situationen, få klaret meltdownen, af nogle pædagoger, for så at forældrene kan blive ringet op lidt senere og få (kan ikke høres) at vide, at nu har vi gjort sådan og sådan, og på den her måde. Jeg kunne godt tænke mig, at I bliver taget fri for det (...)

(Møde 1, 49:33 - 53:14)

Dette eksempel er fra det første møde. Sekvensen starter med, at facilitatoren TP inviterer den kommunale sagsbehandler SAG1 til at tage ordet for at forholde sig til familiens og især Katrines situation. Deltageren SAG1 svarer følgende på TP's spørgsmål: *"Jeg vil så gerne, at tingene*

lykkes". SAG1 svarer ud fra en *I-for-myself* relation. Ud fra denne *I-for-myself* relation angiver han, at han ser sig selv som del af gruppen og derved som en del af det videre samarbejde om at hjælpe familien. Denne position styrker SAG1 yderligere, når han supplerer med: "**Jeg vil så gerne, at vi finder et sted til Katrine, og at Katrine får det godt, og at forældrene får det godt**". I denne ytring positionerer SAG1 sig som del af gruppen, og med-konstruerer derved et "vi" om samarbejdet blandt deltagerne. SAG1 indskriver sig med sin ytring samtidig i diskursen om, at familien står i en akut situation og har brug for hjælp.

SAG1 signalerer senere i sekvensen et forbehold omkring sin deltagelse i gruppen. Det ses ved, at han udtrykker en usikkerhed for sine muligheder for at hjælpe Katrine. Dette forbehold kommer til udtryk ved, at SAG1 gennem en *I-for-Others* relation fortæller følgende: "*Men vi er også oppe imod nogle satans besparelser oppe hos os, og det går også ud over de steder, vi finder, for vi får jo at vide, vi sagsbehandlere, at vi skal anbringe i egen kommune (...)*". Det er gennem denne *I-for-Others* relation, at SAG1 også indskriver sig i en anden gruppe, hvis interesser måske vil kollidere med dialoggruppens målsætninger og ønsker. Deltageren SAG1 markerer derfor et forbehold, som kommer til udtryk som en indre konflikt om deltagelse for SAG1. Det ses ved, at han indskriver sig som deltager i flere fællesskaber, som muligvis kan have divergerende interesser. Konflikten kommer til udtryk ved, at SAG1, som sagsbehandler i Odsherred Kommune, på den ene side er del af et fagligt fællesskab. Det er et fagfællesskab, der ifølge SAG1, er styret af økonomiske rationaler. På den anden side er SAG1 også deltager i dialoggruppen, som arbejder ud fra andre forudsætninger. Denne situation medfører en potentiel konflikt, som kan begrænse hans deltagelse i dialoggruppen. Helt konkret kan han blive begrænset af nogle økonomiske restriktioner, som handler om selve udgiften på et opholdssted til Katrine, og at en eventuel anbringelse skal ske i egen kommune, da det vil skabe kommunale arbejdspladser. SAG1 gør således opmærksom på disse forbehold og på en potentiel spænding for hans deltagelse i samarbejdet, når han siger: "*(...) vi får jo at vide, vi sagsbehandlere (...)*". Med denne ytring italesætter han, at han som sagsbehandler også er deltager i et andet "vi", som arbejder under nogle andre forudsætninger. Nogle forudsætninger der kan kolliderer med Åben Dialog gruppens ønsker og krav til et samarbejde. Ytringen er således et udtryk for en indre dialogisk konflikt i SAG1, hvor fagfællesskabet som sagsbehandler aktualiseres, som den *anden* og som en gruppe af *inner-Others*. Disse *inner-Others* opererer ud fra andre rationaler og logikker end dialoggruppen. SAG1's ønske om at hjælpe familien og gavne samarbejdet i gruppen bliver således konfliktfuldt, da han ser en

potentiell spænding, som skaber restriktioner for hans deltagelse i gruppen. SAG1's konflikt om deltagelse kommer også til udtryk i det følgende, hvor SAG1 siger: *"På tegnebrættet lyder det altså som en meget god løsning, men øh, det gik så ikke. Så i mit fravær på grund af en operation, så er der meget dialog i min gruppe, ikke, med afdelingslederen. Så det er jo ikke mig, der træffer beslutningerne, men et enigt udvalg der træffer beslutninger oppe hos os (...)"*. SAG1 pointerer her, at selvom han deltager i dialoggruppen og i samarbejdet, så er hans deltagelse fyldt med restriktioner, da han ikke er beslutningsdygtig før han har vendt eventuelle løsninger med sit bagland og sin leder. Jeg ser desuden SAG1's ytringer, som et udtryk for at han forsøger at fritage sig fra det pres, der kan ligge på hans skuldre i forhold til, at det er ham, som sagsbehandler, der skal godkende de økonomiske aspekter ved de løsninger, som gruppen finder frem til.

Det foregående tekstuddrag viser også, hvordan SAG1 har nogle forudindtagede holdninger til, hvilke løsninger dialoggruppen kan komme frem til. For SAG1 handler det om at finde et passende anbringelsessted til Katrine, hvilket ses i ytringen *"det rigtige sted"*. Det betyder også, at SAG1 ikke kun reducerer sin egen deltagelse i gruppen men også gruppens handlerum for, hvad han mener, der kan opnås med samarbejdet. Denne indskrænkning af muligheder reducerer herved selve dialogen i gruppen. Det betyder, at dialogen i gruppen kommer til at handle om mulige anbringelsessteder frem for, at dialogen anvendes til at finde fælles løsninger i samråd med familien. Denne forudindtagede holdning, som SAG1 udviser, arbejder imod de principper, som Åben Dialog tilgangen bygger på, idet Åben Dialog tilgangen vægter en dialogisk udforskning mod en fælles løsning. At SAG1 er forudindtaget i forhold til, hvilke løsninger gruppen kan nå frem til, skal ses i lyset af, at han også skal tilgodese kommunens interesser. Herved kompliceres den dialogiske øvelse og udforskning mod en fælles løsning, da SAG1 hele tiden skal være opmærksom på, hvad hans kollegaer og afdelingsleder kan godkende af løsninger. Sekvensen er et eksempel på den kompleksitet og forhandling, som en dialogisk tilgang skal kunne rumme, idet alle aktørerne er styret af egne interesser og faglige perspektiver.

Den foregående sekvens, viser også en anden spænding og potentiel konflikt for deltagerne i gruppen. Det kommer til udtryk ved, at SAG1 laver en kort opsummering af Katrines sagsforløb, idet han redegør for omstændighederne ved de sidste anbringelser. Jeg vil pege på, SAG1 med sin opsummering af sagsforløbet forsøger at henvende sig til flere modtagere i gruppen. Det ses ved, at den på den ene side kan tolkes som en orientering om forløbet, en orientering der er rettet imod de

andre fagprofessionelle. På den anden side er SAG1s opsummering af forløbet også adresseret familien. Jeg vil pege på, at når SAG1 henvender sig til familien så markerer han samtidig en skjult polemisk relation mellem kommunen og familien. Det kommer til udtryk ved en indirekte kritik af familien og måden, hvorpå familien håndterede forløbet sidste gang, de valgte at flytte Katrine hjem på grund af mistriksel. SAG1 siger for eksempel: *"Jeg ved ikke om afstand kunne være løsningen. Måske er det for let nogle gange bare at tage hjem. Måske ville det være lettere at få klaret situationen, få klaret meltdowen, af nogle pædagoger, for så at forældrene kan blive ringet op lidt senere, og få at vide, at nu har vi gjort sådan og sådan (...)"*. SAG1 henvender sig til familien og italesætter en forforståelse om, at familien har været for hurtige til at konkludere, at de sidste to anbringelser har været fejlslagne. På det første møde udvikler denne problematik sig senere til en reel konflikt mellem den kommunale sagsbehandler og familien. En konflikt som jeg vil belyse i den næste analysedel.

Analysedel C

I analysedel B viste jeg, hvordan særligt Katrines brev bliver en *stemme* og en aktør i forhandlingerne af et samarbejde i gruppen. Jeg pegede ligeledes på, hvordan forhandlingerne om at konstruere et "fælles" "vi" i gruppen førte til spændinger blandt deltagerne. Det er spændinger, der kommer til udtryk som en kamp mellem centripetale og centrifugale diskursive processer, hvor deltagerne på hver sin måde søger at præge og definere samarbejdet i gruppen.

I denne analysedel vil jeg belyse, hvordan forhandlingen af et fælles "vi" for gruppen fortsat skaber spændinger mellem deltagerne. Jeg vil her undersøge, hvilke *stemmer* der dominerer, og hvilke *stemmer* der marginaliseres i forhandlingerne omkring et fælles *samarbejde* for gruppen. Det vil sige, at jeg i dette afsnit har særligt fokus på relationelle spændinger mellem deltagerne. Det betyder, at jeg undersøger, hvordan spændinger både manifesterer sig som konflikter mellem deltagerne, og hvordan de skaber alliancer blandt deltagerne.

Konflikter om ansvar og anbringelse

Katrine forklarer i sit brev, at hun er utilfreds med sit sagsforløb og særligt kommunens beslutning om, at bostedet Palmehaven er det rigtige sted for hende. Jeg pegede i slutningen af sidste analysedel på, hvordan spørgsmålet om anbringelse skaber nogle spændinger mellem deltagerne, og særligt mellem den kommunale sagsbehandler og familien. Jeg vil i dette afsnit analysere, hvordan

disse spændinger aktualiseres i dialogen mellem deltagerne. Jeg vil desuden undersøge, hvordan tidligere spændinger og konflikter mellem familien og kommunen igen bliver aktuelle på Åben Dialog møderne. Jeg vil i den følgende sekvens vise, hvordan der opstår spændinger imellem nogle af deltagerne i gruppen:

SAG1: (...) Vi må få det tåleliggjort for familien for fanden, indtil vi har fundet et sted, hvis vi kan finde et sted. Fordi...

TP: Ja, så du tænker på, hvordan kan vi hjælpe Susanne og Poul og Katrine og Kasper her og nu, og indtil der bliver...

SAG1: Ja, sgu da. For jeg tænker, at vi har N [Psykolog og støtteperson til familien], og som har lidt samtaler primært med Katrine, i hvert fald som en slags familierapeut. Det er i hvert fald meningen, og det som han er sat på til [kan ikke høres]. Men I kan jo selv strukturere, hvordan det skal være. Og undskyld jeg lige afbryder, men jeg ved ikke lige, hvordan N arbejder, men vi har jo også individuelle aftaler, og jeg ved, at I har gode erfaringer med ham. Ej, det skal bare lykkes det her, og vi skal have fundet noget, og det skal være snart.

TP: Ja.

SAG1: Det vil jeg super gerne have, ja.

TP: Ja, det hører jeg også, at du siger at i forhold til det ønske, så er der også et pres på dig, for du sidder i kommunen, som den der ligesom, og sammen med dine gruppe, selvfølgelig skal være med til at finde et egnet sted.

SAG1: Ja.

PO: Man kan sige, at der er to ting, der ligesom taler i samme retning her, for hvis du har et krav for afdelingen om, at det primært skal være inden for kommunens grænser.

SAG1: Nu har vi prøvet det. Det vil jeg sige.

PO: Ja ja, men det spiller jeg meget godt sammen med, at vi ikke vil have det for langt væk, ikke? Og en eller anden kold tyrker, hvor hun bliver revet op med roden, og bliver taget væk fra skole og taget væk fra det område, som hun er vokset op i. Og fra de mennesker som hun kender og sendt til Jylland eller et eller andet. Det tror jeg, det vil ende meget galt. På meget kort tid.

SAG1: Forstår du, hvorfor jeg tænker sådan nogle gange?

PO: Jeg kan godt forstå, hvor du vil hen.

SAG1: Det er for nemt! Det er for nemt nogle gange at tage hjem. Jeg ved det ikke, det er åbenbart sådan, man tænker det.

SU: Det er jo ikke nemt.

PO: Nej.

SU: Hun har jo Asperger, og hvis man sætter sig ind i hendes diagnoser og hendes problematikker, så er det jo ikke nemt. Det er jo pisse svært for Katrine. Hun siger jo heller ikke, at hun vil være på skolen eller vil være hos os. Hun siger, hun kan ikke andet. Hun kan kun være på skolen, og hun kan kun være hos os. Og så er det, at vi skal hjælpe hende til, at hun kan tro på, at hun kan kunne noget andet, men i Katrines

hoved, der er så mange begrænsninger, som er qua de her udfordringer, hun har. Det er jo ikke normalt det her. Hun er ikke normal.

SAG1: Nej, det... (...).

(Møde 1, 57.55 - 1:00:17)

Sekvensen starter med, at deltageren SAG1 gør sig til del af dialoggruppen og derved til en del af samarbejdet med familien. Dette sker gennem en centripetal diskursiv proces, hvor SAG1 medkonstruerer sin deltagelse i et fælles "vi". Et "vi" som betegner gruppens fremtidige samarbejde og forpligtelser over for familien. SAG1 siger for eksempel: "*Vi må få det tåleliggjort*" og "*indtil vi har fundet et sted*". Disse udsagn viser, at SAG1 ser det som en fælles opgave for gruppen at finde en løsning på familiens problematikker. At ansvaret for at hjælpe Katrine og familien konstrueres som et fælles anliggende ses også i TP's respons til SAG1, når hun parafraserer og opsummerer hans tale: "*Ja, så du tænker på, hvordan kan vi hjælpe Susanne og Poul og Katrine og Kasper her og nu, og indtil der bliver (...)*". SAG1 fremhæver herefter nødvendigheden af, at gruppen snart skal nå frem til en løsning. SAG1 indskriver sig herved i en fælles diskurs om, at familien er presset, og at de befinder sig i en situation, hvor de har akut behov for hjælp. SAG1's forsøg på at etablere en konsensus om, at ansvaret for at finde løsninger er et fælles anliggende udfordres efterfølgende af facilitatoren TP fra distriktspsykiatrien, idet hun siger: "*Ja det hører jeg også, at du siger at i forhold til det ønske, så er der også et pres på dig, for du sidder i kommunen, som den der ligesom, og sammen med din gruppe, selvfølgelig skal være med til at finde et egnet sted*". TP påpeger, at SAG1's ønske om at finde en hurtig løsning for familien også har at gøre med, at SAG1 oplever et personligt pres, da han som kommunal sagsbehandler er ansvarlig for at finde et anbringelsessted til Katrine. TP skaber med sin ytring en centrifugal diskursiv proces, som kommer til udtryk ved, at TP ekskluderer SAG1 fra det fælles "vi" i gruppen, da han som socialrådgiver har andre interesser og målsætninger end dialoggruppens. TP's signalerer herved, at hun ikke ser Åben Dialog møderne, som en tilgang der vægter og anerkender økonomiske rationaler og diskurser, når det kommer til at finde løsninger. I dialogen opstår der således en kamp mellem centripetale og centrifugale diskursive processer, hvilket kommer til udtryk i en forhandling om, hvilken viden og derved ideologi der skal danne grundlag for møderne og samarbejdet blandt deltagerne. Dette er en pointe, som jeg vil forfølge i den næste analysedel (se analysedel D).

Jeg pegede i det forrige afsnit på, at SAG1 oplever udfordringer med at gøre sig til en del af dialoggruppen. Denne problematik ses også i sekvensen og i Pouls respons til SAG1, idet Poul

opsummerer kommunens krav om, at en anbringelse skal foregå lokalt i kommunen. Poul markerer med sin opsummering en kløft, idet han italesætter et "du" og et "os", hvilket ekskluderer SAG1 fra et fælles "vi" i gruppen. Pouls ytring skaber dermed en centrifugal og centripetal proces, hvor han ekskluderer SAG1 fra gruppen for herved at forsøge at konturerer et nyt "vi" udenom SAG1. Det skaber en polemisk relation mellem de to deltagere. En polemisk relation som senere i sekvensen munder ud i en konflikt. Konflikten kommer til udtryk ved, at SAG1 italesætter en skjult polemisk relation til familien. Det ses ved, at han retter kritik af måden, familien har håndteret situationen omkring Katrines tidligere anbringelser. SAG1 siger: *"Det er for nemt! Det er for nemt nogle gange at tage hjem. Jeg ved det ikke, det er åbenbart sådan, man tænker det"*. "Man" er her en skjult og indirekte reference til forældrene, og SAG1 gør dermed forældrene til genstand for sin kritik. Det gør han, når han henviser til, at forældrene under den første anbringelse hentede Katrine hjem, da de fandt ud af, at hun ikke trivedes på bostedet og var begyndt på en selvskadende adfærd. SAG1 argumenterer for, at Katrine vil få det godt på anbringelsesstedet Palmehaven, der geografisk ligger langt fra familiens bopæl. SAG1 argumenterer på den måde for en fjernanbringelse, da han er af den overbevisning, det vil styrke Katrine at komme langt væk hjemmefra og blive adskilt fra familien. Susanne og Poul er uenige i den udlægning. Susanne svarer:

Hun har jo Asperger, og hvis man sætter sig ind i hendes diagnoser, og hendes problematikker, så er det jo ikke nemt. Det er jo pisse svært for Katrine. Hun siger jo heller ikke, at hun vil være på skolen eller vil være hos os. Hun siger, hun kan ikke andet (...). (se sekvens)

Susanne retter en indirekte kritik af SAG1, hvilket kommer til udtryk i anvendelsen "man". Susanne kritiserer SAG1 for ikke at have tilstrækkelig indsigt, når det kommer til, hvilke diagnoser og psykiske udfordringer Katrine kæmper med. Diskussionen og konflikten er også et udtryk for en ideologisk diskussion mellem de to parter, da de har forskellige vidensinteresser. Det ses ved, at SAG1 forsøger at aktualisere en økonomisk diskurs og ideologi, hvor "redskabet" er en fjernanbringelse. På den anden side forsøger Susanne at aktualisere en pædagogisk og psykosocial behandlingsdiskurs, når hun foreslår en "metode", hvor de i fællesskab, i gruppen, skal arbejde mod at styrke og udvikle Katrine personligt, så hun langsomt lærer at blive mere selvstændig. Susanne argumenterer hermed for, at ansvaret for Katrine varetages af gruppen, så alle deltagerne yder støtte og hjælper med at finde et bosted tæt på familien. Sekvensen fortsætter således:

SAG1: Nej, det...

SU: ... Det er jo helt unormalt at være sådan her, og som hun selv siger. Og det er jo sindssygt, vil I måske sende en 10-årige ud og flytte og bo alene, siger hun så. Og det

kan vi jo kun svare hende, at det vil vi jo ikke, men det er jo rigtig nok, for I har selv mødt Katrine, så er det rigtig svært, for det er jo så sindssygt at se på. Og samtidig der siger vi jo, at vi skal finde på et eller andet men øh...

PO: Det skal nok være sådan noget, som en glidende proces, som vi skal ud i, og jeg synes stadigvæk, at det er en god idé, for der må vel være andre opholdssteder i kommunen. Det er der jo.

SAG1: Jeg kender dem rigtig rigtig godt, og jeg vil sige, at hvis "Skovlunden" (anonymiseret) ikke kan klare det, så tror jeg altså ikke, at andre kan i hele vores kommune. Hvor man kan bo, og hvor de kan bokse med jeres datter...

PO: Nu skal vi ikke diskutere "Skovlunden"!

TP: Lige et øjeblik!

SAG1: Det var bare det jeg vil sige.

PO: Jamen, så er jeg ikke enig med dig. Det vil jeg sige.

TP: Der er en finger herover (kigger på P1). Men inden da så det jeg hører dig (kigger på SAG1) sige er, at der var prøvet to steder i kommunen, så nu var der en mulighed for, hvis det var, at kigge ud over kommunen, hvis det var.

SAG1: Absolut absolut.

TP: Samtidig med at jeg også hører, at Poul siger, at der også vil være problemer med, hvis der bliver hevet op med roden.

SAG1: Det kan jeg også godt forstå. Men hvad sagde du (Kigger på P1)?

P1: Jeg tænker, at SAG1 var inde på det før, hvor SAG1 sagde det med, at et muligt nyt opholdssted skal være med til et møde, for jeg har brugt rigtig rigtig lang tid på at forstå Katrines problematik eller begynde at forstå den. Og du siger, at det tager lang tid at lære Katrine at kende, og jeg tænker, at det er vigtig uanset opholdssted. Jeg ved ikke med "Skovlunden" eller "Paddehatten", eller hvilken forudsætninger de havde, men jeg tænker, at hvis jeg havde et opholdssted, og jeg fik sådan en pige som Katrine, så ville det også være en svær opgave, fordi lige præcis det med, at man møder noget, og så viser det sig at være noget helt andet, når det kommer til stykket. Jeg tænker en proces, vi snakkede faktisk også om det, men der var det for sent, at vi skulle have haft behandleren fra "Skovlunden" med i vores proces og i vores samtaler.

TP: Ja, hvor du og jeg snakker sammen med Katrine og Susanne.

P1: Ja, men så var det, at Katrine flyttede, inden hun nåede at komme med. Jeg tænker uanset, så skal der være nogen af os, som kender Katrine, der sammen med jer klæder disse mennesker på.

SAG1: Super god ide.

P1: Ja, og laver et tæt tæt samarbejde fordi...

TP: Ja, det er en rigtig god ide.

P1: Jeg tror, at det vi har brugt så lang tid på at forstå, og som vi godt kan give videre, og som hjælper dem for Katrine er, øh, man kan ikke bare læse en bog om Asperger, og så forstå hvad det er. Man bliver nødt til at forstå det, da det er en meget kompliceret problematik. Jeg ved ikke, hvad opholdssted det skal være, og hvad der er

bedre end ”Skovlunden” (anonymiseret). Det ved du bedre end jeg (kigger på SAG1). Men jeg tror, at samarbejde er afgørende.

TP: Jeg så godt din finger (Kigger på L1), men jeg vil sige, det som L1 sagde med, at det er første gang, at vi sidder sådan her, og at I har 20 års erfaring (kigger på familien), du sidder med over 2 års erfaring (kigger på L1), og du har også 2 års erfaring eller mere, ikke? (kigger på P1)

P1: Jo.

TP: Og den erfaring siger også noget om, hvor lang tid det tager at forstå kompleksiteten.

(Møde 1, 1:00:17 - 1.04.00)

Susanne og Poul diskuterer i starten af sekvensen, at der er en dobbelthed med Katrine. På den ene side har hun brug for at komme hjemmefra, da familien ikke kan tilbyde hende professionel behandling og pleje. På den anden side fortæller familien, at Katrine ikke vil kunne håndtere en anbringelse, fordi hun på nogle områder mentalt fungerer som en 10 årig. Katrine kan derfor ikke håndtere at blive adskilt fra familien, da det tidligere har vist sig at føre til en stærkt selvskadende adfærd og til selvmordsforsøg. Familiens ønske er derfor, at Katrine skal bo på et bosted, der er tæt på familien. I sekvensen kommer det til en konflikt mellem Poul og Susanne og SAG1. Det sker, da SAG1 argumenterer for, det ikke er muligt at finde et passende anbringelsessted til Katrine inden for kommunens grænser. Konflikten kommer igen til udtryk som en skjult polemisk relation, idet den aktualiseres som et indirekte angreb, hvor anbringelsesstedet bliver objektet for diskussionen mellem parterne. Konflikten mellem de to parter – familien og sagsbehandleren – bliver forsøgt medieret af facilitatoren TP. Det sker ved, at hun afbryder dem, når hun siger: *”Der er en finger herover (kigger på P1). Men inden da så det jeg hører dig (kigger på SAG1) sige er, at der var prøvet to steder i kommunen, så nu var der en mulighed for, hvis det var, at kigge ud over kommunen, hvis det var”*. TP forsøger, ved hjælp af opsummerende tale, at bygge bro mellem de to parter. Hun åbner samtidig for, at SAG1 og kommunen ikke længere kan begrænse en potentiel anbringelse til egen kommune, da det har været prøvet to gange uden gode resultater. Det erklærer SAG1 enig i, idet han skifter position og holdning, når han efterfølgende ytre: *”Absolut absolut.”*. TP opsummerer også Pouls pointe, idet TP siger: *”Samtidig med at jeg også hører, at Poul siger, at der også vil være problemer med, hvis der bliver hevet op med roden”*. En pointe som SAG1 efterfølgende erklærer sig enig i med følgende ytring: *”Det kan jeg også godt forstå”*. TP’s mediering af konflikten viser, at der hersker en behandlingsdiskurs på møderne, som aktualiseres som den grundlæggende vidensinteresse for dialogen mellem deltagerne. Det er en behandlingsdiskurs som TP indholdsudfylder ved, at hun lægger vægt på, at der i gruppen skal

arbejdes med initiativer om en personlig udvikling af Katrine frem for en løsning om fjernanbringelse. Det at en specifik viden får forrang i forhandlingerne, og skaber magt og subjektivering, der privilegerer nogle *stemmer* frem for andre, ses for eksempel ved, at den får SAG1 til at skifte holdning i anbringelsesspørgsmålet.

I foregående sekvens ses det, at der på møderne opstår en forhandling af viden blandt deltagerne. Her ses det, hvordan der fremtvinges et ”fælles” ”vi” om gruppens samarbejde. Det sker ved, at deltagerne TP og P1 anerkender deltagerne i gruppen for at besidde erfaringer og indsigt, som kan hjælpe gruppen til at finde løsninger for Katrine og familien. Deltageren P1 siger: *”(...) og hvad der er bedre end ”Skovlunden”. Det ved du bedre end jeg (kigger på SAG1). Men jeg tror, at samarbejde er afgørende”*. P1 roser her SAG1, men taler samtidig for et fælles samarbejde i gruppen. P1 positionerer sig derved med TP’s tidligere ytringer om, at det vigtigste for gruppen er et fælles samarbejde. P1 allierer sig på den måde med den behandlingsdiskurs, som er herskende og konstituerende for dialogen. Det gør P1 ved, at hun taler sig ind i en pædagogisk behandlingsdiskurs om at anerkende deltagerne forskellige perspektiver og livsverdener. P1 anerkender med sin ytring SAG1’s kendskab og faglighed, men skaber alligevel en centripetal tendens, idet hun markerer, at *samarbejde* er vejen frem for gruppen. Det sker gennem konnotationen af ordet ”samarbejde”, hvormed P1 sam-konstruerer et ”vi” for gruppen. Det er en bestemt form for ”vi”, der ekskluderer økonomisk tænkning og derved ekskluderer den instrumentelle videnstilgang, som deltageren SAG1 forsøger at aktualisere. Eksemplet viser, hvordan deltageren P1 gennem en række subtile magtmekanismer allierer sig med deltageren TP for efterfølgende at positionere sig med den pædagogiske behandlingsdiskurs, der hersker på møderne og kendetegner dialogen mellem deltagerne. TP styrker efterfølgende denne (videns)position, idet hun italesætter, hvad der kan betegnes som viden på møderne. Hun siger: *”(...) at det er første gang, at vi sidder sådan her, og at I har 20 års erfaring (kigger på familien), du sidder med over 2 års erfaring (kigger på L1), og du har også 2 års erfaring eller mere, ikke? (kigger på P1)”*. TP anerkender, at nogle af deltagerne, herunder forældrene, har indgående erfaringer og viden om Katrine og familiens situation. En viden som gør, at nogle af deltagerne har indsigt i den vanskelige situation og forstår kompleksiteten i Katrines psykiske udfordringer. TP nævner her specifikt familien, psykologen P1 og overlægen L1 fra distriktspsykiatrien, som dem der har størst kendskab til og viden om situationen. TP undlader herved at nævne både skolelederen og den kommunale sagsbehandler. Sekvensen er et eksempel på, hvordan der forsøges konstrueret et fælles ”vi” og

samarbejde for gruppen. Et samarbejde som forhandles og konstitueres på baggrund af en pædagogisk og psykosocial behandlingsdiskurs, hvor det, der tæller som viden, er betinget af denne diskurs. Afslutningen af sekvensen viser, hvordan et fælles ”vi” bliver konstrueret qua denne behandlingsdiskurs. Her ses det, hvordan der ved hjælp af subtile magtmekanismer fremtvinges en centripetal diskursiv proces. Det er en tendens, der arbejder mod at konstituere et skrøbeligt ”vi”, hvilket vil sige en konsensus om et samarbejde, som kommer til udtryk som et ”tyndt” ”vi”, idet den bygger på en tavs accept fra de andre deltagere i gruppen.

Forslag om kursus og undervisning

Jeg vil i dette afsnit fortsat undersøge, hvordan der aktualiseres både spændinger og konflikter på Åben Dialog møderne. Dette afsnit fokuserer især på, at belyse spændinger mellem kommunen og familien, og undersøge hvordan disse spændinger påvirker samarbejdet i gruppen.

Som vist i det foregående afsnit, aktualiseres der flere spændinger mellem deltagerne på møderne. Særligt er der en polemisk relation mellem familien og kommunen, hvilket fører til flere konflikter. Som jeg demonstrerede i det foregående afsnit, følger disse konflikter ofte samme mønster. Mønsteret viser sig ved, at der opstår en spænding mellem deltagerne SAG1 og Susanne og Poul, hvorefter TP som facilitator går ind i dialogen for at mediere og mægle mellem deltagerne. Et eksempel på dette er følgende:

SU: (...) Det er den ene ting, men den anden er, at jeg mener, at Katrine i den grad har brug for nogle artsfæller.

P1: Mmmh (nikker)

SU: Hun har brug for at snakke med andre som...

TP: ... som kan genkende, hvordan det er.

SU: Som kan genkende...

SAG1: Jo! Men så siger I også igen modsatrettet at Autismecenter Vestsjælland, der skal hun kraftedeme ikke ned, fordi der er de skøre i hovedet alle sammen, ikke?

SU: Ej, det har jeg da aldrig sagt.

SAG1: Ej, forstår du, hvad jeg mener?

SU: Men det er fordi, at vi mener, at vi er nødt til at dele det op...

SAG1: Men der synes Katrine, at de er skøre dernede oven i hovedet...

SU: Jamen hun synes, alle er skøre...

SAG1: Jo! Men det er da netop dernede, at man kan tale med artsfæller. De har pige-Asperger dernede.

PO: Jo! Men der er forskel på at bo der sammen med dem eller møde dem engang i mellem.

TP: Præcis! Lige nu er der et forslag om et kursus og undervisning, der kan give hende en forståelse, og hvor hun måske kan sidde på nogle små hold med nogen, der kender til det at have det sådan. Det er det, I er inde på?

SU: Ja, det der betyder meget for Katrine er, at der er et rum, og vi mødes her og taler om det her, og det er fra 8-16, godt, så kommer jeg hjem igen. Der får hun noget læring ind, men det der med de andre former de fungerer ikke. Jeg kan mærke, at det ville være super vigtigt for Katrine, plus at hun får en viden om sig selv, plus hun også får en viden om os andre. Altså hvorfor helvede reagerer vi sådan her hele tiden. Vi kan jo ikke rumme hende på nogen måder, og hun kan jo ikke selv se det, for hun synes jo selv, at det er genialt, alt det hun siger og gør, ikke?

PO: Mmmm.

SU: Det synes vi andre ikke.

TP: Der kommer nogle rigtig spændende forslag frem nu, men spørgsmålet er, at vi også skal begynde at tænke på tid.

SAG1: Ja, jeg synes, det lyder interessant det her.

TP: Det kunne også være et godt forslag til den korte bane.

SAG1: Ja.

TP: Med noget undervisning.

(Møde 1, 1:33:22 - 1:34:57)

Konflikten handler igen om, hvorvidt Katrine skal fjernanbringes. Konflikten kommer til udtryk som en skjult polemisk relation, hvor anbringelse bliver gjort til genstand for diskussionen mellem deltagerne. Diskussionen udvikler sig på baggrund af den polemiske relation mellem SAG1 og familien, og fører til at SAG1 retter et indirekte angreb på familien. Det sker i og med, at SAG1 foretager en kritisk evaluering af forældrene, når han siger: *"Jo! Men så siger I også igen modsatrettet at Autismecenter Vestsjælland, der skal hun kraftedeme ikke ned, fordi der er de skøre i hovedet alle sammen, ikke?"*. Diskussionen handler om, at SAG1 er af den overbevisning, Katrine vil få det bedre, hvis hun fjernanbringes. På den måde overlades ansvaret for Katrine også til et professionelt bosted og deres personale. Katrines forældre argumenterer modsat for, at Katrine ikke på nuværende tidspunkt er rustet til en fjernanbringelse. I stedet for mener de, at der skal arbejdes med diagnoselæring i lokale og trygge rammer. I sekvensen ses det, hvordan diskussionen mellem forældrene og sagsbehandleren afbrydes af facilitatoren TP. Det sker ved, at TP allierer sig med forældrenes udlægning og argumentation, når hun siger: *"Præcis! Lige nu er der et forslag om et kursus og undervisning, der kan give hende en forståelse, og hvor hun måske kan sidde på nogle små hold med nogen, der kender til det at have det sådan. Det er det, I er inde på?"*. Med ytringen *"Præcis!"* positionerer TP sig med familiens udlægning om, at det er vigtigt at skelne imellem en fjernanbringelse og et kursus om undervisning i Aspergers syndrom. TP aktualiserer ved sin

opsummering af familiens pointer en pædagogisk behandlingsdiskurs, idet hun peger på de læringsmæssige aspekter, som Katrine vil kunne tilegne sig på kurset om Aspergers syndrom. TP's mediering af diskussionen skaber herved en artikulation af den herskende behandlingsdiskurs for dialogen mellem deltagerne, hvilket efterfølgende får deltageren SAG1 til at ændre holdning. Det sker ved, at han svarer: *"Ja, jeg synes, det lyder interessant det her"*. TP siger efterfølgende: *"Det kunne også være et godt forslag til den korte bane"*. En ytring der bekræfter et tidligere forslag fra Katrines behandler (L1) fra distriktspsykiatrien i, at et grundlag for samarbejdet i gruppen kunne være at arbejde i to faser. En "her og nu fase" hvor der arbejdes på at finde aflastningsløsninger til hele familien, og en "på sigt fase" der handler om at finde en permanent løsning på Katrines boligsituation. Sekvensen viser, hvordan TP medierer diskussionen og konflikten mellem SAG1 og familien. Den viser også, hvordan denne mediering skaber en subjektivering, som aktualiseres af en herskende pædagogisk behandlingsdiskurs, hvor der arbejdes mod et ideal om anerkendelse af familiens perspektiver og erfaringer. En anerkendelse der skal ses i en pædagogisk optik, idet der underlæggende i TP's ytringer aktualiseres et krav eller et ideal om personlig udvikling og læring for Katrine.

Konflikterne mellem den kommunale sagsbehandler og familien kommer, som vist, ofte til udtryk i en skjult kritik og som en indirekte polemiske relation mellem parterne. Det følgende eksempel viser, hvordan denne polemiske relation fører til, at konflikten også kommer til udtryk som en direkte kritik, hvor parterne taler "åbent" om den konfliktfyldte relation mellem dem. Sekvensen er fra afslutningen af det første møde:

TP: Så tænker jeg i starten, hvor du sagde det der med SAG2 og om hans deltagelse, hvor du selv sagde, hvorfor kan en ph.d.er være med?

SAG1: Ja.

TP: Michael har snakket med Susanne i forbindelse med sin forskning og interview, og der hørte han om mødet her, og Susanne har sagt ja og kender Michael. Michael har skrevet frem og tilbage med Katrine, og hun har sagt ja til det og med underskrift og alt muligt i forhold, til at han optager det. Derfor er han kendt for hende, men har du stadigvæk behov for SAG2?

SAG1: Nej, det har jeg ikke. Det er bare meget rart at man kan diskutere sagerne med sin kollegaer.

TP: Ja ja med en erfaren kollega.

P1: Han har noget bredere erfaring med ...

SAG1: Ja! Det har han da. Han har været i systemet de sidste 40 år, altså.

SU: Man kan sige SAG1, at grunden til at Katrine reagerer, som hun gør er selvfølgelig fordi, at vores korrespondancer ikke har været de fedeste. Det må vi jo sige?

SAG1: Nej, Det er rart at...

SU: Det! Det betyder så bare, at hvis du bare havde sagt... fordi Katrine og jeg fik den tanke at, okay, at du skulle have med en med, og det fik vi ligesom ikke et positivt billede af, hvis du bare havde skrevet, at du skulle have SAG2 med, og at det var på grund af det og det, så havde vi sagt, jamen, det er i orden.

PO: Hun fik det jo ikke af vide af dig! Hun fik det jo af vide af bagvejen, ikke? Og så virker det sådan lidt lusket, ikke?

SU: Ja, vi fik mere den følelse af at, okay, så er det kommunen mod os, ikke?

SAG1: Ej, den skal vi væk fra den tanke...

SU: Det er bare kommunikationen. Det er super super vigtigt, at vi bliver clear på det.

SAG1: Ej, men jeg vil super gerne have, at det her det lykkes, og det skal lykkes, ikke også....

SU: ... Det er bare at skrive, at han deltager, og det er fordi sådan og sådan...

SAG1: ... vejen er lang, og vi skal af sted...

SU: ... for så havde der ikke været nogle problemer...

SAG1: ... Jeg er super glad for, at I (kigger på TP) tager jer tid til det her, og jeg synes, at det er en god kommunikation, helt sikkert.

TP: Det er godt.

PO: Årh ja, men hun er jo heller ikke lige standard prototypen, vel?

SAG1: Tro mig det er gået op for mig.

PO: En standard prototype på en der er blevet forsømt i sin familie eller et eller andet. Det er der ikke tale om. Der er tale om, at hun har altså en særdeles... hun har altså... man kan sige noget erfaring, vi kan sige, at det er ærgerligt, at hun ikke er blevet opdaget noget før.

P1: Ja!

PO: Hun har gået for længe, og vi har passet på hende, ikke? Og sagt at hun er bare teenager, og det skal nok blive bedre, men herregud vi er amatører. Vi har ikke forstand på det her, vel?

L1: Hun har haft det handicap, at hun er velbegavet.

TP: Ja.

P1: Ja.

PO: Også det.

P1: Ungdomspsyk. De havde jo heller ikke gennemskuet det, vel?

SU: Nej tværtimod.

PO: Hun er lidt sit eget værste handicap, for hun umiddelbart er hun så fin at se på, og så velfungerende osv. Hun er sin egen største fjende på nogle områder.

SL: Hun har også været i stand til at kompensere.

PO: Det har hun langt hen ad vejen, men det er det, det kniber med nu.

SAG1: Fortsætter VISO undersøgelsen? For det er der ikke sket så meget med? Skal vi sætte det i værk?

SU: Jeg synes, at det er en god ide. (...)

(Møde 1, 1:51:19 – 1:54:00)

I sekvensen refererer familien for første gang direkte til den konflikt, som ligger til grund for, at møderne afholdes. Konflikten består i, familien ikke oplever at blive hørt og taget med på råd i sagsbehandlingen af Katrine. Susanne retter i sekvensen derfor en kritik af kommunikationen mellem kommunen og familien, når hun siger: ” (...) *grunden til, at Katrine reagerer, som hun gør er selvfølgelig fordi, at vores korrespondancer ikke har været de fedeste. Det må vi jo sige?* ”. Susanne fortæller herefter, at familiens oplevelser med kommunikationen og det manglende samarbejde mellem kommunen og familien har indvirkning på, hvordan familien tænker et fremadrettet samarbejde med kommunen. Det kommer til udtryk, da Susanne siger: ”*Ja, vi fik mere den følelse af at, okay så er det kommunen mod os, ikke?* ”. Susannes ytring vidner om, hvordan familien tolker beskeden om, at deltageren SAG1 overvejede at medbringe en kollega til Åben Dialog møderne. Dette tolker familien som en handling, der er med til at optrappe konflikten mellem parterne.

Sekvensen er et billede på, hvordan polemiske relationer skaber både forforståelser og potentielle fjendebilleder. Det ses i relationen mellem familien og den kommunale sagsbehandler, da deres forudindtagede holdninger til hinanden skaber en begrænsning for samarbejdet. Konflikten mellem sagsbehandleren og familien beror også på forskellige tilgange og opfattelser af kommunikation og inddragelse, idet familien beskylder sagsbehandleren for at være monologisk og instrumentel i sin tilgang til at løse familiens problematikker.

På møderne bliver SAG1 konfronteret med sin instrumentelle tilgang og manglende inddragelse af familien i hans sagsbehandling af Katrine. Denne konfrontation optræder på møderne gennem både skjulte og åbne polemiske relationer mellem familien og sagsbehandleren. Den forgående sekvens viser, hvordan SAG1 konfronteres med sin tilgang til et samarbejde. SAG1 konfronteres af familien gennem en åben polemisk relation, hvilket fører til, at han ændrer adfærd omkring sin tilgang til et samarbejde med familien. Det ses i det følgende eksempel fra sekvensen, hvor SAG1 forsøger at skifte emne i samtalen. Han svarer for eksempel Susanne følgende:

SU: ... Det er bare at skrive, at han deltager, og det er fordi sådan og sådan...

SAG1: ... vejen er lang, og vi skal af sted... (se tekstuddrag)

Jeg ser dette emneskift som et udtryk for, at han oplever en subjektivering, idet han oplever et krav fra både Katrines forældre og resten af gruppen om, at gruppen ikke anerkender en fjernanbringelse af Katrine. SAG1 må derved ændre både sin kommunikationsform og tilgang til samarbejdet. At SAG1 subjektiveres ses for eksempel også, når han siger: ”Jeg er super glad for, at I (kigger på TP) tager jer tid til det her, og jeg synes, at det er en god kommunikation, helt sikkert”. Jeg tolker udsagnet til, at SAG1 underlægger sig familiens kritik og samtidig anerkender den pædagogiske behandlingsdiskurs, der hersker på møderne. Det er en diskurs der, som nævnt, har et ideal om anerkendelse af deltagernes forskellige perspektiver og et ideal om at arbejde kollaborativt.

Opsamling

Jeg har i de foregående afsnit vist, hvordan spændinger, der opstod allerede inden Åben Dialog samarbejdet udvikler sig til konflikter på møderne mellem familien og sagsbehandleren fra kommunen. Jeg pegede i de foregående afsnit på, hvordan disse spændinger mellem familien og sagsbehandleren hænger sammen med deres forskellige opfattelser og tilgange til, hvordan de hver især mener, at familiens udfordringer skal løses. Jeg viste, at disse konflikter ofte ender med at den kommunale sagsbehandler SAG1 må ændre adfærd i sin tilgang til samarbejdet med familien. Det skyldes, at families interesser for at arbejde med de nære løsninger, som kan udvikle Katrine personligt, også harmonerer med den psykosociale behandlingsdiskurs, som distriktspsykiatriens personale forsøger at aktualisere på møderne. I analysen ses det, at spændingerne mellem deltagerne ofte skyldes forskellige opfattelser af, hvilket vidensgrundlag der skal være dominerede for møderne og samarbejdet. Som vist fører det til en forhandling og kamp, hvor især den kommunale sagsbehandler SAG1 står i opposition til familien og deltagerne fra distriktspsykiatrien. Deres indbyrdes forhandling og kamp bliver til en forhandling mellem *stemmer*, som udgør positioner i en ideologisk strid, der søger at afgøre, hvilke videnspåstande som skal indholdsudfylde *dialog* og *samarbejde*. Denne kamp og forhandling ender ofte med, at facilitatoren TP forsøger at mediere mellem især SAG1 og forældrene. Denne forhandling falder som oftest ud til familiens fordel, da både familien og facilitatoren TP har en fælles interesse i et dialogisk samarbejde i gruppen. Forhandlingerne skal, som vist, ses på baggrund af det videnshierarki, som danner ramme for møderne og dialogen mellem deltagerne. Møderne domineres af en pædagogisk behandlingsdiskurs, som tager afstand fra instrumentelle løsninger der baserer sig på økonomiske rationaler. Det betyder også, at der opstår en alliance og en fælles interesse mellem facilitatoren TP fra distriktspsykiatrien og familien. Det sker, da de begge har en fælles interesse i at bringe flere perspektiver i spil i

gruppen. At der bringes flere perspektiver i spil kan være med til at sikre, at flest mulige løsninger holdes åbne for familien, og derved at de i sidste ende finder den ”rigtige” løsning for Katrine og familien. At der holdes flere løsninger åbne for familien og for gruppen skaber også et bedre grundlag for et dialogisk samarbejde i gruppen, hvilket kan være med til at sikre samarbejdet som en konstruktion og realisere selve Åben Dialog mødet som et dialogisk projekt.

Konstruktionen af roller og alliancer blandt deltagerne

Jeg vil i dette afsnit undersøge, hvordan der konstrueres alliancer blandt deltagerne på Åben Dialog møderne. Jeg vil undersøge, hvordan der opstår alliancer mellem deltagerne, når det kommer til en forhandling af potentielle løsninger for Katrine og familiens situation.

Jeg har i det foregående afsnit undersøgt, hvordan der på møderne opstår spændinger og konflikter mellem deltageren SAG1 og familien. Fra og med det tredje møde bliver SAG1 afløst af en ny sagsbehandler (SAG2), som overtager familiens sag. Udskiftningen får indvirkninger på møderne og på forholdet mellem deltagerne, og særligt på relationen mellem familien og kommunen som ændrer karakter. De førnævnte spændinger og konflikter der prægede de første møder, og som ofte kom til udtryk gennem skjulte polemiske relationer og indirekte personangreb, italesættes nu åbent i gruppen. Det ses i følgende sekvens, som er et eksempel på, hvordan deltagerne forholder sig åbent til den tidligere konflikt. Konflikten italesættes her af deltageren N, som er familiens støtte- og kontaktperson:

N: Jeg fik faktisk lyst til at komplimentere dig (kigger på TP), for jeg har oplevet, at familien ligesom har talt jer, og nu taler jeg på mine vegne, og som om jeg forstår familien, og det er ikke sikkert. Men jeg har oplevet, at I har været nogle hjørnepiller, som man havde nogle aftaler med, og som holdt, om jeg så må sige. Og det kunne være hvert kvartal eller noget i den stil, og der blev ligesom sjusset lidt ind på nogle mål, hvor andre ting så ud som om, at det var lidt løsere i perioder, så I har holdt lidt sammen på noget, hvor andre systemer ikke har holdt sammen, så jeg tænker, at det også er det, der mærkes, sådan har jeg i hvert fald oplevet det.

P1: Ja.

N: At det var blevet beskrevet sådan.

TP: At vi har haft en rolle som stabilitet og kontinuitet.

N: Ja, som samlende og ansvarlige (...).

(...)

N: Ja, at de er trygge ved, at I er der som system, hvor det andet system ikke har kunne blive ringet op [kan ikke høres].

P1: Ja.

N: Ja eller få kontakt eller mødes med.
(Møde 3, 15:57 - 18:34)

Støtte- og kontaktpersonen N italesætter på det tredje møde, at der har været en konflikt mellem familien og kommunen. Deltageren N peger på, at distriktpsychiatrien i den forbindelse har spillet en rolle i at få koordineret et samarbejde med kommunen. I sekvensen accepterer og bidrager deltagerne TP og P1 til denne påstand om, at distriktpsychiatrien har været den samlende og koordinerede aktør i forløbet. Sekvensen viser også, hvordan TP og P1's respons til N vidner om, at der er konstrueret en form for tillid eller alliance mellem deltagerne fra distriktpsychiatrien og familien. Jeg ser denne alliance som et udtryk for, at familien er indskrevet i en behandlingsdiskurs, hvor det er distriktpsychiatriens personale, som bærer ansvaret for, at Katrine og familien får behandling og støtte. En behandlingsdiskurs som også bliver korrigerende for deltageres dialog under møderne, da det er distriktpsychiatriens personale, som er både facilitator og koordinator af forløbet omkring samarbejdet. Jeg pegede tidligere i analysen på, hvordan denne behandlingsdiskurs også skaber magt og derved en subjektivering af mødedeltagerne, hvilket gør, at deltageres handlerum, og dialogen mellem dem, bliver betinget af denne diskurs.

At der under møderne bliver opbygget både tillid og alliancer mellem deltagerne får også en betydning for forhandlingen af mulige løsninger for familien. I følgende sekvens bliver der fremlagt et forslag om at Katrine og familien skal have en aflastningsbolig, da Katrine ikke kan håndtere en fjernanbringelse. Sekvensen er et eksempel på, hvordan der bliver konstrueret forskellige former for alliancer i samarbejdet blandt deltagerne, og hvordan der skabes nogle bestemte roller i samarbejdet, som aktørerne enten påtager sig eller bliver tildelt. Det er støtte- og kontaktpersonen N, der på det andet møde fremlægger planen om en aflastningsbolig til Katrine og familien:

N: Jeg tænker, at det er et adskillelseshus. Egentlig er det ligesom en tvilling, som man har været sammen med for længe. Ej, det var dumt sagt.

KAT: Ja, det var fandme dumt sagt.

N: Ja, men øh en slags øh, hvor det er det, du nævner (Nikker mod SAG4), at det sagtens kunne være det, eller at det kunne være en weekend for mor og far lige til at starte med eller en overnatning eller et eller andet, hvad ved jeg? Sådan så det ikke blev enten eller agtig, men det kunne godt hedde det, du tænker, eller det du sagde.

SAG4: Ja mmmh, det er bare for at holde det adskilt, ikke?

N: Ja ja, det ved jeg godt, men jeg er jo meget mere fri i min tankegang. Jeg sidder ikke i nogle kasser eller noget.

SU: Nej, du tænker også i processen.

N: Det er jo det, jeg gør.

SU: Om det skal hedde det ene eller andet. Det er jo en eller anden form for proces.
N: Jeg ser det som en proces, der kunne befordres via den vej, fordi den er nødt til at blive igangsat på en eller anden vis og på en konstruktiv måde, tænkte jeg.
TP: Ja, du sidder helt klar og tænker proces, hvor SAG1 og SAG4 skal tænke økonomi, og hvad der kan lade sig gøre.
SAG4: Der er nogle rammer i hvert fald.
P1: Og hvad kalder vi det?
TP: Ja og hvad kalder vi det? ... [TP kigger rundt på de andre deltagere]...[stilhed]... Okay?
N: Det afhænger jo af, hvem man spørger, og hvilken vinkel man ser det fra, som en kalejdoskopisk tilgang.
(Møde 2, 27:07 - 28:55)

Sekvensen viser, hvordan deltageren N fremlægger ideen om en ny bolig til Katrine. Dette initiativ accepteres efterfølgende af både deltagerne TP og P1 fra distriktspsykiatrien, men forslaget møder modstand fra afdelingslederen af voksenafdelingen i Odsherred Kommune (SAG4). SAG4's modstand mod forslaget skyldes, at der i gruppen ikke kan sættes navn på, hvad initiativet skal betegnes som, og derved hvad et sådant hus kan kaldes. Det er en situation som gør, at kommunen ikke sådan uden videre kan godkende forslaget. Sekvensen viser, hvordan det at navngive og identificere et løsningsforslag (et objekt) beror på forhandling af viden. Denne forhandling af viden afspejles i de forskellige vidensformer og faglige perspektiver, som befinder sig i en spænding. Det gør den da disse vidensformer strides og er konkurrerende på mødet. I forhandlingen om hvad forslaget skal kaldes, ses det, at deltagerne er bevidste om, at der eksisterer forskellige vidensformer. Det kommer til udtryk i deres forskellige forståelser og betydningssætninger af forslaget.

I sekvensen ses en forhandling om aflastningsboligen. I denne forhandling ses det, at alle deltagere er opmærksomme på, hvordan forslaget bliver betydningssat i gruppen. Det skyldes, at deltagerne er klar over, at det vil få betydning for, om forslaget kan realiseres, da det skal kunne godkendes på tværs af de forskellige institutionelle systemer, som deltagerne repræsenterer. På mødet ses det, at deltagerne betydningssætter forslaget ud fra deres egen faglighed. Familiens støtte- og kontaktperson er for eksempel optaget af, at familien aflastes, og at Katrine på sigt kan flytte ind i det nye hus. Deltagerne TP og P1 har ligeledes fokus på aflastning af familien, og på den medfølgende proces, hvor Katrine lærer at bo alene. Anderledes er deltagerne SAG1 og SAG4, som er kommunale sagsbehandlere, optaget af om initiativet kan godkendes af kommunen. I

forhandlingen af forslaget ses det, at der i dialogen mellem deltagerne kolliderer en mængde af faglige perspektiver og vidensinteresser, hvilket deltageren N også er bevidst om, idet han siger: ”Det afhænger jo af, hvem man spørger, og hvilken vinkel man ser det fra, som en kalejdoskopisk tilgang”.

Jeg vil pege på, at selve aflastningsboligen i forhandlingerne fremstår som det Susan Leigh Star kalder for et *boundary object* (Star 2010). Det ses ved, at deltagerne betydningssætter initiativet ”aflastningsbolig” forskelligt, da de trækker på forskellige, subjektive vidensgrundlag i deres fortolkning. Jeg vil i den forbindelse argumentere for, at Bakhtin tilbyder en mere radikal forståelse af dette fænomen end Susan Leigh Stars begreb *boundary object*. Jeg vil argumentere for, at det der ligger til grund for at deltagerne betydningssætter aflastningsboligen forskelligt er *multiplicitetens ontologi*. Ud fra Bakhtin forstår jeg, at sproget er polyfonisk, hvilket skaber en kvalitet ved sproget som Bakhtin betegner som heteroglossia. Bakhtin argumenterer herved for et levende sprog, og at det levende ord ikke refererer entydigt til sit objekt. Det vil med andre ord sige, at ordets orientering mod et objekt altid vil blive mødt af andre ord, meninger og argumenter. Eller som Bakhtin skriver:

Between word and object there is an elastic environment of other words about the same object, the same theme. (Bakhtin 1981: 276)

Bakhtin peger på den menneskelige og subjektive fortolkningsevne og på, hvordan vi som mennesker er dialogisk indstillet på, at verden er til forhandling, og at der allerede eksisterer flere tolkningsmuligheder (jf. Martin Heideggers begreb om *thrownness* (Heidegger: 2010)). Med andre ord giver det ikke mening, ifølge Bakhtin, at diskutere, om et ”objekt” er et ”boundary object” eller ej. Baktins iagttagelser går i stedet for på, hvordan man som dialogisk menneske altid omstiller sig og agerer alt efter, hvem man er i dialog med (jf. Bakhtins begreb om *answerability*). Denne omstilling kan betegnes som en slags dialogisk og kommunikationsmæssig omstillingsparathed, eller som Per Linell betegner det, en *meta-sense-making mekanisme*. Denne kommunikationsmæssige omstillingsparathed gør at vi altid forudsætter og forventer, at der eksisterer flere fortolkningsmuligheder (Linell: 2009). I den foregående sekvens demonstreres dette, da alle deltagere, hver især, anskuer initiativet om aflastningsboligen til familien forskelligt. Deltagerne betydningssætter ikke kun initiativet forskelligt, de forsøger også at foregribe de andres forståelser af initiativet. Det gør deltagerne, da de er bevidste om, at der på mødet deltager aktører med andre faglige perspektiver end deres eget. Det betyder, at deltagerne ikke kun indholdsudfylder

dette initiativ forskelligt, de forsøger samtidig at tage udgangspunkt i den *anden*, idet de ved at de andre deltagere vil se på dette initiativ med andre øjne. Dette ses i den følgende dialogsekvens:

SAG4: Ja mmmh, det er bare for at holde det adskilt, ikke?

N: Ja ja, det ved jeg godt, men jeg er jo meget mere fri i min tankegang. Jeg sidder ikke i nogle kasser eller noget.

SU: Nej, du tænker også i processen.

(...)

TP: Ja, du sidder helt klar og tænker proces, hvor SAG1 og SAG4 skal tænke økonomi, og hvad der kan lade sig gøre. (se sekvens)

Dialogsekvensen viser, hvordan hver enkelt deltager forsøger at foregribe de andre deltageres reaktioner og fortolkninger gennem en forestilling om *den anden*. Sekvensen viser derved, hvordan forhandlingerne udmøntes i I-Other relationer. Det ses for eksempel ved, at "aflastningsbolig" bliver identificeret som objekt af deltagerne. I sekvensen ses det desuden, hvordan en meningsskabelse sker gennem en *Ego-Alter-Objekt* kommunikations- og relationsmodel, hvor deltagerne betydningsætter "aflastningsbolig" gennem forestillingen om den *anden* (Marková 2005). Med andre ord så betyder det, at deltagerne aktivt tager udgangspunkt i den *anden*. Det ses for eksempel, når Susanne henvender sig til deltageren N og siger; "*Nej du tænker også i processen*". Eller når TP siger: "*Ja, du sidder helt klar og tænker proces, hvor SAG1 og SAG4 skal tænke økonomi, og hvad der kan lade sig gøre*".

I forhandlingerne om aflastningsboligen ses det, hvordan deltagernes forestillingsevne om den *anden* også er med til at reducere deltagerne til deres faglige perspektiver. Det er en reduktion, som får betydning for denne deltagers udfoldelsesmuligheder i gruppen og i samarbejdet. Dette betyder også, at deltagernes forestillingsevne om den *anden* er med til at reducere vedkommendes handlemuligheder, idet deltageren fastholdes i en bestemt rolle eller i et specifikt fagligt blik. Det kommer for eksempel til udtryk, når deltageren TP italesætter, hvordan deltagerne SAG1 og SAG4 adskiller sig fra deltageren N. Det gør de ved, at de ikke på samme måde kan bidrage med at tænke i kreative løsninger. SAG1 og SAG4's roller som sagsbehandlere er, ifølge TP, udelukkende at tænke de økonomiske aspekter af samarbejdet, og derved er deres opgave at få omsat de kreative løsninger til nogle mere håndgribelige løsninger, som kan forsvares ud fra lovmæssige og økonomisk rationaler. Jeg vil her pege på, at TP som facilitator italesætter en diskurs om, at der er forskellige evner og færdigheder forbundet med deltagernes forskellige fagligheder, og at de spiller nogle bestemte roller i aktualiseringen af et tværfagligt samarbejde i gruppen.

Jeg vil pege på, at den foregående sekvens er et eksempel på, hvordan der på møderne konstrueres nogle bestemte roller i samarbejdet, og at disse roller er forbundet med deltageres forskellige fagligheder. Jeg viste i forrige afsnit, at disse roller konstrueres på baggrund af deltageres forestilling om den *anden*. Det vil sige, at sagsbehandlerne udtaler sig primært om de økonomiske aspekter ved samarbejdet, hvor familiens støtte/kontaktperson er anderledes og ”mere fri” til at fremlægge kreative løsninger. Jeg vil pege på, at denne rollefordeling skaber en fragmenteret effekt for samarbejdet i gruppen, idet det skaber en gruppering i dialogen blandt deltagerne. Det betyder to ting for samarbejdet og dialogen i gruppen. Den ene er, at deltagerne grupperer sig i dialogen, således at sagsbehandlerne ytre sig, men kun når samtaleemnet berører deres ”arbejdsområde”, hvilket vil sige de mere økonomiske aspekter i samarbejdet. Den anden ting jeg vil pege på er, at denne tendens også skaber en reducere af deltagerne, idet de i samarbejdet reduceres til at være deres faglige perspektiver. Disse to aspekter vil jeg vende tilbage til og folde ud i den afsluttende analysedel (se analysedel D).

Alliancer og eksklusion

Jeg vil i dette afsnit forfølge argumentationen om, der løbende konstrueres alliancer mellem deltagerne på møderne. Det følgende eksempel viser, hvordan der, i forhandlingen om at finde en løsning for Katrine, opstår alliancer blandt deltagerne. Alliancer som er med til at ekskluderer Katrines *stemme* fra et fælles ”vi” i gruppen.

Forslaget om en aflastningsbolig til Katrine og familien påvirker relationerne mellem deltagerne, idet der i disse forhandlinger konstrueres alliancer blandt nogle af deltagerne. Med forslaget om en aflastningsbolig opstår der et pres på Katrine om, at hun skal flytte hjemmefra. Det pres får Katrine til at forlade det andet mødet for igen at vende tilbage til mødet på et senere tidspunkt.

Nedenstående sekvens viser, at der i fremlæggelse af planen om at Katrine skal flytte samtidig konstrueres en alliance blandt de andre deltagere i gruppen, hvilket skaber et ”vi”, som ekskluderer Katrine:

N: Kan vi ikke lige spørge, når nu du er kommet tilbage (kigger på KAT) [kan ikke høres]. Ej nu tager jeg ordet. Men det er vigtigt at respondere på, at Katrine er kommet tilbage.

KAT: Tak! For jeg kunne også have valgt bare at være gået.

TP: Flot, at du er kommet tilbage.

P1: Ja!

TP1: Hvad hjalp dig til at komme tilbage?

KAT: Det er lige meget. Det er ikke det, vi skal sidde og bruge tid på nu.

TP: Okay. Fint.

KAT: For det første, så er det fint, at der bliver taget nogle initiativer nu, men jeg vil bare heller ikke have, at det bliver sat 14 forskellige ting i gang for jeg kan ikke overskue at skulle til 14 møder på en uge, og der er nogle behandlingsting. Det skal foregå i en rækkefølge, som skal være sådan nogenlunde og ikke sætte 14 ting i gang. Det er ikke nogen god ide. En anden ting er, at jeg er øh. Jeg bliver meget ked af det over og skuffet over, at N stadigvæk har den opfattelse af, at det handler om adskillelsesprocesser og sådan noget, fordi for mig så er jeg slet ikke der. Det er som om, at det går alt for stærkt de tanker her. Jeg skal først have styr på en masse ting, og jeg ved knap nok, hvad jeg selv hedder, så da der allerede bliver talt om det, det synes jeg er meget voldsomt (...)

(Møde 2, 36:49 - 38:16)

Sekvensen er et eksempel på, at der blandt deltagerne konstrueres en alliance om, at Katrine ikke kan bo hjemme hos sine forældre. I sekvensen ses det yderligere, at Katrine oplever denne alliance som et pres, der medfører en usikkerhed, som hun har svært ved at takle. Jeg vil pege på, at sekvensen igen er et billede på, hvor stærkt forankret Åben Dialog møderne er i den pædagogiske og psykosociale behandlingsdiskurs. Det ses ved, at der med Katrines usikkerhed og sårbarhed konstrueres et "rum" i samtalen, som kun deltagerne N og TP vil manøvrere rundt i, da de begge er psykologer. At der hersker en pædagogiske behandlingsdiskurs på møderne, ses også, når TP siger: "*Hvad hjalp dig til at komme tilbage?*". Jeg vil pege på, at Katrine i sekvensen forsøger at bryde med den hegemoni, som den pædagogiske behandlingsdiskurs skaber. Det gør hun ved at udvise modmagt, idet hun forsøger at undsige sig dens subjektivering. Det sker, når hun siger: "*Det er lige meget. Det er ikke det, vi skal sidde og bruge tid på nu*". Katrines modvillighed skal ses som et udtryk for modmagt mod at lade sig subjektivere og derved underlægge sig N og TP's ønske om, at få Katrine til at reflektere over, hvad der bragte hende tilbage til mødet. Jeg vil tolke også Katrines modmagt som en bevidst selvmarginalisering, idet hun oplever at blive ekskluderet fra gruppen. Ved at udvise modmagt understreger Katrine sin eksklusion for gruppen, da hun ikke ønsker at gøre sig til del af et fælles "vi" og samarbejdet. Det er et fælles "vi" som er dannet på baggrund af forslaget om, at Katrine nu skal flytte hjemmefra. Katrines selvmarginalisering er således et udtryk for modmagt, hvor Katrine ikke kun forsøger at modvirke konstruktionen af en alliance blandt de andre deltagere, men hun forsøger samtidig at gøre oprør mod selve idéen, som ligger til grund for skabelsen af dette "vi" blandt de andre deltagere.

Analysedel D

I denne analysedel undersøger jeg, hvordan dialog aktualiseres på Åben Dialog møderne, og hvordan dialog indholdsudfyldes af deltagerne i gruppen. Jeg undersøger i den forbindelse, hvordan aktualiseringen af en bestemt form for dialog også får betydning for måden, hvorpå et samarbejde bliver konstrueret i gruppen.

Denne analysedel afrundes med en opsummerende diskussion, som udgør to separate afsnit. I det første afsnit diskuterer jeg, hvordan aktualiseringen af dialog også bliver rammesættende for, hvordan der konstrueres et samarbejde blandt deltagerne. Jeg diskuterer i den forbindelse, hvordan aktualiseringen af dialog også privilegerer nogle særlige vidensformer, og derved privilegerer nogle *stemmer* frem for andre. I det andet afsnit diskuterer jeg, hvorfor disse Åben Dialog møder er et udtryk for en personcentreret tilgang. Yderligere diskuterer jeg, hvordan der er forbindelse mellem gruppens vanskeligheder ved at finde fælles løsninger for familien til gruppens udfordringer med at finde en form for ”center” og udgangspunkt, hvorfra de kan etablere et fælles grundlag for samarbejdet i gruppen.

Kommunen tager teten

Jeg vil i dette afsnit undersøge, hvordan der forhandles og konstrueres et samarbejde i gruppen, og hvordan dette samarbejde får konsekvenser for familiens positionering og handlerum i gruppen.

Fra og med det tredje møde bliver der, som sagt, tilknyttet en ny sagsbehandler til Katrines sag, hvilket får betydning for relationerne mellem kommunen og familien og dermed samarbejdet i gruppen. Det skyldes især, at den nye sagsbehandler SAG2 fra sit første møde i gruppen udviser både initiativ og et ønske om at samarbejde med familien. At relationerne i gruppen ændrer sig efter SAG2's indtræden skyldes også, at SAG2 bevidst søger at arbejde relationelt med aktørerne i gruppen. Desuden udviser han en dialogisk forståelse og har empati i forhold til at løse familiens situation. Det ses blandt andet i det følgende eksempel:

SAG2: Godt. Nu er det desværre sådan, at N ikke er her i dag, og det synes jeg er smadder ærgerligt, fordi jeg vil gerne have en status på det forløb, for jeg synes, at det flagrer lidt for at sige det lige ud.

KAT: Ja, for han laver ikke en skid! Han får bare en masse penge af jer.

SAG2: Ja, (alle griner).

P1: Klar tale (griner).

SAG2: Det er i orden Katrine (griner).

KAT: Jamen han udnytter jer bare og alle kommunes penge (alle deltagere griner). Det kan enhver nar sgu da se.

SAG2: Katrine! Hvis vi nu tager det helt med ro. Jeg tænker, at vi skal have et statusmøde med N. Hvem skal deltage der? Vil du selv være med (kigger på KAT)?

KAT: Jeg tror bare, at jeg kunne risikere at komme op at skændes med ham.

SAG2: Vi kan jo sætte en vagt på, hvis det er? (SAG2 smiler) (alle griner).

KAT: Jahn.

SAG2: Du kan jo starte, ligesom du gør her, og så kan du vælge at gå, hvis det trækker ud.

KAT: Jah, men han er ret lusket.

SU: Prøv at forklare Katrine, for du siger et statusmøde. For Katrine og N har faktisk ikke set hinanden ret tit [kan ikke høres].

SAG2: Odsherred Kommune har bevilget N til at være interaktiv i jeres familie for at finde ud af, hvad der rører sig i mellem dig og dine forældre, og mellem dig og din lillebror og alt muligt andet. Og jeg kan ikke finde ud, hvad det er, der foregår for at sige det lige ud. Derfor er det ikke så smart at sidde og snakke om det lige nu, hvor N ikke er her. Det synes jeg ikke er særlig rart hverken for os eller for ham, da han ikke kan fortælle, hvordan det går. Derfor vil jeg gerne have et møde specifikt på, hvordan det går? Hvordan går det med aflastningsboligen, bruger I den overhovedet? Og til hvad? Og hvad sker der med det, N laver i jeres familie? Det er som sådan det, mødet skal handle om.

KAT: Ja, øh.

SU: Og hvorfor sagde du, at Katrine skal være med?

SAG2: Fordi at Katrine er jo hovedpersonen.

(Møde 4, 30:51 - 33:34).

Sekvensen er et eksempel på, hvordan SAG2 indtager en aktiv og koordinerende rolle i gruppen. Det gør han ved at efterspørge en evaluering af de initiativer, som allerede er blevet sat i værk. I sekvensen ses det, at både Katrine og hendes forældre tilslutter sig dette engagement, da det er et initiativ, som familien gentagende gange har efterspurgt på møderne. Noget jeg vil vende tilbage til senere i denne analysedel.

Sekvensen viser desuden, hvordan der i dialogen mellem deltagerne SAG2 og Katrine og Susanne opbygges en relation, da SAG2 allierer sig med familien. Det sker, idet SAG2 udviser empati og bekymring for familiens situation. At SAG2 også formår at opbygge relationer til de andre deltagere, ses i måden han håndterer samtalen med henholdsvis Katrine og Susanne. I SAG2's tilgang spiller humor og empati en faktor i forhold til at skabe og opbygge relationer til både

familien og de andre deltagere. Det kommer for eksempel til udtryk i følgende dialog mellem SAG2 og Katrine:

KAT: Jeg tror bare, at jeg kunne risikere at komme op at skændes med ham.

SAG2: Vi kan jo sætte en vagt på, hvis det er? (SAG2 smiler) (alle griner).

KAT: Jhhh.

SAG2: Du kan jo starte, ligesom du gør her, og så kan du vælge at gå, hvis det trækker ud. (se sekvens)

SAG2 udviser en humoristisk tilgang til Katrines bekymring om, hun nok vil komme op at skændes med sin støtte- og kontaktperson ved et evaluerings- og statusmøde. Den humoristiske tilgang er også relationsskabende til de andre deltagere. Det ses ved, at deltagerne enten smiler eller griner af dialogen mellem SAG2 og familien. SAG2 udviser i sin tilgang også en indføling med situationen, idet han balancerer humor med empati og forståelse for, hvorfor Katrine har vanskeligt ved at deltage i et sådant møde. Sekvensen er yderligere et eksempel på en af de få gange, hvor Katrine bliver inddraget som reel samtalepartner, og derved bliver til en del af dialogen mellem deltagerne. Normalt kommer Katrine kun til orde i starten af møderne, hvor hun typisk indleder med sine ønsker for mødet, eller også kommer hun med nogle få bemærkninger og kommentarer undervejs. At SAG2 inviterer Katrine til at være en del af gruppen ses også ved, at SAG2 siger følgende: *"Fordi at Katrine er jo hovedpersonen."* Ytringen kan tolkes som et udtryk for en personcentreret tilgang, hvor SAG2 inviterer Katrine til at deltage i samarbejdet.

Et andet eksempel på at SAG2 udviser empati og forståelse for Katrines og familiens situation er følgende sekvens, hvor SAG2 afbryder for at opsummere hvor mange løsninger og initiativer, gruppen har sat i værk. En mængde som SAG2 finder overvældende, og som gør, at han bliver bekymret for, om det bliver for meget for familien:

TP: Ja (SAG2 rækker hånden op) SAG2.

SAG2: Jeg tænker også, at der er et tilrettelæggelsesspørgsmål, for der kommer en ny psykiater på, hvor P1 introducerer. Der kommer en VISO undersøgelse, hvor der skal sættes noget i værk både over for jer men så sandelig også over for Katrine. Og der kommer et nyt hus på banen den 1./11, og der kommer en støtte- og kontakt person, og det hele det ramler oven i hinanden.

PO: Det har du ret i.

SAG2: Det kan da være temmelig angstprovokerende.

(Møde 3, 1:02:49 – 1:03:16)

Et tredje eksempel er følgende sekvens, som viser, hvordan SAG2 igen indtager en aktiv og empatisk position over for familien. Han indtager yderligere en koordinerede rolle for samarbejdet i gruppen:

SAG2: Jeg havde nemlig et spørgsmål, for hvor er Kasper henne [Katrines lillebror], og hvem tager sig af ham?

PO: Han går her [i distriktspsykiatrien] i børnegruppe.

SU: Han er lige startet heroppe.

SAG2: Jamen er der en familiesagsbehandler på?

PO: Nej. Hvordan er den børnegruppe egentlig kommet i stand?

P1: Det er et initiativ herfra. Og jo familieafdelingen er med. Der er en familiekonsulent, og så er der vores X (anonymiseret), som har den sammen. Men han er jo ikke nødvendigvis oprettet som en sag af den grund.

SAG2: Nej, men der må da være OBS på ham så?

SAG3: Ikke nødvendigvis.

SAG2: Nej nej nej, men det er jo derfor, at jeg spørg'.

SU: Nu har børnegruppen kørt otte gange eller sådan noget men før det...

SAG2: ... Så var der ikke noget?

PO: Nej. Men der har N kørt et par ture med ham et par gang i bil.

SAG2: Jo jo, det har jeg hørt og tænkt, nåh okay.

SU: To gange.

PO: Det er også det, jeg siger, et par gange, ikke (griner). Jeg tror da nok, at Kasper synes, at det var meget hyggeligt.

SAG2: Jo, det vil jeg da gerne tror, men jeg kan da godt blive bekymret for Kasper.

SU: Ja, det kan du da roligt blive. Du kan roligt blive bekymret.

PO: Han er ret glad for den børnegruppe. Det skal siges.

SU: Men det er kun en gang om ugen.

TP: Og det stopper efter 10 gange.

SU: Det har jeg snakket med X (anonymiseret) om, og hvad så? Hun sagde så, at det skal jeg og hende snakke om, og jeg ved ikke, om han kan fortsætte eller hvad.

SAG2: Jeg synes, at der skal være OBS på, for hvis der kan komme en familiesagsbehandler på, som kan komme med nogle tilbud, som kan hjælpe Kasper, så er det jo det, der skal til. Det kan der ikke herske nogen tvivl om.

P1: Skal vi gøre noget i forhold til det?

SAG2: Ja, det synes jeg, at I skal.

(Møde 4, 1.05.47 - 1.07.21)

Sekvensen viser, hvordan SAG2 positionerer sig med familien, idet han udviser bekymring for Katrines lillebror Kasper. SAG2 mener, at Katrines lillebror ikke er blevet inddraget nok i behandlingen af familiens situation. Der skal derfor være større fokus på ham, da SAG2 mener, at

han må være påvirket af både Susannes fremskredne skelrose og af Katrines psykiske udfordringer. I sekvensen indtager SAG2 ligeledes en koordinerede rolle, idet han søger en afklaring af, hvilke initiativer der er henvendt Kasper, og om de har virket for ham og familien. Sekvensen er ligeledes et udtryk for, hvordan et tværfagligt samarbejde bliver koordineret, og yderligere hvordan ansvaret mellem to offentlige systemer bliver placeret. Selve forhandlingen af ansvar kommer til udtryk i afslutningen af sekvensen i følgende dialog:

SAG2: Jeg synes, at der skal være OBS på, for hvis der kan komme en familiesagsbehandler på, som kan komme med nogle tilbud, som kan hjælpe Kasper, så er det jo det, der skal til. Det kan der ikke herske nogen tvivl om.

P1: Skal vi gøre noget i forhold til det?

SAG2: Ja, det synes jeg, at I skal. (se sekvens)

I dialogen ses det, hvordan der internt i gruppen bliver foretaget en forhandling af ansvar i forhold til, hvem der har det overordnede ansvar for at finde passende støtte til Kasper. Dialogen mellem SAG2 og P1 viser, hvordan det ene fagprofessionelle system er afhængig af det andet, før der kan handles. Det kommer til udtryk ved, at SAG2 mener, at det er distriktspsykiatrien som har ansvaret, da det er dem, der skal orientere kommunen, så de kan indlede et fælles samarbejde omkring Kasper. Dialogsekvensen viser herved, at der sam-produceres viden i gruppen, hvilket gør, at Katrines lillebror bliver en del af det allerede etablerede, tværfaglige arbejde med og omkring familien.

De tre foregående sekvenser er alle eksempler på, at SAG2 ikke kun centraliserer sin *stemme* som sagsbehandler i dialogen med deltagerne i gruppen. SAG2 udviser også forståelse for både Katrines og familiens situation, hvilket allierer SAG2 med familiens interesser og ønsker. At SAG2 ikke kun centraliserer og reducerer sin ”stemme” til at være en fagperson, betyder også, at han udviser en form for holistisk *enactment* af sin bekymring og interesse for at hjælpe familien. SAG2 udviser herved en fornemmelse for det at opbygge og arbejde med relationer. Det ses også i eksemplerne, hvor SAG2 arbejder både dialogisk og relationelt med de andre deltagere, og i måden han formår at gøre Katrine til deltager i samarbejdet. Sekvenserne er således eksempler på, at SAG2 forsøger at arbejde dialogisk ved at arbejde med relationer og de udfordringer og problematikker, som familien er optaget af. Denne tilgang til dialog står i kontrast til den tilgang, der viser sig i næste afsnit, hvor jeg undersøger, hvordan de fagprofessionelle på møderne gør brug af *institutionelle scripts* i dialogen med familien. Det er scripts, som skaber en monologisering af især familiemedlemmerne,

idet de fordrer nogle særlige, organisatoriske logikker frem for en relationel og dialogisk tilgang til samarbejde.

Enactments af institutionelle scripts – en fralæggelse af ansvar

Jeg vil i dette afsnit undersøge, hvordan der opstår institutionelle scripts i dialogen mellem deltagerne på møderne. Jeg vil i den forbindelse belyse, hvordan disse scripts enten muliggør eller begrænser deltagernes handlerum og samarbejdet mellem deltagerne.

Jeg vil starte med at introducere begrebet *institutionelle scripts* eller *institutional scripting*. Begrebsliggørelsen af disse scripts udvikler jeg på baggrund af Bakhtins teori om *answerability*. Institutionelle scripts er resultatet eller selve produktet af et individs dialogisme i, hvad Bakhtin betegner som den tosidede del af *answerability* (Bakhtin 1990). Det betyder, at måden hvorpå et individ (re)præsenterer sig *selv* sker på baggrund af en subjektiv afvejning mellem et ønske om særlig *selvfremstilling* og nogle krav fra omverdenen om at fremstå og agere på en bestemt måde. Denne dynamiske afvejning er et produkt af et individs dialogismer. Det vil med andre ord sige, at der altid foreligger en kamp mellem centripetale og centrifugale diskursive processer i det, der kan betegnes som det bakhtinske *arkitektoniske selv*, hvor meningsskabelse formes i en dialog mellem de socialkognitive strukturer (Morson & Emerson 1990). Disse strukturer er: *I-for-myself*, *I-for-others* og *The-other-for-me*. Jeg refererer her til Greg Nielsens læsning af begrebet *answerability*, hvor han skriver følgende med henvisning til Bakhtin:

Two-sided answerability is required to join the individual and the collective or life and culture (28). “In all being I experience only myself—my unique self-as an I. All other I’s (theoretical ones) are not I’s-for-me” (Bakhtin 1993, 46). These are the I’s for-the-other or the other’s-for-me. My non-alibi in Being means to struggle with the seduction of pretending to be who I am not through an imagining of how the other might see me or how I would like the other to see me. (Greg Nilsen 2002: 43)

Nielsen peger på, at der med *answerability* altid foreligger en kamp for individet om at ”præsentere sig selv” – at give mening – for sig *selv* og for *andre*. Det betegner Bakhtin også som *I-as-an-event*, idet han tydeliggøre det emergente og det situationelle ved denne handling og meningsskabelse. Institutionelle scripts er således et produkt af kampen om at ”(re)præsentere sig selv”. Det kan for eksempel være kampen for at præsentere et *selv* i en given organisatorisk kontekst. Det kan være en organisatorisk kontekst, hvor der kan være nogle forventninger til, hvordan for eksempel en fagprofessionel eller borger skal og bør agere i en given situation. En situation hvor der for vedkommende måske er både reelle og imaginære krav til, hvordan for eksempel et individ bør handle og agere over for den *anden*. Institutionelle scripts kan på den måde forstås som en

enactment af for eksempel en fagidentitet eller en særlig persona, som bygger på det pågældende individs forestilling om, hvordan vedkommende bør agere for at give mening i mødet med den *anden*. For at tydeliggøre begrebet Institutionelle scripts kan der også drages en parallel til Louis Althusser's begreb om interpellation. Althusser peger på, at individet interPELLERES i social interaktion og i skabelsen af subjektivitet (Althusser 2006). Judith Butler peger ligesom Althusser på, at identitet konstrueres og performes, og på at subjektivitet således kan *fremkaldes* (jf. begrebet om *hailing*) i en proces af social interaktion med andre (Butler 1988, 1990). Min teoretisering af begrebet Institutionelle scripts adskiller sig fra Althusser's forståelse, og begrebet interpellation, da jeg ud fra en forståelse af Bakhtin, tager afstand fra en strukturalistisk determinisme, som tvinger individet til at acceptere fremkaldte subjektpositioner. Hos Bakhtin er der, modsat Althusser, et fokus på agens og individets kamp imellem mulige subjektpositioner. Det betyder, at begrebet Institutionelle scripts bygger på Bakhtin's forståelser af answerability, da begrebet retter et analytisk blik mod, hvordan et individ takler både de reelle og imaginære krav til dets *selvfremstilling* (Bakhtin 1981, 1986, 1990). Der rettes således fokus på en *selvfremstilling*, som er et udtryk for en kamp i individet, hvor der i en arena strides centripetale og centrifugale diskursive processer, som kæmper om, hvordan jeg *selv* tænker og føler (jf. *I-for-myselv*), hvordan *andre* mener, jeg *er* og bør agere (jf. *The I-for-others*), og hvordan jeg ser og forstår den *anden* (jf. *The other-for-me*).

På Åben Dialog møderne opstår der institutionelle scripts i dialogen mellem deltagerne. Disse scripts får forskellige betydninger for dialogen, da de både kan være mulighedsgivende eller være med til at begrænse og reducere handlingsmuligheder, hvilket påvirker og hæmmer dialogen og samarbejdet mellem deltagerne. Den følgende sekvens er et eksempel på, hvordan institutionelle scripts opstår, når der *kaldes* på og efterspørges (jf. answerability) en faglig vurdering fra en deltager. Sekvensen viser, hvordan deltageren L1, som er overlæge og behandler af Katrine i distriktpspsykiatrien, foretager et institutionelt script i sin talehandling. Scriptet opstår, ved at det bliver efterspurgt, og derved bliver det "kaldt på". Det er Poul, der efterspørger dette script, da han ønsker en særlig fagligvurdering af Katrine, som kan understøtte hans argumentation i gruppen.

Poul siger:

PO: Katrine er ikke kun Asperger. Hun er også ADHD'er, og man kan sige, at det sikkert er en rigtig god ide at sende en Asperger hen, hvor der er andre Aspergers, men Katrine er også andre ting. Er du ikke enig med mig i det, L1?

L1: Jeg tænker én ting. To diagnoser og så det personlighedsmæssige, som jo har... Den personlige udvikling som jo har været under indflydelse fra de to diagnoser, og

som derfor er kompliceret. Hvilket også er derfor, at vi sidder her i dag, det er enormt kompliceret det her. Og der tænker jeg, at det er også derfor, at jeg gerne vil have Katrine lidt tættere på os her, og så er det accepten og respekten for, at der er noget, som hun skal tage medansvar for. Vi kan godt komme med nogle gode ideer, men så skal vi huske, at Katrine skal med ind i det her. For det med at tage medansvar for en ting og den cadeau den giver, og at hun skal tage medansvar, også den er vigtig. Så vi sidder med en opgave, som vi ved tager tid, og bare at det går i den rigtige retning, så kan man bedre give tid til fase et.

PO: Helt sikkert.

(Møde 1, 1:25:05 – 1:26:11)

Sekvensen viser, at Poul søger især én deltager, der kan tilslutte sig hans argumentation om, at Katrine har flere diagnoser og derfor kæmper med nogle komplekse, psykiske udfordringer og problematikker. Poul ser, hvordan deltageren L1 kan bistår ham i denne argumentation, og derfor henvender han sig til hende. Pouls henvendelse til L1 er særlig, idet han qua situationen kalder på en specifik faglig *stemme* og argumentation, som kan bistå hans egen *stemme* og *pointe* i samtalen med gruppen. Denne forventning afkoder L1 gennem *I-for-others*, idet hun forsøger at imødegå Pouls forventninger ved at *enacte* et fagligt perspektiv og et tilhørende institutionelt script, som beskriver Katrines psykiske udfordringer og komplekse situation. Sekvensen er herved et eksempel på, at Poul forsøger at skabe en centripetal diskursiv proces i et forsøg på at ”lukke” dialogen mellem deltagerne. Det gør han ved at kalde på et specifikt fagligt blik, og herved på et institutionelt script fra en deltager. Et script der, hvis det aktualiseres efter Pouls hensigt, kan medføre en ”lukning” af dialogen mellem deltagerne. En lukning der kan fremstå strategisk, idet Poul herved bevidst eller ubevidst søger at aktualisere L1’s faglige *performativitet* og dens autoritet for derved at fremtvinge en midlertidig konsensus mellem deltagerne. Poul efterspørger på den måde et institutionelt script, et script som vil tilføre hans *stemme* en autoritet, der vil kunne fremtvinge en ”lukning” i dialogen mellem deltagerne.

De to følgende sekvenser er eksempler på, hvordan institutionelle scripts fordrer nogle organisatoriske logikker, som dominerer i dialogen og påvirker i en særlig retning. Det betyder, at dialogen afkobles et relationelt sigte. Dette får indflydelse på nogle af deltageres handlemuligheder, da de reduceres, eftersom konstruktionen af et samarbejde i gruppen bliver genforhandlet. Det første eksempel er fra det første møde:

TP: Vi er nødt til at stramme op med tiden nu. Den er 10 minutter i tre.

PO: Godt! Du spørger, hvad kommunen kan gøre (peger på SAG1), og det var på den korte bane, men den længere bane er en ny boform. Tag stille tid, tag tid til at få tjekket nogle opholdssteder, som ikke er for langt væk i første omgang. Det kan så være, at hun skal længere væk senere hen, som opholdssted nummer to, når der er gået nogle år.

SAG1: Ja ja.

PO: Jeg tror også...

SAG1: Ja ja, det der kendetegner opholdssteder er, at man er der i et par år, og så går man videre.

PO: Ja. Måske er man der i et par år, ikke? For så kan man ikke komme videre det sted. Så første fase skulle være inden for kommunegrænserne, og der må da være nogle. Det må der altså.

SAG1: Nu går du ind på det, der hedder tilbudspotalen.dk

PO: Ja ja... Jeg kender den godt (griner).

SAG1: Nej, men prøv at gå derind og skriv opholdssteder, og så skriv Odsherred.

PO: Mmm.

SAG1: Prøv at se, hvad der er derinde. Og du må gerne skrive eller ringe op til mig, og sige, at jeg har set på det her, hvad er jeres erfaringer med det.

PO: Okay, fair nok. Det vil sige, at hvis jeg ringer til nogen og får en snak med dem, så kan jeg godt ringe til dig og sige, at det lyder meget fornuftigt [Kan ikke høres].

SAG1: Ja og så har du snakket med dem, og jeg synes sådan og sådan.

PO: Ja, så kan du sætte dem på listen med dem, du skal tjekke ud.

SAG1: Ja, det lyder da... det kunne være fint.

(Møde 1, 1:44:28 – 1:45:42)

I sekvensen udspiller der sig en dialog mellem Poul og SAG1. Dialogen går på at finde et passende opholdssted til Katrine inden for kommunens grænser. Sekvensen viser, hvordan Poul med sin henvendelse til SAG1 ”kalder på” en specifik fagidentitet, idet han efterspørger en bestemt handling, som SAG1, som sagsbehandler, kan foretage. Det sker idet Poul siger:

Godt! Du spørger, hvad kommunen kan gøre (peger på SAG1), og det var på den korte bane, men den længere bane er en ny boform. Tag stille tid, tag tid til at få tjekket nogle opholdssteder, som ikke er for langt væk i første omgang. (se sekvens)

Poul konstruerer i sin ytring en forventning om, hvad den kommunale sagsbehandler skal gøre fremadrettet. Det gør han på baggrund af, at SAG1 tidligere har efterspurgt, hvad kommunen kan gøre for familien, hvilket Poul nu responderer på. Poul efterspørger således, at kommunen hjælper familien med at finde et passende opholdssted til Katrine. Pouls ytring frembringer et institutionelt script hos SAG1, idet han svarer følgende:

SAG1: Nu går du ind på det, der hedder tilbudspotalen.dk

PO: Ja ja... Jeg kender den godt (griner).

SAG1: Nej, men prøv at gå derind og skriv opholdssteder, og så skriv Odsherred.
(se sekvens)

SAG1 konstruerer i dialogen med Poul et institutionelt script, som bygger på nogle organisatoriske logikker frem for nogle relationelle, idet SAG1 beskriver en specifik handlingsanvisning, som Poul skal benytte sig af at finde mulige anbringelsessteder i kommunen. SAG1 flytter med dette institutionelle script ansvaret for, hvem der har til opgave at finde et passende anbringelsessted til Katrine. Det sker, da SAG1 gør Poul til ansvarlig for at afsøge mulige steder til Katrine. Dialogen viser desuden, hvordan Pouls forventninger til og forestiller om, hvad en sagsbehandlers opgave er bliver brudt, idet SAG1 afviger fra hans forventninger. Det gør SAG1 ved at foretage et institutionelt script, hvor han flytter fokus fra et dialogisk og relationelt blik, til at dialogen nu domineres af organisatoriske logikker, som afkobler det relationelle mellem dem. Dette ses også i Pouls reaktion, da han bliver overrasket over SAG1 svar og adfærd. Ved at SAG1 foretager et institutionelt script, som bringer organisatoriske logikker i centrum for dialogen, så skifter dialogen samtidig karakter, idet den nu handler om en forhandling af ansvar. Dette ses ved, at SAG1 gør Poul til ansvarlig for opgaven og efterfølgende italesætter, hvad Poul skal og "må" gøre. SAG1 siger:

Prøv at se, hvad der er derinde. Og du må gerne skrive eller ringe op til mig og sige, at jeg har set på det her, hvad er jeres erfaringer med det. (se sekvens)

Den næste sekvens er et lignende eksempel, idet den viser, hvordan Susanne og familien efterspørger råd og vejledning hos en af de kommunale sagsbehandlere på mødet. Efterspørgslen afstedkommer ligeledes et institutionelt script, hvor organisatoriske logikker bliver dominerende i dialogen mellem dem. Dette skaber en modløshed hos Susanne, der efterfølgende erstattes af en oplevelse af anerkendelse og forståelse, idet dialogen igen får et relationelt sigte. Det sker, da en anden sagsbehandler går ind i dialogen:

SU: Men men jeg har da også en sagsbehandler? For jeg kan huske, at da Katrine havde SAG1, der søgte vi faktisk om, at jeg kunne få nogle timer i Psykologisk Ressource Center, og så sagde han, at det kunne jeg ikke, da Katrine er over 18 år, og at jeg som mor ikke ville kunne søge om noget i forhold til vores familiesituation, og så lukkede han den så der. Men jeg har da en sagsbehandler selv eller noget? Nu spørger jeg altså bare sådan lige ud i det hele.

SAG2: Ja, selvfølgelig har du da det.

SU: Ja, hvor jeg vel kan søge om noget.

SAG3: Hvor er du henne hos kommunen?

SU: Jeg er på førtidspension.

SAG3: Jamen, så må der vel sidde én der. Hvis altså jeg må sige noget i det hele taget?

TP: Ja, ja, det må du gerne. Det går bare på runde.

SU: Det er vist også ved at være din tur.

SAG3: Altså i forhold til dig (Kigger på SU), så synes jeg, at I har sagt nogle ting, som jeg ikke har hørt før i hvert fald.

TP: Jeg skal lige høre, svarer du på det spørgsmål med sagsbehandleren?

SAG3: Ja!

TP: Godt.

SAG3: Når du klart giver udtryk for, hvordan du har det nu. Det har jeg ikke hørt før, så tænker jeg også, at via din sygdom der burde du også kunne få bevilget psykolog, som handler om dig og som ikke handler om, hvad der ellers er i jeres familie.

SU: Mmh.

SAG3: Men det kan egen læge eller sagsbehandler...

SU: Jeg vil så gerne også have X (anonymiseret navn på en specifik psykolog)

SAG3: Ja, det kan jeg så ikke lige svare på. Jeg kan jo ikke sidde og sige, hvad du kan få bevilling til (griner).

SU: Neej (griner forsigtigt) [kan ikke høres]... Så jeg kontakter hvad?

SAG3: Enten egen læge eller sagsbehandler.

SU: Det er jo faktisk ret vigtigt [kan ikke høres], hvis jeg skal holde mig sådan nogenlunde i live efterhånden. Godt undskyld.

TP: Ja, SAG2 (SAG2 rækker hånden op). Du var ikke lige helt færdig?

SAG2: Nej, for der kan jo være flere konstellationer i forhold til dig fordi, øh. Det er ikke en støtte- og kontaktperson, du har behov for. Det er ikke sådan, jeg opfatter det, for jeg synes sgu, at der kommer nok mennesker i jeres liv på den måde. Men jeg kan da godt både se og høre, at du har brug for en person, som kan gå mere i dybden omkring dine specielle ting og sager, og jeg tror, jeg lige prøver, fordi den sagsbehandler du skal have. Det er jo ikke en fra pensionsafdelingen. Det er faktisk en fra voksenafdelingen [kan ikke høres], der skal vurdere, hvilke behov du har, og hvem der skal sættes ind i forhold til det. Men det er jo rigtigt som SAG3 siger, at din egen læge kan jo henvise dig til 12 psykolog seancer. Kognitiv terapi og så videre.

SU: Det har jeg bare prøvet så sindssygt mange gange efterhånden.

SAG2: Det er jo i forhold til din sklerose, kan man sige.

SU: Jeg kan sige om min sklerose, at jeg er lam i den ene arm, og mit ben er begyndt at genere mig. Det betyder rent faktisk, at der er mange ting, jeg ikke kan derhjemme mere.

SAG2: Ja, men der er to ting i det, ikke? Der er dine egne problemer i forhold til din fysisk, kan man sige, og også din psykiske tilstand, og så er der hele jeres familieproblematik.

SU: Præcis. (Møde 4, - 34:55 - 38:15)

I sekvensen stiller Susanne et spørgsmål til gruppen, da hun ønsker klarhed over, om hun også har en socialrådgiver, som kan hjælpe hende med psykologbistand. Spørgsmålet er adresseret til de to kommunale sagsbehandlere, der deltager på mødet, hvilket de begge responderer på. I sekvensen ses det, at sagsbehandleren SAG3 konstruerer et institutionelt script i sit svar til Susanne. Dette script kommer til udtryk ved, at det indskriver Susanne i nogle organisatoriske logikker og praksisser for derved at klarlægge, om Susanne er berettiget til at få hjælp fra kommunen. Det ses, idet SAG3 siger følgende:

Når du klart giver udtryk for, hvordan du har det nu. Det har jeg ikke hørt før, så tænker jeg også, at via din sygdom der burde du også kunne få bevilget psykolog, som handler om dig og som ikke handler om, hvad der ellers er i jeres familie. (se sekvens)

SAG3 foretager et institutionelt script og italesætter herved en systemisk praksis om, at hvis Susanne ønsker hjælp, så skal hun først henvende sig hos egen læge, hvorefter det måske vil være muligt at søge om bevilling til psykologbistand gennem kommunen. At SAG3 foretager et institutionelt script, ser jeg samtidig i måden, hvorpå SAG3 legitimerer sin deltagelse i gruppen. Det gør SAG3, som ikke tidligere har sagt noget på mødet, da Susanne specifikt adresserer sit spørgsmål til en sagsbehandler. Dermed opstår der en mulighed for, at SAG3 kan deltage i dialogen og samtidig konstruere en faglig identitet og position i gruppen. At SAG3 ser en mulighed for at deltage i gruppen kommer til udtryk ved, at hun siger: ”Hvis altså jeg må sige noget i det hele taget?”. Når SAG3 efterfølgende foretager et institutionelt script er det samtidig med til at afkoble det relationelle i dialogen med Susanne, da SAG3 med sit script giver en mere generisk og systemisk handlingsanvisning på, hvad der måske kan hjælpe Susanne videre. Det at dialogen mellem dem baserer sig på organisatoriske logikker er, som nævnt, med til at afkoble det relationelle sigte i dialogen. Det medfører også en monologisering af Susanne, som opstår ved, at samtalen flytter fokus fra at handle om at forstå eller udforske Susannes problematikker og til at hun skal sendes videre til andre fagprofessionelle aktører og systemer. På den måde henviser SAG3 også den dialogiske udforskning af Susannes udfordringer til andre aktører og systemer, idet det bliver en opgave, der ikke kan varetages i gruppen. At Susanne oplever det som en monologisering af hende ses ved, at hun søger mod en ”lukning” af samtalen.

SU: Jeg vil så gerne også have X (Anonymiseret)

SAG3: Ja, det kan jeg så ikke lige svare på. Jeg kan jo ikke sidde og sige, hvad du kan få bevilling til (griner).

SU: Neej (griner forsigtigt) [kan ikke høres]... Så jeg kontakter hvad?

SAG3: Enten egen læge eller sagsbehandler.

SU: Det er jo faktisk ret vigtigt [kan ikke høres], hvis jeg skal holde mig sådan nogenlunde i live efterhånden. Godt undskyld. (se sekvens)

Efterfølgende ses det, hvordan deltageren SAG2, som er den anden sagsbehandler, forsøger at bringe den relationelle dimension tilbage og ind i dialogen med Susanne. Det gør han ved at forsøge at tage udgangspunkt i Susannes situation og udfordringer. Det ses i afslutningen af sekvensen:

SAG2: Det er jo i forhold til din sklerose, kan man sige.

SU: Jeg kan sige om min sklerose, at jeg er lam i den ene arm, og mit ben er begyndt at genere mig. Det betyder rent faktisk, at der er mange ting, jeg ikke kan derhjemme mere.

SAG2: Ja, men der er to ting i det, ikke? Der er dine egne problemer i forhold til din fysisk, kan man sige, og også din psykiske tilstand, og så er der hele jeres familieproblematik.

SU: Præcis. (se sekvens)

At SAG2 i dialogen med Susanne tager udgangspunkt i hendes situation og konkrete udfordringer betyder, at der opstår en samtale imellem dem, hvor Susanne oplever forståelse og anerkendelse af sine udfordringer. En forståelse som kommer til udtryk ved, at SAG2 peger på det relationelle ved Susannes sygdom, idet han beskriver, hvordan sygdommen påvirker flere ting hos både hende og hendes familie.

Deltagerens anvendelse af institutionelle scripts på dialogmøderne viser, at dialogen mellem deltagerne til tider udfordres af, at disse scripts frakobler en mere relationel dimension af både samarbejdet og dialogen mellem deltagerne. Det sker ved, at organisatoriske logikker kommer til at dominere i samtalen. Disse institutionelle scripts opstår ofte ved, at de bliver "efterspurgt" af en deltager. Det er typisk en fra familien, der efterspørger et bestemt, fagligt perspektiv eller et konkret bud på en løsning fra en fagprofessionel, hvilket afstedkommer et script. Institutionelle scripts bliver også en måde til at fralægge sig ansvaret på, idet der gennem disse scripts ikke søges en relationel udforskning af problemerne. I stedet for rettes fokus mod nogle mere konkrete systemiske handlingsanvisninger, som igen flytter ansvaret andetsteds og væk fra den pågældende fagperson.

Mangel på voice-as-value – kampen for at blive hørt

Jeg vil i dette afsnit undersøge, hvordan der på møderne opstår "sprækker" i dialogen, som giver familien mulighed for at fortælle deres historie og redegøre for deres situation. Jeg peger i afsnittet

på, hvordan familien, i disse sprækker i dialogen, producerer fortællinger af modmagt, idet familien kæmper for at blive hørt og anerkendt af de andre deltagere og af det offentlige system.

Familien har i løbet af de fire møder gentagende gange efterspurgt hjælp til at få løst Katrines situation, så der kan komme afklaring på, hvor Katrine skal bo, og hvordan hun kan få professionel pleje og støtte. På møderne gør familien derfor opmærksom på, at de ikke føler, at deres råb om hjælp bliver hørt af de andre deltagere, også selvom denne problematik er selve grundlaget for, at dialogmøderne bliver afholdt. De følgende sekvenser er eksempler på, hvordan mangel på anerkendelse af familiens situation bliver til et tema på dialogmøderne. I den følgende sekvens efterspørger familien for eksempel, at der bliver skrevet referat af møderne, så der er styr på, hvad der bliver besluttet på møderne. Sekvensen er fra indledningen af det andet møde:

TP: Først så vil jeg lige høre, om det er dig, Poul, eller dig, Susanne, der vil? (kan ikke høres).

SU: Først vil jeg lige spørge, om der bliver skrevet referat af det her?

TP: Nej.

SU: Om beslutningerne...

SAG1: Hvis der bliver besluttet noget, så skal jeg nok skrive det ned.

SU: Jooh, men...

TP: Og jeg skriver selvfølgelig et journalnotat omkring det.

SU: Det så jeg godt, men det er mere i forhold til sidste gang, hvor der rent faktisk blev snakket om noget, der skulle gøres og undersøges. Det står jo ingen steder?

TP: Det står formentlig hos SAG1.

SAG1: Hvis vi beslutter noget, så sørger jeg for, at det kommer til at stå her (peger på sin blok), og det vil jeg gerne sørge for i dag.

TP: De beslutninger som bliver taget, men som ikke er mit bord. Dem skriver jeg jo ikke i journalen (kan ikke høre). Det er jo ikke et beslutningsreferat, jeg laver.

SU: Det ved jeg godt, men jeg spørger også ud i (peger på gruppen), for det er bare fordi, at der er nogle ting, som vi har sloges med gennem den sidste måned, som kunne være undgået.

TP: Ja.

SAG4: Det vi kan aftale er, at når vi slutter i dag, så kan vi ridse op, hvad der er blevet sagt, og søge om der er enighed om det.

P1: Ja.

SAG1: Ja, glimrende ide.

SU: Ja, jeg synes bare ikke, at vi skal gøre ligesom sidste gang, hvor det røg lidt ud i vasken, ikke.

TP: Ja. godt.

(Møde 2, 0:07 – 1:13)

I sekvensen efterspørger Susanne, at der skrives referat, så der kan skabes gennemsigtighed i beslutningsprocessen og derved klarhed over, hvem der har ansvar for hvilke opgaver. Susannes forespørgsel er en konsekvens af, at der i gruppen ikke er blevet lavet en forhandling blandt deltagerne om, hvorvidt der skrives referat eller ej. I sekvensen ses det, at denne forhandling bliver foretaget akut på baggrund af Susannes forespørgsel. Det ses ved, at facilitatoren TP først placerer et ansvar på SAG1, idet hun siger: ”*Det står formentlig hos SAG1.*”. TP forklarer efterfølgende for de andre deltagere, at hun kun skriver et internt notat, som gør rede for, hvad det er for nogle opgaver, distriktspsykiatrien forpligter sig til. At der ikke laves referat, og at der ikke føres en fælles beslutningsprotokol, får møderne til at fremstå som en række, enkeltstående møder frem for et koordineret samarbejde, hvor møderne har en klar progression. Manglen på referater medfører også, hvilket Susanne pointerer, at der ikke er gennemsigtighed i, hvilke deltagere eller hvilke systemer, der har ansvar for at få løst en given problematik eller opgave. At der ikke skrives et fælles referat på møderne er ligeledes udtryk for, at der ikke tænkes tværfagligt i samarbejdet. Der bliver i løbet af de fire møder aldrig foretaget en egentlig forhandling om, hvilke aktører eller systemer der bærer hovedansvaret for at løse familiens udfordringer. Møderne fokuserer i stedet på, at der skal findes fælles løsninger for familiens problemer men aldrig på, hvilke aktører der bærer det egentlige ansvar for at få de fremlagte forslag implementeret og sat i værk. Denne manglende, tværfaglige forståelse er en pointe, som jeg vil vende tilbage til senere i kapitlet.

Den foregående sekvens viser det tætteste, gruppen kommer på en egentlig forhandling af at få ansvaret placeret mellem deltagerne i gruppen. At denne forhandling ikke frivilligt foretages, tolker Susanne som et udtryk for, at gruppen ikke lytter, når familien taler, og at familien derved ikke kan regne med, at mulige, fremlagte initiativer efterfølgende vil blive realiseret. Det kommer for eksempel til udtryk, idet Susanne siger: ”*Det ved jeg godt, men jeg spørger også ud i (peger på gruppen), for det er bare fordi, at der er nogle ting, som vi har sloges med gennem den sidste måned, som kunne være undgået*”. Susannes ytring kan tolkes som et udtryk for en oplevet mangel på *voice-as-value*, idet familien oplever, at deres situation og udfordringer ikke bliver taget seriøst af de andre deltagere. Nick Couldry skelner mellem to niveauer af *voice* (Couldry 2010). Det ene niveau er *voice-as-process*, som udgøre en form for *accountability*, hvor et individ kan give *stemme* til en beskrivelse af sig *selv* og sin tilværelse. Det andet niveau er *voice-as-value*, hvilket handler om, hvordan et individ oplever at føle sig værdsat, hørt og forstået. *Voice-as-value* handler således om et individs udsigelseskraft i en specifik kontekst eller i et organisatorisk system.

Ud fra Nick Couldrys teoretisering af stemmebegrebet vil jeg pege på, at Åben Dialog møderne bliver et forum, hvor Susanne og familien kan give en *account*, og derved redegøre for deres problematikker, udfordringer, håb og drømme (jf. Voice-as-process). Samtidig opstår der i måden, hvorpå denne *accountability* bliver aktualiseret på møderne, en frakobling af voice-as-value, hvilket ses ved, at Susanne ikke oplever at blive hørt eller anerkendt af de andre deltagere. Denne mangel på voice-as-value kommer også til udtryk senere på det andet møde, hvilket ses i følgende sekvens:

TP: Er der noget konkret til det her møde, Susanne? Som vi kan nå at komme omkring?

SU: Ikke noget konkret. Jeg har stadigvæk ikke nogen forventninger om, at når vi går her, så har vi en total pakkedløsning. Det har jeg overhovedet ikke. Jeg har et konkret ønske om, at vi får talt sammen, og om at der ikke bliver lovet mere, end hvad der kan holdes, og at man ikke siger mere, end hvad man kan sige, vil jeg sige. Altså det man siger, og det man lover, det skal der også handles på, hvis det er det. Og hvis man ikke kan, så skal det ikke siges. Jeg mener, at det er vigtig for mig, at der er ærlighed, for det er så ærgerligt, at vi bruger så mange ressourcer på det forkerte, ikke også? Både på at være frustreret over situationen, men også at når man sidder der og prøver, og finder ud af hvordan forretningsgangen er. Det er jo skide irriterende.

TP: Mmm.

SU: Vi er sårbare, og vi skrøbelige, det er vi.

KAT: Vi er jo også bare mennesker. Vi er jo bare mennesker.

SU: Jo jo, men altså... så nej.

TP: Okay. Helt i orden.

PA: Vi har jo stået her med Katrine, ja, jeg vil sige de sidste fem år, hvor det starter med. Ja, i virkeligheden starter det med det første selvmordsforsøg, ikke? Og så har det bare kørt lige siden og et eller andet sted, der føler vi, at vi er kommet lidt videre, men der er altså også gået fem år, ikke? Det er måske også derfor at vi er kørt lidt trætte, og er en lille smule insisterende på, at nu kunne vi godt tænke os at se noget handling også og noget engagement og noget indlevelse.

SU: Men det er fordi, at vi er lige så fastlåste som Katrine er. På den måde vi handler og tænker på. Og vi diskuterer meget, om det skal være et hjem for Katrine, et hjem for os eller et hjem for os alle sammen? Og hvordan fanden gør man det, altså? Det var det ikke?

PO: Jo.

TP: Okay.

(Møde 2, 11:25 – 13:35)

Sekvensen viser, at Susanne oplever en mangel på voice-as-value, når hun fortæller, at der på det første møde er blevet lovet familien nogle konkrete løsninger, som efterfølgende ikke er blevet realiseret. Familien har efter det første møde kæmpet med at få godkendt en bevilling hos kommunen

om undervisning til Katrine i Aspergers syndrom. Et tilbud som de oplevede, de var blevet lovet på det første møde. Dette afspejles også i Susannes ytring, idet hun siger; *”Altså det man siger, og det man lover det skal der også handles på, hvis det er det. Og hvis man ikke kan, så skal det ikke siges.”*. Susannes ytring demonstrerer, hvordan hun oplever en mangel på voice-as-value i gruppen og i selve samarbejdet, idet hun føler, at når familien taler om deres problemer og udfordringer, så lyttes der ikke til dem. Denne oplevelse bliver suppleret af Poul, når han siger:

Vi har jo stået her med Katrine, ja, jeg vil sige de sidste fem år, hvor det starter med. Ja, i virkeligheden starter det med det første selvmordsforsøg, ikke? Og så har det bare kørt lige siden og et eller andet sted, der føler vi, at vi er kommet lidt videre, men der er altså også gået fem år, ikke? Det er måske også derfor, at vi er kørt lidt trætte, og er en lille smule insisterende på, at nu kunne vi godt tænke os at se noget handling også og noget engagement og noget indlevelse.

Pouls ytring viser, at familiens oplevelse af at have stået alene har varet længe. Poul laver i sin fortælling en tidslinje, der starter ved Katrines første selvmordsforsøg, som er fem år siden. Pouls opridsning af forløbet karakteriseres også ved en mangel på voice-as-value, idet han efterspørger, at der bliver lyttet til familiens problematikker, og at der bliver handlet på baggrund dem. Jeg tolker Pouls beskrivelser af en oplevet mangel på voice-as-value, som en følelse af at tale for døve øre.

Kampen for voice-as-value – fortællinger af modmagt

Familiens kamp for at fortælle deres historie starter allerede før Åben Dialog møderne begynder. Katrine redegjorde for eksempel i sit brev til deltagerne på mødet for, at familien igennem længere tid ikke har følt sig tilstrækkeligt inddraget, hørt og anerkendt i sagsforløbet (jf. analyse del A). Pouls ytringer i det foregående afsnit er også et eksempel på, at familien oplever, at de ikke bliver taget alvorligt af det offentlige system, og derfor står alene med at finde løsningerne på deres situation. Denne oplevede mangel på voice-as-value skaber således en effekt af modløshed hos familien, hvilket ses i det foregående afsnit. Denne mangel på *voice-as-value* skaber også en situation, hvor familiemedlemmerne kæmper en kamp for opnå anerkendelse af deres situation og udfordringer. Denne kamp kommer til udtryk ved, at familien søger sprækker og åbninger i dialogen på møderne, hvor de kan ytre deres utilfredshed og derved blive set og hørt af de andre deltagere og det offentlige behandlingssystem.

De følgende sekvenser er eksempler på, hvordan familien forsøger at skabe et rum i dialogen for at kunne fortælle deres "historier". Fortællingerne fremstår som effekter af *modmagt*, idet familien forsøger at skabe plads til at kunne berette om deres konkrete udfordringer og situation.

SU: Vi har jo kæmpet med, at det folk ser udadtil, det er ikke det, der sker. Men vi har jo så tit en anderledes historie end andre, og det er fandeme hårdt.

PO: Du sagde jo, at det vi kæmper for, det er, at Katrine får et godt liv.

SU: Jo, og at hun kan leve uden mig, eller øh, at jeg kan være hendes mor sådan helt almindeligt. At jeg kan spise min mad, uden at hun gør det samme. Hun spejler sig jo fuldstændig i mig. Det er synd for hende, men ja, og så ved jeg jo også godt, at det her kommer til at tage rigtig lang tid, men det er en start. Det er vigtigt, at jeg kan mærke, at der er en proces i gang. Der er mange Katriner, synes jeg.

TP: Ja, der er mange sider af hende, som hun viser.

SU: Ja, afhængig af hvor hun er henne. Og nogle ting kan hun styre mere end noget andet, men hun er helt klart i en opfattelse af, hvordan ting skal være, og hun kan ikke forstå at folk er forskellige [Kan ikke høres]. Og så er det, som du siger, at de udbrud, som hun får, de er voldsomme, og vi ved ikke, hvornår de sker. Hvad er det, vi kalder det? Meltdowns.

SAG1: Hold da op.

SU: Jamen det er det, for hun kan ligge og græde i 3 timer i fosterstilling, og vi kan ikke nå ind til hende, slet ikke. Hun har ligget oppe i den anden ende af haven i et hul, som hende og Kasper har gravet, i flere timer, og bare grædt, eller rettere hun lyder som en ugle, ikke?

PO: Ja.

SU: Hun slår helt fra, og det er kun os, der oplever det, og det er fuldstændig sindssygt. Man føler sig bare så utilstrækkelig, for man kan ikke gøre en skid. Vi har faktisk ikke kunne gøre noget, vi kan kun lappe på det, for der er jo ikke noget, der rykker sig. Det ved vi godt. Det er den opfattelse, vi også har. [kan ikke høre]

TP: Hvad sagde du?

SU: Jeg sagde bare, at det er irriterende at sidde sådan her (græder), for jeg havde ellers taget mig sammen (griner).

TP: Det er helt i orden (griner).

SU: Det er så hårdt.

TP: Ja, det er overvældende, og det er hårdt, og du må gerne græde. Det må du gerne. (Møde 1, 45:48 - 48:35).

Susanne fortæller i sekvensen, at familien har måttet kæmpe for andre end familien også ser, at Katrine kæmper med psykiske udfordringer. Susanne peger i sekvensen på en konkret udfordring, som er, at Katrine umiddelbart fremstår som en helt almindelig pige. Det har ofte været det, der har hindret, at Katrine kunne blive diagnosticeret og få tilbudt professionel hjælp. Sekvensen viser, hvordan Susanne gennem storytelling kan berette om, at familien ikke oplever at få den

anerkendelse eller de tilbud om hjælp, som familien mener, de har behov for. Susannes fortælling rummer således elementer af afmagt, der kommer til udtryk, når hun for eksempel siger: *”Hun slår helt fra, og det er kun os, der oplever det, og det er fuldstændig sindssygt. Man føler sig bare så utilstrækkelig, for man kan ikke gøre en skid. Vi har faktisk ikke kunne gøre noget, vi kan kun lappe på det, for der er jo ikke noget, der rykker sig.”* Susannes fortælling skaber således rum for, at de andre deltagere kan erfare og få indsigt i, hvordan familien oplever deres hverdag og udfordringer. Storytelling bliver et redskab for familien til, at de kan orientere de andre deltagere om deres udfordringer, men samtidig bliver storytelling også et middel til at forsøge at opnå anerkendelse.

En af hjørnestenene i Åben Dialog som tilgang er, at der skabes rum for dialog og fortælling. Ifølge psykolog Jaakko Seikkula, der har udviklet af Åben Dialog tilgangen, er det, at der bliver lyttet til andres historier med til at skabe forståelse og fællesskab i en samarbejdsgruppe. Det er gennem dialog og fortællinger, at der kan konstrueres en fælles indsigt (Seikkula et al 2014). I den foregående sekvens tolker jeg deltageren SAG1’s ytring *”Hold da op”*, som en feedback på og en tilkendegivelse af familiens udfordrende situation. Jeg vil dog pege på, at der i den foregående sekvens er den dobbelthed, at det der driver Susanne og familiens fortællinger er modmagt, da de ytre deres utilfredshed over de manglende initiativer i gruppen og den manglende anerkendelse fra de andre deltagere. Paradoksalt nok bliver familiens fortællinger på Åben Dialog møderne til effekter af modmagt, idet de gennem denne Åben Dialog tilgang faktisk mangler og derved aktivt søger et rum for, at de kan ytre deres frustrationer og finde forståelse hos de andre deltagere.

Det næste eksempel er ligeledes et eksempel på, hvordan familien bruger storytelling som effekter af modmagt for den manglende anerkendelse. Sekvensen er også et eksempel på, hvordan storytelling samtidig skaber indsigt hos de andre deltagere:

TP: Hvad med dig, Susanne, har du noget på til i dag, som du gerne vil have, at vi når?

SU: Ikke som sådan at vi når. Selvfølgelig er der det med Katrine, og hvad skal der ske. Men jeg synes, at vi har gang i nogle gode mennesker omkring os, men problemet er bare, at vi har stadigvæk en hverdag. Og VISO har været der to gange, og det giver jo rigtig meget, men det er jo et sandt helvede, når de går, faktisk, for de har jo sat nogle ting i gang, og det er også det, som vi altid oplever, når vi har været her eller hos Psykologisk Ressource Center, ikke altså. Vi kan jo godt have alle de der målsætninger om, hvordan tingene skal være og sådan noget, men hverdagen er helt vildt hård derhjemme.

KAT: Jeg tror bare, at vi er opslidte.

SU: Virkelig hård! Det er jo svært at gøre noget ved det, men det er bare sådan, at man har lyst til at sige det. At det er virkelig virkelig udfordrende. Jeg synes, at vi alle sammen (ser på familien) gør, hvad vi kan, for at vores hverdag kan fungere. Men det er rigtig rigtig svært. Det må jeg sige.

KAT: Jeg ser i hvert fald vores familie som sådan opslidte og meget trætte. Altså det er også det, at når vi har været på Psykologisk Ressource Center eller her eller VISO. Vi skal stadigvæk have hverdagen til at fungere, og sådan noget. Vi er bare, efter de her 5 til 6 meget hårde år. Vi er meget opslidte. Det har virkelig sat sig spor hos familien.

SU: Der er ingen tvivl om, at vi elsker hinanden, og at vi vil hinanden rigtig rigtig meget. Det er der ingen, der skal være i tvivl om, overhovedet! Men måden vi vil det på, og hvordan fanden vi skal gøre det, det er nok lidt forskelligt.

KAT: Jeg synes, at det der er svært, det er, at min mor hun er syg. Hun har sklerose, og den bliver bare værre. Det er sådan lidt svært for mig (bliver ked af det).

PO: Hvis jeg skal sige noget til dig Katrine, så er det, at jeg faktisk også er lidt bekymret for dig. For jeg kan slet ikke se, hvordan du skal kunne komme videre i det setup, som vi har nu. Og jeg har svært ved at se, om du om for eksempel om to år vil stå ret meget anderledes, end du gør i dag.

KAT: Ja.

PO: Så længe der sker de ting, som der sker i dag. Jeg kan slet ikke se, hvordan du skulle kunne komme videre. Og få et fornuftigt og et anstændigt liv for dig selv.

KAT: Ja.

SU: Det er jo fordi, at der går så lang tid, imellem den hjælp vi får. Det der kan siges er, at når der kommer VISO eller hos Psykologisk Ressource Center, så gror de et lille frø, ikke? Og så får man sådan et lille, okay! Men det er fandens svært at gå hjem, for jeg er sådan virkelig virkelig dårlig efterhånden. Ikke bare med sklerose, men jeg er jo, som ham psykiateren siger, at jeg har posttraumatisk stress, ikke. Han kalder det så udmattelses stress, ikke. Jeg fungerer jo ikke. Jeg kan ikke sove, jeg kan ikke spise, og jeg kan ikke ingenting. Jeg kan ikke overskue en skid. Det er virkelig blevet slemt. Og jeg synes måske, at det der har været rigtig slemt, og som er gået rigtig meget op for mig er, at jeg har været sådan en stor ressource for Katrine. Jeg har altid været der for Katrine. Og jeg synes... nu bliver jeg sgu lidt egoistisk... (græder), jeg synes måske, at det er lidt hårdt, at jeg ikke på nogen måder er blevet støttet i det her (Katrine græder). At jeg har været sådan så meget alene om det (græder), for det har været vigtigt, at vi har hjulpet Katrine videre, men så havde det ikke (græder) [kan ikke høres]. For jeg har det jo sindssygt dårligt (græder), og kender slet ikke mig selv. Og det gør jo ikke Katrines bekymringer bedre. For hun bliver jo forvirret, når nu, hvorfor fanden gør jeg det her, og skal hun så hellere ikke spise og... og har jeg nu fået sovet om natten og...

P1: Mmmhh ja.

SU: Ja. Der bliver jeg sådan meget. Det er svært at forklare over for Katrine.

KAT: Det der også nemt sker for mig er, at der er gået de her fem til seks år, og det er svært for mig ikke at føle skyld over de ting, som jeg har gjort. Og de ting som min

familie har været igennem. Jeg får meget meget nemt dårlig samvittighed over små ting i hverdagen, og jeg tror, at det er fordi, at jeg føler ekstremt meget skyld for alt det her, som vi som familie har været gået igennem. Og at min mor er blevet dårlig og sådan noget. Jeg føler rigtig meget skyld.

(Møde 4, 10:10 - 15:16)

Sekvensen viser, hvordan der gennem familiens storytelling skabes rum for, at de andre deltagere får indsigt i familiens hverdag. Susannes fortælling opstår, idet TP spørger, hvad Susanne gerne vil nå på dagens møde. Det åbner op for, at Susanne kan fortælle detaljeret om den magtesløshed, som familien oplever til hverdag. Susannes fortælling skaber efterfølgende rum for, at familien begynder at reflektere over deres situation og udfordringer. Det betyder, at familien begynder at projicere en position af magtesløshed på hinanden. Det sker, når Poul siger: *"Hvis jeg skal sige noget til dig Katrine, så er det, at jeg faktisk også er lidt bekymret for dig. For jeg kan slet ikke se, hvordan du skal kunne komme videre i det setup, som vi har nu."* Pouls ytring markerer også et skifte i familiens beretninger. Susannes fortælling er henvendt til de fagprofessionelle, hvor Poul nu henvender sig direkte til Katrine. Poul retter således sin bekymring direkte mod Katrine, hvilket efterfølgende får Susanne til at skabe en fortælling om, at hun er blevet overset i forbindelse med familiens udfordringer. Begge forældres fortælling rummer således magtesløshed, som er et udtryk for, at de begge oplever, at stå alene med ansvaret. At både Susanne og Poul gør Katrine til genstand for familiens udfordringer skaber efterfølgende en situation, hvor Katrine reflekterer over sit ansvar for den magtesløshed, som hele familien oplever. Katrine siger: *"Det der også nemt sker for mig er, at der er gået de her fem til seks år, og det er svært for mig ikke at føle skyld over de ting, som jeg har gjort. Og de ting som min familie har været igennem"*. Katrines ytring viser, hvordan hun føler, at hun er skyld i familiens problematikker og udfordringer. Katrines ytring står således i kontrast til den fortælling, som hun tidligere i sekvensen gav. Her fortalte Katrine at:

Jeg ser i hvert fald vores familie som sådan opslidte og meget trætte. Altså det er også det, at når vi har været på Psykologisk Ressource Center eller her eller VISO. Vi skal stadigvæk have hverdagen til at fungere og sådan noget. Vi er bare, efter de her 5 til 6 meget hårde år. Vi er meget opslidte. Det har virkelig sat sig spor hos familien.

(se sekvens)

Katrine aktualiserer i denne fortælling en *familiestemme*, som kommer til udtryk ved, at hun taler på familiens vegne, da hun ændrer formuleringen *"jeg ser"* til *"vi er"* og *"vi skal"*. Denne fortælling kan herved sættes i modsætning til afslutningen på den foregående sekvens, hvor Katrine, som en effekt af forældrenes fortælling, gør sig selv til genstand for familiens problematikker. Sekvensen

viser herved, hvordan der opstår fortællinger af modmagt fra familiens side men også, hvordan der samtidig skabes rum for, at familien kan reflektere over den magtesløshed, de oplever. Dette får Katrine til at udtrykke et personligt ansvar for familiens udfordringer, hvilket skaber en følelse af skyld hos hende.

Eksemplerne viser, hvordan familiemedlemmerne enten leder efter eller forsøger at skabe sprækker i dialogen på møderne. Sprækker hvori de konstruerer fortællinger af modmagt, som en effekt af den manglende anerkendelse, som familien møder i både sagsforløbet og på dialogmøderne. Disse fortællinger af modmagt kan også ses som et oprør mod den herskende dialogdiskurs på mødet. Familien har gjort sig forventninger om et andet dialogisk samarbejde, hvor deres udfordringer blev hørt af de andre deltagere. Det vil sige, at med Åben Dialog møderne så har familien forventninger til, at der etableres et dialogisk samarbejde, hvor der arbejdes målrettet med familiens udfordringer. Familiens fortællinger af modmagt kan således tolkes som et direkte oprør mod de pseudo-dialogiske diskurser på møderne, hvor familien producerer fortællinger af modmagt for at blive set og hørt af de andre deltagere. Det er et aspekt, som jeg vil udfolde i næste afsnit.

Opsummerede og analyserende diskussion

Jeg vil i de følgende afsnit analysere og diskutere, hvordan dialog bliver aktualiseret på møderne, og hvordan en aktualisering af en bestemt form for dialog på møderne bliver rammesættende for konstruktionen af et samarbejde mellem deltagerne i gruppen.

Dialog som kritisk samtaleressource

I de foregående analyseafsnit pegede jeg på, hvordan familien kæmper for at opnå anerkendelse og blive hørt af deltagerne og systemerne på Åben Dialog møderne. Jeg pegede ligeledes på, hvordan familien tilkendegiver, at der ikke bliver foretaget en nødvendig kobling mellem det, der tales om på møderne og til de faktiske udfordringer, som familien oplever i hverdagen. Det foregående analyseafsnit om familiens fortællinger af modmagt viser, hvordan familien forsøger at bringe deres hverdagspraksis i spil på møderne. Det gør de, da det er der, de oplever deres udfordringer. Familiemedlemmernes fortællinger af *modmagt* peger således på en relevant problematik for selve dialogmøderne, idet de anfægter den måde, dialog bliver aktualiseret på. Fortællingerne peger på et problem, idet der i dialogen opstår et fokus på et samarbejde, som er mere interesseret i at finde ud af hvem eller hvilket system, der kan løse hele familiens situation nu og her. Dette fokus på at finde hurtige løsninger, er med til at fratage dialogen et fokus på at udforske familiemedlemmernes konkrete udfordringer. På møderne opstår der en afkobling af en relationel dimension i dialogen blandt deltagerne, hvilket sker ved at dialogen i stedet rettes mod en problemløsning, hvor det er organisatoriske logikker, der dominerer samtalen.

Jeg vil gennem de følgende eksempler undersøge, hvordan denne frakobling af et relationelt sigte i dialogen fordrer en dialog, som beror på organisatoriske logikker, hvilket får betydning for den måde, et samarbejde kan konstrueres mellem deltagerne. Jeg vil i den forbindelse pege på, hvordan dialog bliver aktualiseret som det, der kan betegnes som en ”kritisk samtaleressource”, hvilket skaber en instrumentaliseren af dialog. Kevin Barge og Martin Little betegner en dialog forstået som en kritisk samtaleressource således:

(...) dialogue is viewed as an “abnormal” form of discourse—removed from everyday managerial practice—that occurs when organizations encounter crisis and need to engage in second-order learning. (Barge & Little 2002: 375)

Barge og Little peger her på, at der i organisationer kan opstå et fænomen, hvor dialog bliver betydningsat af at være noget man *gør*. Barge og Little kritiserer denne dialogforståelse, som

bygger på David Bohms konceptualisering af dialog (Bohm 2004). I en organisatorisk kontekst betyder det, ifølge Barge og Little, at dialog ofte bliver en sidste udvej, og noget man *gør*, når alt andet slår fejl. Dialog kan herved forstås som en ”kritisk samtaleressource”, der har til henblik at generere en anden ordens læring i organisationen. Det betyder, at dialog kommer til at fremstå som en særlig og anormal samtalemåde, som ikke rodfæstes i hverdagens, dialogiske praksis. På Åben Dialog møderne kommer det til udtryk ved, at møderne udgør et særligt (dialog) møde. En specifik begivenhed, hvor alle deltagerne er opfordret til at skabe dialog med henblik på at tænke ”anderledes” og finde løsninger på familiens problemer. Dette er ensbetydende med, at dialog aktualiseres som en kritisk samtaleressource, hvilket både påvirker og rammesætter den kollektive tænkning i gruppen, da der samtidig opstår en instrumentaliserings af dialogen. Dialog forstået som en kritisk samtaleressource indvirker herved på, hvordan den enkelte deltager kan agere i gruppen, idet den er handlingsanvisende, både når det kommer til at placere et ansvar, men også når det gælder om at finde løsninger på familiens situation. Det at finde løsninger bliver herved gjort til et individuelt anliggende for den kollektive tænkning frem for, at det tænkes som et fælles og kollaborativt projekt. Det ses for eksempel i følgende sekvens, som er fra møde nummer to:

TP: SAG1 hvad sidder du med? Hvad vil du gerne, at vi når i dag?

SAG1: Hvad vi når i dag?

TP: Altså på det her møde. Noget som du gerne vil have vendt eller snakket om?

SAG1: Ja, jeg vil så gerne have at det her med de to ben [de to faser], altså vi har næsten fået afdækket behovet for Katrine, og så må vi se på det behov og prøve at danne et billede af, hvad der skal ske med hendes liv. Prøve at finde en løsning, der passer os alle sammen. Det vil jeg [kan ikke høres].

TP: Hvad siger du?

SAG1: Jeg siger, det vil jeg super gerne have sker, at de kommer lidt videre. At vi finder ud af, hvordan pokker kan Katrine rummes, hvordan kan familien rummes, og hvad skal der til, ikke?

TP: Mmm mmm okay. Hvad med dig P1?

P1: Jeg har ikke så mange tanker om, hvad jeg synes, der skal komme ud af det her møde. Jeg har jo, øh, fulgt Katrine, siden hun kom her i distriktspsykiatrien, og jeg kan se, at der også er sket rigtig meget, og jeg kan høre, det hun siger i dag. Det er jo godt at høre, og jeg er her også, øh, hvad kan jeg bidrage med? Skal jeg være en del af den videre proces eller hvordan? Altså så jeg har ikke nogen selv, øh, dagsorden med. Jeg vil gerne deltage i det videre forløb, hvis det er nødvendigt, eller hvis det er det, jeg skal.

TP: Så hvis det kan afklares i dag, så er det det, ellers så er du der stadigvæk, som du hele tiden har været det?

P1: Ja jeg tænker, at jeg er der, som jeg hele tiden har været som Katrines primære behandler i distriktspsykiatrien. Og jeg kan fornemme, at der er brug for noget andet hjælp udover distriktspsykiatrien, og det er meget tydeligt, og det har vi været klar over længe. Og jeg kan også høre, at der sker noget i forhold til det der ressource center, og jeg synes, at det er rigtig godt, at Katrine får både behandling, og at der sker noget i hendes livssituation, men jeg tænker, at hun er også her i distriktspsykiatrien. Og vi skal også være her. Hvad er vores rolle? Og det ændrer sig jo over tid. Jeg har haft et meget intensivt forløb med Katrine, og det har været, og der var ligesom, at der skulle afklares nogle ting, og nu har jeg ligesom en mere tilbagetrukket rolle. Vi har jo stadigvæk nogle møder, som, øh, med Katrine og hendes mor, og som du (kigger på TP) og jeg har sammen. Og det er så den aftale, vi har indtil videre, og så må vi se, om der er brug for os videre.

TP: Hvad med dig SAG4? Hvilke tanker har du om mødet?

SAG4: Nu vil jeg sige, at nu har jeg mødt Katrine for første gang i går og jo Susanne og Poul i dag. I går kom Katrine med en meget fin udlægning om sig selv, og om de vanskeligheder hun har, og det synes jeg var rigtig flot Katrine. Det gav os et rigtig fint indblik i, hvem hun er, og hvilke behov hun har. Øh, jeg snakker om dig, øh, til dig Katrine, det var rigtig flot. Og med det vil jeg sige, at der er behov for noget hjælp i en eller anden udstrækning, og det synes jeg, vi skal finde ud af, hvordan vi kan imødegå det. Og det er ikke fordi, at jeg så tror, at vi så har ordnet hele verden, for det kan man jo ikke, men vi må starte et sted.

TP: Ja, det kan være næste skridt, eller hvad kan det næste skridt være (kigger på deltagerne)?

SAG4: Ja... (alle deltagerne er stille)

TP: ... Okay!

(Møde 2, 16:16 – 20:48)

Sekvensen viser, hvordan TP som facilitator søger tilbagemeldinger på, hvad de forskellige deltagere kan bidrage med på det pågældende møde. Det sker for eksempel ved, at TP retter henvendelse til deltageren SAG1, idet hun siger: *"SAG1 hvad sidder du med? Hvad vil du gerne, at vi når i dag?"*. SAG1 tilkendegiver, at han ikke ser, han kan tilføre gruppen noget nyt i form af nye initiativer eller andet. I stedet bruger SAG1 sin taletur på at forsøge at sam-konstruere et "vi" om både gruppens formål og hensigt. En hensigtserklæring som samtidig er en tilkendegivelse af, at SAG1 gerne vil samarbejdet, selvom han ikke mener at kan finde nogle løsninger på nuværende tidspunkt. Det ses ved, at SAG1 siger: *"At vi finder ud af, hvordan pokker kan Katrine rummes, hvordan kan familien rummes, og hvad skal der til, ikke?"*. Det samme mønster gentager sig for henholdsvis deltagerne P1 og SAG4, idet TP, som faciliterer mødet, også henvender sig til dem for

at spørge ind til, hvad de tænker om dagens møde, og hvad de kan bidrage med. P1 afskriver, ligesom SAG1, sig et personligt ansvar fra at finde løsningerne, når hun siger:

Jeg har ikke så mange tanker om, hvad jeg synes, der skal komme ud af det her møde. Jeg har jo, øh, fulgt Katrine, siden hun kom her i distriktspsykiatrien, og jeg kan se, at der også er sket rigtig meget, og jeg kan høre, det hun siger i dag (...). (se sekvens)

P1's ytring viser, at ligesom deltageren SAG1 og senere SAG4, så vil hun heller ikke byde ind med nye ideer til et videre samarbejde i gruppen eller komme med potentielle løsningsforslag til familiens situation. Deltagerne P1, SAG1 og SAG4 positionerer sig herved alle som passive deltagere i gruppen, idet de indskriver sig som samarbejdspartnere men med det forbehold, at ingen af dem vil tage ansvar for familiens problemer. Disse tre deltagere repræsenterer forskellige offentlige instanser. P1 er psykolog og den primære behandler af Katrine i distriktspsykiatrien. SAG1 er familien og Katrines sagsbehandler, og SAG4 er afdelingsleder for voksenafdelingen i kommunen. Det at ingen af de tre deltagere ønsker at tage ansvar skyldes også måden, hvorpå at dialog bliver aktualiseret på møderne. I sekvensen ses det, hvordan dialog bliver aktualiseret, som det Barge og Little betegner som en kritisk samtaleressource, hvor dialog bliver til noget "vi" *gør*.

At dialog aktualiseres som en kritisk samtaleressource på dialogmøderne skaber særligt to, forskellige former for udfordringer for deltagerne. På den ene side medfører det en instrumentalisering af dialogen, hvor familien og særligt Katrine ender med at blive gjort til genstand for de problematikker, som gruppen skal hjælpe med at løse. Denne instrumentalisering af dialog bevirker også, at specielt Susanne og Poul har svært ved at møde anerkendelse og forståelse af deres udfordringer. Instrumentaleringen af dialog skaber en mangel på voice-as-value hos familien, idet instrumentaleringen skaber en pseudo-dialogisk diskurs på møderne, som særligt Katrines forældre bliver overrasket over og senere forsøger at modsætte sig.

At dialog aktualiseres som en kritisk samtaleressource skaber også en anden problemstilling for deltagerne på møderne. Problemet er, at dialogen bliver aktualiseret som noget "vi *gør*", hvilket medfører, at dialogen på møderne reduceres til at være en metode til at løse problemer. Det betyder samtidig, at dialog ikke bliver et middel til at undersøge og udforske kompleksiteten og måden, hvorpå familiemedlemmerne og deltagernes problemstillinger ofte er relationelt forbundet. At dialog aktualiseres, som noget "vi *gør*" betyder også, det at løse familiens problemstillinger bliver til et individuelt anliggende for deltagerne. Det ses for eksempel i den forgående sekvens, hvor de

forskellige fagprofessionelle, hver især, bliver spurgt om, hvad de kan gøre for at hjælpe familien videre, hvilket ingen af deltagerne har et klart svar på. Ifølge Barge og Little bliver dialog, som er kendetegnet som en kritisk samtaleressource, ofte til en metode, der har fokus på kollektiv tænkning frem for ”ways of being with one another”. Det mener Barge og Little er hæmmende for både samarbejdet og for den kollektive tænkning (Barge & Little 2002). De citerer William Isaacs for følgende:

Dialogue is properly a gift relationship. . . . When we speak together in a dialogue, we are speaking in a way that seeks to contribute one to the other. A conversation where the people are essentially trying to extract something from others moves away from dialogue (Isaacs 1999: 393). (Barge & Little 2002: 381)

Jeg vil pege på, at der kan drages en direkte parallel fra citatet af Isaacs, og til hvad dialogen på møderne ofte reduceres til. På møderne ses det, at dialog gør den kollektive tænkning til et individuelt anliggende, som har fokus på, at de enkelte deltagere finder på løsninger her og nu. Denne form for problemløsning er individorienteret frem for at være et kollaborativt projekt med fokus på en fælles udforskning af problemerne. Jeg vil også pege på, at hvis man forbinder denne form for individorienteret tilgang til problemløsning med de komplekse problemstillinger, som disse deltagere står overfor at løse, så skabes der en umulig situation for gruppen. Det ses også ved, at problemstillingernes kompleksitet gør, at deltagerne ofte står magtesløse over for dem. Måden hvorpå at dialog aktualiseres på møderne er således med til at skabe og underbygge en individorienteret tilgang, som kan virke fragmenterende for samarbejdet. Denne fragmentering er TP, som facilitator, også med til at underbygge i måden, hun henvender sig til deltagerne for at høre, hvad de som fagprofessionel kan gøre for at løse familiens udfordringer. Denne form for fragmentering i samarbejdet medfører også en magtesløshed hos deltagerne og i gruppen som helhed, da de individuelt hverken kan eller vil påtage sig et ansvar. De fagprofessionelle har hverken indsigt eller organisatorisk magt til at skabe de nødvendige forandringer for familien. Denne magtesløshed viser sig også i den foregående skevens og i måden, hvorpå de forskellige fagprofessionelle vælger at besvare facilitatorens spørgsmål om, hvad de hver især kan bidrage med på mødet. Her er sekvensens afslutning og den rungende tavshed et godt billede på, at ingen af deltagerne har et svar på, hvad der skal til for at få samarbejdet og familien hjulpet videre.

Det at dialogen på møderne skaber en magtesløshed hos deltagerne skyldes først og fremmest, at Katrine og familiens situation er kompleks. Situationen bliver ikke mindre kompleks af, at Katrines psykiske udfordringer og diagnoser med Aspergers syndrom og ADHD er af en særlig kompliceret

karakter. Det der yderligere bidrager til en magtesløshed hos deltagerne er, som nævnt, at aktualiseringen af dialog på møderne reduceres til at være en metode til at problemløse, hvilket fratager dialogen en dimension af nysgerrighed og udforskning. En dialogforståelse som bygger på nysgerrighed og udforskning kunne måske åbne op for en fælles undersøgelse af familiens hverdagspraksis og derved de udfordringer og problemstillinger, som den giver. Ligeledes kunne et element af nysgerrighed og udforskning også være med til skubbe til de forforståelser, der hersker på møderne. Det er forforståelser som kommer til udtryk i måden, hvorpå deltagerne for eksempel taler sammen, da dialogen ofte bliver kendetegnet ved, at den bliver grupperet efter fagspecialer og -professioner. Det betyder, at dialogen ofte reduceres til at foregå internt mellem; familiemedlemmerne, eller sagsbehandlerne, eller behandlerne fra distriktspsykiatrien. Denne form for aktualisering af dialog gør det ikke muligt for deltagerne at udforske problemstillingerne i fællesskab. I stedet for skabes der en fragmenteringseffekt i dialogen og af samarbejdet i gruppen.

På dialogmøderne er der også eksempler på deltagere, der forsøger at tage et mere aktivt ansvar i gruppen, og som forsøger at arbejde med at skabe og udvikle relationer for derved at hjælpe familien. Det er et aspekt, som jeg pegede på tidligere i analysen (jf. analysedel C). Det ses også i det følgende eksempel. Her forsøger deltageren SAG2 at kultivere relationer med det formål at arbejde proaktivt for at hjælpe familien. I sekvensen ses det yderligere, hvordan deltageren SAG3 bliver ramt af samarbejdets udfordringer og kompleksitet. Det ses ved, at der opstår magtesløshed hos SAG3, som hun rammes af når hun forsøger at deltage i samarbejdet og hjælpe familien:

SAG2: Det jeg bare vil gøre er at få et samlet overblik over det. Og jeg snakkede faktisk med ham (psykologen fra Psykologisk Ressource Center) under et netværksmøde, hvor vi havde VISO på besøg, og der sagde han, at han var ved at rende ud i forhold til den bevilling, der ligger nu, og det er den, jeg tager op og vurderer på, hvad kan vi så fremadrettet gøre.

SU: Jo.

SAG2: I hvert fald indtil den VISO undersøgelse er på plads, og måske ud fra den ved vi, hvordan vi kommer fremadrettet videre, så det tager jeg op.

SU: Tak. Mange tak. Det er et klart svar. Det kan vi godt lide.

PO: Men SAG3 hvad gør vi med Katrine her efter jul, så er hun ikke i skole mere?

SAG3: Er du færdig (Kigger på SAG2)?

SAG2: Det er ikke sikkert (griner).

TP: (kigger på SAG3) Hvad har du til mødet her, som du gerne vil rundt om?

SAG3: Jeg har sådan set tænkt mig, at jeg var her i dag for at lytte, fordi at jeg i et pænt langt stykke tid ikke har været til nogle af de her seancer. Så hvad der er blevet sagt her, og hvad der er gået forud for i dag. Det ved jeg jo overhovedet ingenting om.

P1: Nej.

SAG3: Sidst vi snakkede sammen (kigger på familien), det er jo egentlig ikke så lang tid siden?

SU: Nej, der var du også helt lost.

SAG3: Ja (griner). Så snakkede vi om, at du (Katrine) var der indtil juleferien på skolen (...).

(Møde 4, 38:52 – 40:18)

Sekvensen viser, hvordan SAG2 både handler og tager ansvar for at løse familiens udfordringer. Det gør SAG2 ved at fortælle om, hvordan han har deltaget i et netværksmøde med VISO, og i den forbindelse fået en opdatering på VISO's arbejde med familien. På netværksmødet har SAG2 ligeledes skabt relationer til den nye psykolog, som familien har fået tilknyttet for, at der kan arbejdes med sygdomslære i Aspergers syndrom. SAG2 orienterer familien og deltagerne om, at han i samarbejde med psykologen har påbegyndt forhandlinger om at forlænge psykologens arbejde med familien. Eksemplet viser, at SAG2 arbejder holistisk og proaktivt med familiens problematikker. Det at SAG2 tager ansvar og forsøger at koordinere et samarbejde anerkendes af familien, idet Susanne siger: *"Tak. Mange tak. Det er et klart svar. Det kan vi godt lide."* Susannes svar står i skærende kontrast til det, hun senere giver til deltageren SAG3, hvor hun siger: *"Nej, der var du også helt lost."* Susannes ytring skal ses i lyset af SAG3's ytring om, at hun ikke har noget at bidrage med i gruppen, og at hun primært deltager for at lytte. Deltageren SAG3 indtager med sin ytring en magtesløs position, når hun tilkendegiver en usikkerhed om, hvad hun skal og bør bidrage med i gruppen. Denne usikkerhed ser jeg som en effekt af, at dialogen aktualiseres som en kritisk samtaleressource, hvilket lægger op til kollektiv tænkning, hvor det er den enkelte deltager og ikke gruppen i fællesskab, som skal finde løsninger på problemerne. Denne form for kollektiv tænkning skaber således en fragmenteringseffekt i et muligt, tværfagligt samarbejde, idet denne tænkning gør ansvar til et personligt anliggende, hvilket i dette tilfælde betyder, at sagens kompleksitet rammer de enkelte deltagere og gør dem magtesløse.

Jeg pegede tidligere på, at familien forsøger at aktualisere storytelling om deres hverdagspraksis og udfordringer. Jeg pegede på, at familien enten fik tildelt eller skabte rum i dialogen til disse fortællinger. I den forbindelse pegede jeg også på, at fortællingerne udtrykker effekter af modmagt. Det sker da disse fortællingerne giver familien mulighed for at fortælle deres historie og kæmpe for, at den bliver hørt af deltagerne. Den følgende sekvens er et eksempel på, hvordan især Katrine påvirkes af, at dialogen aktualiseres som kollektiv tænkning, der gør problemløsning til et

individuel anliggende og ansvar. Eksemplet viser, at der opstår en fragmenteret tendens i samarbejdet, hvilket medfører, at der i dialogen skabes rum for en fortælling, hvor Katrine gør sig selv til genstand for både familiens og for samarbejdets udfordringer. Katrine siger på det andet møde følgende:

KAT: (...) Jeg ønsker på ingen måde, at mine forældre skal lide under det her, men samtidig så vil jeg jo også have, at jeg kan få et godt familieliv, og jeg kan opleve det. I stedet for at jeg hele tiden skal skifte omgivelser, for hvis jeg skal over i et andet hus, så skal jeg hele tiden skifte omgivelser. Så er jeg der, så er jeg hjemme, så er jeg der, og det kan jeg ikke rigtig. Og så en tredje ting. Det er meget... det er bare rigtig meget smertefuldt for mig det her (græder). Det er meget fint at snakke om det her, men det er svært at holde følelserne ude. Fordi at, altså min far han kommer lige fra arbejde og er pisse stresset og vælter rundt, ikke også. Det er bare svært at få det hele til at hænge sammen. Jeg kan godt se det. Så synes jeg bare ikke, det er fair (græder), at vi alle sammen skal have det så dårligt, for vi gør jo alt, hvad vi kan hver især, men det er bare, øh, og min mor hun ligger bare vandret i luften, selvom hun har en kronisk sygdom, ikke også? Min far er også, øh, han arbejder så meget, og der er min lillebror. Det er som om, at folk ikke fatter, at det ikke handler om mig. Det er altså sådan, at når man har et forhold til andre mennesker, så sker det også, at man bliver påvirket af hinandens gøren og laden, og hvordan folk har det.

TP: Ja.

N: Ja, det er også rigtig, at man gerne må vise følelser. Selvfølgelig må man det.

KAT: Jeg vil så gå nu på en ordentlig måde.

N: Tak for det.

TP: Ja, det er fint.

P1: Mmmm.

PO: Det var flot sagt Katrine.

(Møde 2, 38:17 - 40:18)

Katrine gør i denne sekvens sig selv til genstand for de mange problemer familien kæmper med. Det at Katrine gør sig selv til objekt i denne sammenhæng, ser jeg som en bivirkning og en effekt af måden, hvorpå dialog bliver aktualiseret og af måden, hvorpå der bliver konstrueret et samarbejde i gruppen. Denne sekvens og dialogen i den er således symptomatisk for Åben Dialog møderne, idet Katrine med sin fortælling ikke anerkendes for sine input og pointer. I stedet for bliver Katrine anerkendt, fordi hun siger *noget*, og fordi hun siger pænt farvel til mødedeltagerne, inden hun går. Jeg vil pege på, at Katrine i sin fortælling har en skarpsindig og dybereliggende pointe, når hun siger følgende:

Det er som om, at folk ikke fatter, at det ikke handler om mig. Det er altså sådan, at når man har et forhold til andre mennesker, så sker det også, at man bliver påvirket af hinandens gøren og laden, og hvordan folk har det. (se sekvens)

Det Katrine peger på er, at det handler om relationer, og at familien og de fagprofessionelle alle er tæt forbundet i de udfordringer og problematikker, som de hver især oplever. Ud fra Katrines pointe kan det udledes, at det handler om at arbejde med deres indbyrdes relationer, så de kan kultiveres og spændingerne nivelleres. Fælles for Åben Dialog møderne er, at de har været præget af spændinger mellem deltagerne, hvilket særligt har udmøntet sig i konflikter mellem familien og kommunen. Jeg har i min analyse af møderne også vist, hvordan møderne har været præget af en magtesløshed blandt deltagerne og særligt hos familiens medlemmer. I forhold til den magtesløshed der melder sig blandt deltagerne, har Barge & Little en pointe, som er i tråd med Katrines observation. Barge & Little argumenterer for en reflektiv tilgang til dialog, og derved et skifte i dialogforståelsen fra en Bohmsk tilgang (jf. dialog som noget ”vi gør”) til en forståelse og et perspektiv på en Bakhtinsk tilgang til dialog. Det gælder også for disse dialogmøder, hvor en Bakhtinsk tilgang til dialog gør, at dialog bliver allestedsnærværende, fordi der rettes fokus på centripetale og centrifugale processer mellem deltagerne på mødet og mod de hverdagsfortællinger, som familien kommer med. Det betyder også, at der kan arbejdes med de konkrete udfordringer, som både deltagerne og især familien oplever. Om denne Bakhtinske tilgang skriver Barge & Little følgende:

From this perspective, all conversation is dialogic and involves the interrelatedness of both self and Other in language and in being. The focus of dialogic practice moves from being focused on collective thinking toward being concerned with how to manage centripetal and centrifugal forces during conversation. It is a way of being that is cultivated in all conversations. The result is that organizational members become viewed as embodied within a flow of experience and must make situated choices about how to manage these opposing forces in ways that constructively position themselves in conversation. (Barge & Little 2002: 395)

Ud fra citatet vil jeg pege på, at Åben Dialog møderne som dialogisk praksis kan betragtes som de-centreret fra familiens hverdag. Det sker da dialogen på møderne kommer til at foregår på et mere organisatorisk og systemisk niveau, hvor dialog bliver aktualiseret som en kollektiv tænkning, der har fokus på en individorienteret tilgang til problemløsning. Det betyder, at dialogen, og derved samarbejdet, bliver instrumentaliseret, hvilket også gør samarbejdet til en abrupt størrelse, da dialogen bliver frakoblet familiens hverdagspraksis og udfordringer. At dialogen primært foregår på et organisatorisk niveau kommer til udtryk ved, at deltagerne prøver at finde det ”rette” system eller den ”rette” fagperson, som kan tilbyde den ”rigtige” løsning for familien. At dialogen primært foregår på et organisatorisk niveau betyder, at alle initiativerne og samarbejdet mellem deltagerne

bliver en del af en bestemt dialogisk diskurs. Det fordrer nogle organisatoriske logikker, hvor den kollektive tænkning bliver til et spørgsmål om problemløsning.

Jeg vil pege på, at familiens udfordringer også er af en relationel karakter. På møderne ses det ved, at familiens udfordringer er relationelle, da de både omhandler og indskriver de fagprofessionelle aktører som deltager på møderne. På mødet bliver der ikke arbejdet med relationer, og de bliver således ikke forsøgt bearbejdet eller udviklet på møderne. Det er derfor, at Åben Dialog møderne fremstår som de-centreret fra familiens problematikker, idet der ikke er fokus på at kultivere spændinger og konflikter mellem deltagerne. I stedet for er der fokus på at finde den ”rette” løsning, hvilket gør, at Åben Dialog møderne bliver til en kritisk samtaleressource, hvor dialog er noget ”vi gør”, når nu alt andet fejler. Det betyder også, at dialogen på møderne ikke formår at skabe et holistisk og tværfagligt samarbejde blandt gruppen af deltagere. Et tværfagligt samarbejde, hvor der med fordel kunne bygges bro til de beslutningsprocesser og den sagsforvaltning, der foregår i kommunen, hvilket ville betyde, at disse processer kunne blive en del af dialogen og samarbejdet på møderne. Det samme kan siges om distriktspsykiatrien, hvor behandlingen af Katrines psykiske problematikker ikke bliver gjort til en del af dialogmøderne. Det er et aspekt, jeg behandler i næste afsnit, da den manglende integration af Katrines behandling i Åben Dialog møderne gør, at samarbejdet blandt deltagerne mister sin tværfaglige relevans. Den manglende integration af de fagprofessionelles praksis med familiens udfordringer gentager sig også med de støtte- og kontaktpersoner, der er tilknyttet familien. Deres arbejde bliver ikke gjort til en del af gruppens samarbejde på dialogmøderne på trods af, at disse fagpersoner har et deltaget indblik i familiens hverdag og i de konkrete udfordringer. Tilbage står familien, der gentagende gange forsøger at sætte deres udfordringer og problematikker i spil blandt deltagerne. Men, aktualisering af dialog betyder, at hverken Katrine, Susanne eller Poul inviteres til en fælles udforskning af deres udfordringer og problematikker. I stedet for gør instrumentaliserings af dialog dem til genstand, og derved til roden for de problemer, som deltagerne skal forsøge at finde en løsning på.

Tidligere i dette afsnit pegede jeg på Barge og Littles (2002) pointe om, at en aktualisering af dialog i organisationer med fordel kunne skifte dialogforståelse fra en bohmsk konceptualisering af dialog, som noget man *gør*, til en bakhtinsk forståelse af dialog. Det er en forståelse af dialog, hvor den bliver allestedsnærværende, og hvor relationer kan udforskes, plejes og kultiveres gennem et reflektivt fokus på centripetale og centrifugale diskursive processer i dialogen. Barge og Littles

pointe kan derfor med fordel appliceres, når det kommer til at forstå dialog på Åben Dialog møderne. I analysen af møderne pegede jeg på, hvordan et manglende fokus på de centripetale og centrifugale diskursive processer i dialogen førte til både spændinger og konflikter mellem deltagerne. Jeg pegede ligeledes på, at disse konflikter også hænger sammen nogle særlige forventninger, som især familien har til både kommunikationen og samarbejdet på dialogmøderne. Og jeg pegede desuden på, hvordan konflikterne hænger sammen med en usikkerhed blandt deltagerne om, hvad samarbejdet skal munde ud i.

Barge og Littles pointe og kritik af dialog, som er aktualiseret som en kritisk samtaleressource, er relevant. Det er den, fordi især Katrines forældre gentagne gange på møderne forsøger at angribe måden, hvorpå der samarbejdes og kommunikeres blandt deltagerne. Det at forældrene søger sprækker i dialogen på møderne, hvor de producerer fortællinger af modmagt, ser jeg som et udtryk for, at de forsøger at gøre op med den instrumentaliseret af dialog, som foregår på møderne. Det er en instrumentaliseret, som er med til at objektgøre familien og deres problemer frem for at gøre dem til subjekter og ligeværdige samtalepartnere på mødet. Forældrenes opgør med denne instrumentaliseret ses også ved, at de gentagende gange søger en kobling mellem voice-as-proces og voice-as-value, idet de forventer og regner med et dialogisk samarbejde på møderne, hvor deres *stemmer* høres og anerkendes, og hvor de professionelle aktører tager ansvar. Det at forældrene retter opmærksomhed mod en oplevet mangel på voice-as-value er således et udtryk for en kritik af instrumentaliseret af dialogen og samarbejdet på møderne, hvor forældrene oplever at stå alene med ansvaret for at løse Katrines og deres egen situation.

Åben Dialog møderne - en personcentreret indsats

Jeg vil i dette afsluttende analyseafsnit analysere og diskutere, hvordan Åben Dialog møderne kan ses som et udtryk for en personcentreret tilgang. Det gør jeg ved at undersøge, hvorfor det er så vanskeligt for gruppen at nå frem til nogle løsninger, der kan hjælpe Katrine og hendes forældre. Jeg vil i den forbindelse tage udgangspunkt i det foregående afsnits pointer om, at der opstår en instrumentaliseret af dialogen på møderne, som gør, at organisatoriske logikker dominerer i samtalen mellem deltagerne. Det betyder yderligere, at de organisatoriske logikker bliver rammesættende for selve konstruktionen af et samarbejde blandt deltagerne.

Jeg har tidligere i afhandlingen lavet en begrebsafklaring af, hvad konceptet om en ”personcentreret tilgang” i sundhedsvæsenet dækker over (se kapitel 1). Jeg vil i dette afsnit rekapitulere nogle af de pointer fra det kapitel. Det gør jeg, fordi jeg vil diskutere, hvordan Åben Dialog møderne kan ses som et udtryk for en personcentreret tilgang, men også fordi samarbejdsgruppen på møderne har vanskeligt ved at finde ud af, hvordan de skal hjælpe Katrine og familien. Jeg vil i den forbindelse pege på, at deltagerne søger efter en form for ”center” og udgangspunkt, hvorfra de kan etablere og konstruere et fælles grundlag for et samarbejde med og omkring familien.

Jeg pegede i kapitlet omhandlende de personcentrerede tilgange på sundhedsområdet på, at dette koncept kan betragtes som et multidimensionalt fænomen. Det skyldes ifølge Leplage et al (2007), at de personcentrerede tilgange indeholder flere forskellige betydninger, som ikke entydigt kan reduceres til en samlet tilgang eller til en klar metodeanvisning (se kapitel 1). Fælles for de personcentrerede tilgange er dog en grad af en antireduktionisme, da borgeren ikke bliver reduceret til sin sygdom eller diagnose. Det betyder, at disse tilgange vægter det holistiske menneske, således, at der ikke entydigt fokuseres på en persons sygdom. Det er i stedet for personens egne styrker og ressourcer, der er det centrale for denne tilgang og det, som der bliver arbejdet med at mobilisere gennem indsatsen. En personcentreret tilgang bygger herved på en ide om, at borgere eller patienter skal ses i et mere inkluderende og anerkende lys, hvor der bliver taget udgangspunkt i deres styrker og ressourcer frem for i den specifikke sygdom. I kapitel 1 redegjorde jeg ligeledes for at denne inkluderende tilgang til kommunikation og behandling er ikke en ny måde at arbejde på, og jeg pegede i den forbindelse på, at psykologen Carl Rogers allerede fra 1940erne arbejdede med disse tanker om en personcentreret tilgang.

Mikhail Bakhtin, hvis teoretiske analysegrundlag denne analyse hviler på, har aldrig beskæftiget sig med hverken patient- eller personcentrerede tilgange. Bakhtin ville også forholde sig noget anderledes og være i direkte opposition til Carl Rogers’ forståelse af dette koncept. Rogers arbejder i sin forståelse af en personcentreret tilgang med at styrke individualiseringen af subjektet, hvor Bakhtin anderledes ville rette fokus mod det dialogiske og særligt det relationelle i individet. Bakhtins teorier om dialog indeholder aspekter af en holistisk (multipel) forståelse og tilgang til mennesket, men det giver ikke mening i en Bakhtinsk optik at tale om et såkaldt ”center” for måden, hvorpå man kan ”forstå” et menneske. Ud fra en forståelse af Bakhtin, vil jeg pege på, at der ikke eksisterer et sådan *personcenter* for at forstå (og udvikle) det unikke i et menneske. At

forstå et menneske er, ifølge Bakhtin, et dialogisk og et dynamisk foretagende. Det betydningssætter Bakhtin gennem begrebet om menneskets unfinalizability, idet Bakhtin forstår menneskets *væren* som en tilværelse af en uendelig dialogisk proces af *becoming*. Hvis jeg, i relation til Bakhtins teorier, skal tale om et eventuelt center for at møde det unikke og det partikulære i mennesket, så ville et sådan "center" udgøre selve bindestregen, som forbinder det Bakhtinske *I og the Other (I-Other)*. Det vil sige, at modsat Rogers' forståelse om, at individets autonomi skal styrkes, så personen selv er i stand til at diktere egen udviklingsvej og løse sine udfordringer, så ville det Bakhtinske *selv* være anderledes multipelt og ambivalent, idet det unægteligt er forbundet med den *anden*. Det betyder, at der aldrig vil være et entydigt svar på en potentiel *selv*udvikling. Mennesket er herved uendeligt forenet og afhængig af de relationer, som det er forbundet til, hvilket er relationer, som først åbenbarer sig og gør sig relevante alt efter hvilken situation, mennesket befinder sig i.

En person- eller patientcentreret tilgang forstået ud fra henholdsvis Carl Rogers og Mikhail Bakhtin beror sig således på to meget forskellige tilgange og grundlag, da de hviler på to fundamentalt forskellige menneskesyn. Det ses for eksempel ved at Rogers, udover at arbejde med en individualisering af subjektet, også var optaget af en *identifikation* af vedkommendes udfordringer og egne styrker. Det er styrker, som også udgør ressourcer for den enkelte, og som kan mobiliseres gennem samtale, så personens udfordringer overvindes. Anderledes vil Bakhtin være optaget af at *udforske relationer* snarere end en egentlig identifikation. Det er fordi, at Bakhtin vægter det dynamiske, dialogiske og emergente i det relationelle og derved i mennesket. Det vil sige, at i en Bakhtinsk optik er der ingen deterministisk udviklingssti for individet. En udforskning af relationer handler således om at finde ud af, hvordan relationer til den *anden* er en del af individet, og hvordan disse relationer både er med til at skabe individet og skabe dets motivation for forandring (en *becoming*). En udforskning af relationer må derfor yderligere handle om at finde ud af, hvordan disse relationer også kan udgøre spændinger, som gennem udforskning måske kan nivelleres eller kultiveres.

Ud fra en Bakhtinsk teoretisering giver det ikke mening at tale om en personcentreret tilgang og et potentielt *personcenter* men, som nævnt, snarere om, hvordan der kan skabes en udforskning af relationer. En udforskning som forudsætter en udforskning af den *anden* og af, hvordan denne *anden* er både fremmed og anderledes fra en *selv*. I en Bakhtinsk forståelsesramme taler Louise

Phillips om, at der gennem en udforskning af denne *anden* også kan rettes et fokus på *forskel*. Det vil sige, at der gennem en udforskning med fokus på forskel kan genereres viden, som kan gøre *forskel til en forandringskraft* (Phillips: 2011, Phillips et al 2013). Et sådant fokus på *forskel som forandringskraft* taler Alan Bleakley også om, idet han retter en kritik af måden, hvorpå der tænkes ”patientcentrering” i kommunikationen og i behandling af sygdomme i sundhedsvæsenet. En ”patientcentrering” hvis tilgang han sætter spørgsmålstegn ved, og som han kritiserer for at være både diffus og inkonsekvent i sin praksis. Bleakley skriver:

Again, what if there were nothing at the centre, but the primary issue were to do with the ‘difference’ between doctors and patients (and in teams, doctors, and other health-care professions)? And what if that difference is an engine of production of knowledge and not indifference? (Bleakley 2014: 49)

Bleakley og Phillips peger herved begge på, at det er i udforskningen af *forskel*, der kan (sam-)produceres viden, som kan generere forandring. Det mener de, da det er gennem en fælles udforskning af det anderledes og fremmede fra en selv, at ”ny” viden kan produceres. Det, som Bleakley i citatet peger på er, at det i patientcentrerede tilgange ofte drejer sig om at generere viden. Men et centralt spørgsmål er i den forbindelse, hvor selve udgangspunktet (centeret) skal være for en sådan udforskning og for en vidensproduktion og yderligere hvad der egentlig tæller som viden i en sådan tilgang. Bleakley peger på, at det ofte bliver til en kamp mellem et biomedicinsk paradigme, hvor det for eksempel er lægen, der besidder en ekspertviden, og på den anden side et ”patientperspektiv” (eller borger), hvor det er ”patientens” livsverden, erfaringer og præferencer, der tæller som viden, og som der skal tages udgangspunkt i. I den forbindelse kritiserer Bleakley ideen om en patientcentreret tilgang, da den kan være vanskelig at efterleve i praksis. Det ender ofte med, at tilgangen aktualiseres som en lettere diffus tilgang, der alligevel kommer til at vægte den lægefaglige ekspertviden, hvilket kan betyde, at ”patienten” objektgøres og umyndiggøres. I de tilfælde hvor det lykkes at vægte og tage udgangspunkt i borgerens egne erfaringer, viden og præferencer, kan det medføre, at behandlingen bliver både retningsløs og usammenhængende, da borgeren ofte ikke har et tilstrækkeligt vidensgrundlag og indsigt om selve sundhedssystemet og dets behandlingsmuligheder (Prior et al 2014). Bleakley argumenterer derfor for, at ideen om et form for ”personcenter” for sundhedskommunikationen og i behandlingen helt bør opgives som projekt. Ifølge Bleakley skal fokus i stedet for flyttes over på relationer, således, at det er den potentielt, spændingsfyldte relation mellem for eksempel læge og patient, der gøres til udgangspunkt for at (sam)producere og derved generere ”ny” og fælles viden (Bleakley 2014). I forlængelse heraf argumenterer Phillips for, at man omfavner de dialogiske spændinger, der for eksempel kan opstå i relationen mellem læge og patient, for derved at gøre *forskel* til genstand for

en produktiv og fælles vidensproduktion, hvor det bliver muligt at undersøge de ofte komplekse og sammenflettede kommunikationsprocesser (Phillips et al 2013, 2016).

I afhandlingen anskuer jeg Åben Dialog møderne med Katrine og hendes forældre som et udtryk for en personcentreret tilgang og derved som et ønske, fra aktørernes side, om at inddrage Katrine og hendes forældre. En udfordring, der i analysen af disse møder træder frem, er, at deltagerne har vanskeligt ved at konstruere et fælles samarbejde og derved et fælles "vi" for gruppen. I den forbindelse vil jeg pege på, at en del af disse vanskeligheder kan skyldes uklarheder blandt deltagerne om, hvordan en personcentreret tilgang skal aktualiseres og yderligere hvordan Åben Dialog som tilgang kan hjælpe deltagerne. Som jeg pegede på i sidste afsnit bliver et centralt problem for deltagerne og konstruktionen af et fælles samarbejde måden, hvorpå dialog på møderne bliver aktualiseret. Her pegede jeg blandt andet på, at måden hvorpå dialog bliver aktualiseret betyder, at der skabes en instrumentalisering, som gør, at familiemedlemmernes problemer og udfordringer bliver objektgjorte. I sidste ende betyder det, at de ikke oplever at føle sig anerkendt og inddraget i tilstrækkelig grad. Jeg pegede i den forbindelse på, at dialog på møderne kan forstås som en kritisk samtaleressource, som skaber en instrumentalisering af dialog blandt deltagerne. Det betyder, at den bliver rammesættende for selve konstruktionen af et samarbejde i gruppen. Det at dialog på møderne også bliver rammesættende for selve konstruktionen af et samarbejde blandt deltagerne gør også, at det for aktørerne bliver vanskeligt at aktualisere en form for *personcentreret tilgang*, da selve dialogen afskæres fra sine udforskende og anerkendende kvaliteter. Det at der opstår en instrumentalisering af dialog på møderne gør også en decideret personcentreret tilgang vanskelig, da dialog frakobles en udforskning af familiens viden, ønsker og præferencer for i stedet at *gøre* dialog til et middel for problemløsning. Det betyder, at dialog reduceres til at være noget, som deltagerne *gør*, og at dens centrale fokus er at finde løsninger frem for at udforske og producere viden.

Det at dialog aktualiseres som noget der *gøres*, indvirker også på, hvad der tæller som viden i samarbejdet. Det kommer til udtryk ved, at instrumentalisering af dialog gør, at viden reduceres og betydningsættes som "information". Det ses ved, at deltagerne søger informationer fra familien om deres problemer og udfordringer, som særligt de fagprofessionelle deltagere qua deres faglighed og erfaring kan omsætte til løsninger for familien. En sådan instrumentel tilgang til dialog skaber herved et videnshierarki i gruppen, som foregiver et ønske om at tage udgangspunkt i og anerkende

familiens viden og præferencer. Men ofte ender det med at reducere familiens erfaringer og viden til at være enkeltstående og individuelle problemer, som kun de fagprofessionelle har ”nøglen” og ”evnen” til at løse. Det er også denne form for videnshierarki, jeg ser, at Katrines forældre forsøger at gøre oprør imod, når de for eksempel producerer fortællinger af modmagt på møderne.

Forældrenes fortællinger af modmagt skal ses i lyset af en forventning om et dialogisk samarbejde på møderne. Men i stedet for et dialogisk samarbejde oplever forældrene at både *samarbejde* og *dialog* indholdsudfyldes af pseudo-dialogiske diskurser, som ikke anerkender og vægter familiens viden, erfaringer og ønsker i tilstrækkelig grad.

Det at der på møderne skabes et videnshierarki hænger også sammen med måden, hvorpå dialog aktualiseres på møderne. Jeg pegede tidligere i min analyse på, hvordan samarbejdet på møderne fremstår fragmenteret, idet konstruktionen af et samarbejde på møderne reducerer de involverede aktører til at være deres faglige perspektiver. Det betyder, at den enkelt fremstår som ekspert på sit område, og derved ikke ytrer sig om eller bidrager med andet (jf. analysedel C). Jeg vil pege på, at denne tendens igen hænger sammen med, at dialog bliver noget ”de gør”. Det ses ved, at både familien og de faglige aktørers *stemmer* kun søges aktualiseret, når samtalens omdrejningspunkt krydser deres ”vidensområde”. Denne tendens for samarbejdet akkumuleres herved af dialogens instrumentalisering, hvilket betyder, at der skabes en privilegering af *stemmer* blandt deltagerne, som gør, at der opstår et videnshierarki på møderne. Det ses for eksempel ved, at familiens perspektiv og viden søges, når det handler om at finde ud af, hvilke problemer og udfordringer familien kæmper med. Men i og med at Katrine ikke bliver gjort til en større del af samarbejdet i gruppen, så ender det ofte med, at det er hendes forældre der italesætter ”familiens” problemer. Dermed opstår der en privilegering af *stemmer* på møderne, hvor Katrines forældres *stemme* får forrang i gruppen og status som et vidensperspektiv, hvilket ofte sker på bekostning af Katrines *stemme*. Det at Katrines forældres *stemme* får forrang og plads til at konstruerer fortællinger om familiens udfordringer gør paradoksalt nok, at de er med til at konstruere Katrine som problemet for familiens trivsel. Jeg ser denne problematik som et udtryk for dialogens instrumentalisering, idet dialog frakobles en detaljeret og relationel udforskning. I stedet søger den at reducere problemerne til håndgribelige størrelser, som gruppen kan forsøge at løse. Denne tendens træder også tydeligt frem i de næste eksempler.

Det første eksempel viser, hvordan Katrine italesættes som ”anderledes” af sin mor Susanne. I sekvensen beskriver Susanne, hvordan Katrine har brug for professionel hjælp og støtte, da hun på grund af de psykiske udfordringer har vanskeligt ved at indgå i familiens hverdag. Eksemplet viser også, hvordan Susanne får skabt en fortælling, som konstruerer Katrine til at være et problem for familiens hverdag og trivsel:

SU: Men man kan sige, at det der var meningen med det [at Katrine går til kunstundervisning en gang om ugen] var jo, at vi plejede også at kalde det social træning. Det var ligesom også grunden til, at du var der.

KAT: Ja.

SU: Måske også at for Katrine og social træning, der skal bare nogle andre ting til. Nogle mennesker der ved noget om, hvordan hun kan blive socialt trænet, for det er ikke noget, som hun bare lige kan gøre. Sidde ved et bord og blive socialt trænet.

KAT: Det jeg heller ikke rigtig forstår, det er jo, at jeg sagtens kan finde ud af at konversere med folk og snakke med folk og alt det der. Jeg er blevet trænet i det i 10 år i folkeskolen. Jeg har gået i almindelig folkeskole. Men jeg tror aldrig nogensinde, at jeg synes, at det er specielt morsomt, men jeg kan jo godt se, at det er det, man gør. Det kan jeg jo se og observere. Og ud fra det jeg observerer, der danner jeg nogle konklusioner om, hvordan jeg skal være, og hvordan jeg skal føle, hvad de andre også tænker og sådan noget.

SU: Men når du kommer hjem, så har du brugt mange ressourcer på det.

KAT: Jeg tror bare aldrig, at jeg synes, at det er særligt morsomt.

SU: Men du bliver meget træt bagefter.

KAT: Ja, ja, det gør jeg, også det. Det er heller ikke så sjovt.

(Møde 4, 8:51 - 10:02)

Susanne argumenterer i sekvensen for, at Katrine har brug for professionel hjælp og støtte, hvis hun skal kunne klare sig fremover. Susannes argument for, at familien skal hjælpes skabes gennem en fortælling, hvor hun konstruerer et narrativ om, at Katrine ikke er som ”andre”. Dette narrativ gør Katrine til en udfordring for familiens hverdag, og derved til et problem for ikke kun Katrines eget ve og vel men for hele familiens trivsel. Susannes narrativ skal ses i lyset af, at det har flere tilsigtede modtagere, idet fortællingen ikke kun henvender sig til Katrine men også til de andre deltagere. Susanne argumenterer for, at de andre deltagere også kan se behovet for, at Katrine og hendes forældre bliver hjulpet og støttet. Det at Susanne konstruerer en fortælling om Katrine som værende ”anderledes”, får Katrine til at italesætte, hvordan hun oplever dette. Det gør Katrine gennem en række ytringer, hvor hun blandt andet siger: ”(...) jeg tror aldrig nogensinde, at jeg synes, at det er specielt morsomt, men jeg kan jo godt se, at det er det, man gør.”. Katrine fortæller, at hun ikke har den samme lyst som andre til at opsøge fællesskaber, og at hun godt kan se, hvordan

for eksempel hendes jævnaldrene i skolen søger fællesskaber. Katrine positionerer sig derved op imod en forestilling om, hvordan andre *er*, og hvordan *andre* har et ”naturligt” behov for socialisere og dyrke fællesskaber. Et behov som hun ikke selv har. Katrine skelner således mellem sig selv og de *andre*, og hun peger yderligere på, at hun oplever at være anderledes end andre fra sin skole. Det gør hun i følgende ytringer: ”Og ud fra det jeg observerer, der danner jeg nogle konklusioner om, **hvordan jeg skal være, og hvordan jeg skal føle, hvad de andre også tænker og sådan noget.**”. Katrine markerer i denne ytring en indre dialogisk spænding, som viser, at hun oplever et krav og et pres om at skulle passe ind. Et pres der aktualiseres i Katrine gennem en dialogisk spænding mellem *I-for-myself* og *I-for-the-Other*. Denne spænding kommer til udtryk ved, hvordan Katrine på den ene side føler og har det (jf. *I-for-myself*) og på den anden side, hvordan Katrine tænker og forestiller sig, at *andre* synes, hun skal agere (jf. *I-for-the-Other*).

Sekvensen er et billede på, at der i familiens redegørelser for deres udfordringer ofte konstrueres en fortælling om, at det er Katrine, der udgør et problem, og at det er det problem, som gruppen er samlet for at løse. Sekvensen viser desuden, hvordan der opstår en privilegering af *stemmer*, som gør, at Katrines forældres *stemmer* bliver vægtet frem for Katrines *stemme*. Denne privilegering af forældrenes *stemme* ser jeg opstå som en effekt af, hvad der på mødet tæller som viden, og som en effekt af en mor/datter relation. Det betyder, at der på grund af dialogens instrumentalisering også skabes en instrumentalisering af *viden* på møderne. Det kommer til udtryk ved, at familiens perspektiver og fortællinger ikke bliver udforsket af de andre deltagere på møderne. Denne instrumentalisering af viden er således med til at reducere familiens fortællinger til at fremstå som statiske informationer. Sekvensen er herved yderligere et eksempel på, hvordan gruppen ikke anerkender eller ser, at familiens udfordringer ofte er dynamiske og relationelt forbundet, og at Katrines forældres *stemme* privilegeres på møderne. Det betyder, at Katrine ofte ender med at fremstå som et problem, da hun fremstår som ”anderledes” og derved ikke passer ind i familiens dagligdag eller de allerede afprøvede opholdssteder.

Den næste sekvens er ligeledes et eksempel på, at Katrine bliver gjort til genstand for familiens udfordringer. Eksemplet viser, at der i dialogen, blandt deltagerne, fokuseres på problemløsning, hvilket medfører, at Katrine kommer til at fremstå som et ”problem”, der skal løses af deltagerne. I sekvensen orienterer Katrines forældre de andre deltagere om VISO undersøgelsens indledende konklusioner. VISO konkluderer, at Katrines psykiske udfordringer er af en særlig, kompleks

karakter, hvilket skyldes, at hun har en særlig form for Aspergers syndrom. Derfor anbefaler de, at Katrine ikke bor alene men i trygge omgivelser med professionel hjælp og støtte.

PO: Jeg tror det er vigtigt, at vi ikke sætter en masse tiltag i gang. Ud i det blå og i den bedste mening. Sådan, nåh, det virkede ikke i øst, så prøver vi i vest. Fordi det koster for mange ressourcer. Det er vigtigt, at der er nogle fagfolk omkring Katrine, der kan få hende... altså herre gud, når jeg tænker tilbage, vi har rodet med hende i 10 år snart, og vi har ikke rykket hende en millimeter.

P1: Nej nej.

SAG2: Nej.

PO: Ikke ud af stedet. Det er også derfor, at jeg siger til hende, at jeg bliver rigtig bekymret, fordi jeg kan slet ikke se, hvordan hun om to år vil stå et eneste andet skridt, end hvor hun står i dag. Der er intet ved hendes situation, som der vil have ændret sig. Bortset fra at du måske er brudt sammen (kigger på SU).

SU: Det er måske også lidt farligt at sige, når hun sad der?

PO: Jo. Hun tog det jo faktisk også lidt til sig, kunne jeg godt se.

SU: Ja, ja. Men... (puster ud)... Jeg kan da godt sådan lige, og det VISO sagde, og det er faktisk også skide chokerende for os andre at høre, men de mener rent faktisk, at Katrine er så dårlig på så mange områder, at hun kan ikke bo alene. Det er faktisk deres konklusion. En af dem. Det kan man godt tage med, ikke? For det er underligt, at hun sidder her, og hun er så sød, og hun er så veltalende, hun er så... ja... men altså, hvad fanden er det?

P1: Ja.

SU: VISO kan se, og vi kan se, at hun kan ingenting i forhold til at klare sig selv. Hun ved, hvordan man gør det. Hun kan sagtens lave mad, og hun kan sagtens rydde op, men hun gør det jo ikke.

(Møde 4, 45:19 - 46:44)

Sekvensen er et billede på de udfordringer og det dilemma, familien kæmper med. Familien fortæller, at de på den ene side ikke kan magte at have Katrine boede, da de ikke kan håndtere hendes adfærd og psykiske udfordringer. På den anden side fortæller familien samtidig, at Katrine heller ikke ville kunne håndtere at bo på et bosted og specielt ikke, hvis bostedet ligger langt fra familiens hjem. I sekvensen konstruerer Katrines forældre et narrativ, som producerer en magtesløshed, når de fortæller om, at de oplever at stå alene med ansvaret for at løse Katrines situation. Sekvensen viser, at ingen af de andre deltagere forsøger at gribe og udforske den magtesløshed, som forældrene producerer i deres fortællinger. Jeg ser denne tendens som et eksempel på, at det er en instrumentaliserings af dialog, der fraholder de andre deltagere fra at foretage en udforskning. I sekvensen kommer denne instrumentaliserings af dialog også til udtryk ved, at der skabes en fragmentering i selve samarbejdet. Det ses ved, at de forskellige aktører gøres

til ”eksperter” på deres respektive områder. Familiens fortællinger producerer således en ekspertviden i gruppen, men skaber samtidig en form for ”berøringsangst” hos de andre deltagere, hvilket fraholder dem fra at stille uddybende spørgsmål, da de måske vil kunne bringe de etablerede ”ekspertroller” i fare. Jeg ser, at dette mønster opstår i sekvensen, da ingen af deltagerne sætter spørgsmålstejn ved de udlægninger, familien kommer med. Der bliver heller ikke spurgt uddybende ind til, hvorfor familien frabeder sig flere initiativer og løsninger fra gruppen. Poul siger følgende: *Jeg tror, det er vigtigt, at vi ikke sætter en masse tiltag i gang. Ud i det blå og i den bedste mening. Sådan, nåh, det virkede ikke i øst, så prøver vi i vest. Fordi det koster for mange ressourcer.* Det at Poul på det fjerde og afsluttende møde frabeder sig flere initiativer fra gruppen, ser jeg som et udtryk for, at familien gennem samarbejdsgruppens instrumentaliserede form tildeles en ekspertrolle, hvor familien gøres til eksperter i deres egen hverdag og praksis. Det betyder, at de også bliver gjort ansvarlige for selv at få de løsninger til at fungere, som gruppen kommer med. I analysen pegede jeg for eksempel på, at familien selv måtte få løsningsforslaget om en aflastningsbolig til at fungere i praksis og yderligere, at undervisning i diagnoselære om Aspergers syndrom skulle hjælpe familien med at få deres hverdag til at hænge sammen (se analysedel C). I samarbejdet, i gruppen, opstår der således nogle forskellige ”vidensområder”, hvor deltagerne bliver gjort til ”eksperter”. Det er nogle områder, som hænger sammen med den faglighed, aktørerne har og på grund af denne instrumentalisering af dialog, opstår der samtidig en frakobling i samarbejdet, hvilket gør, at disse (videns)områder ikke anses som værende relationelt forbundet, når det kommer til at forstå og løse familiens situation.

Den følgende sekvens er yderligere et eksempel på den foregående problematik om, at Katrine og hendes forældres udfordringer ikke bliver forsøgt løst i en relationel optik, men at udfordringerne i stedet for gøres til et individuelt anliggende, som forsvinder i en dialog, der domineres af organisatoriske logikker. Sekvensen handler om medicineringen af Katrine. Katrines forældre er bekymrede over og overbeviste om, at Katrine ikke medicineres rigtigt. Medicineringen af Katrine har før været et problem for familien, da Katrine tidligere har misbrugt sin medicin ved at undlade at tage den i perioder for derved at kunne tage en større dosis:

P1: Men jeg bliver nødt til at vide i forhold til det der med Ritalinen, og for jer andre, så har Poul skrevet et brev til L2 [KAT's nye psykiater i distriktspsykiatrien], som jeg har med, og jeg har ikke fået snakket med L2 om det endnu, fordi at jeg var der ikke i fredags, og han er syg i dag, men jeg skal snakke med ham om det. Og det er jo rigtigt, at han ikke kan se den der autisme, og det forstår jeg godt, han ikke kan se, for

det har også taget rigtig lang tid for os andre at se, men det er ikke det store i forhold til medicinering, fordi at man medicinerer alligevel ikke autisme.

SU: Ja, men det er så det, for lige præcis der er jeg skide ærgerlig over, at L2 ikke er med, for det er det VISO siger, at de nyeste undersøgelser viser rent faktisk, at medicin som Risperdal går man rent faktisk ind og giver til autister, og det har en rigtig, rigtig god effekt.

P1: Okay.

SU: De ved så åbenbart rigtig meget om det.

P1: Ja ja.

SU: For du hørte det selv (kigger på Poul)?

PO: Ja ja.

SU: Derfor er det så ærgerligt, at han ikke kommer til at høre det, for der er ingen tvivl om, at Katrine ikke bliver medicineret rigtigt.

P1: Nej nej.

SU: Det kan vi se i hverdagen [kan ikke høres]. Det [Ritalinen] giver nok noget ro, ikke? Men hvad fanden kan hun bruge den ro til?

P1: Hvad gør vi så med på torsdag, for der skal Katrine møde L2 alene?

SU: Grunden til at Poul har skrevet det brev til dig (kigger på P1), ikke. Det er fordi, at vi gerne vil have, at I ved, hvad der sker hos os. Men vi vil ikke være dem, der fortæller Katrine det. Vi kan ikke have flere konflikter i vores hjem.

P1: Nej, okay.

SU: Det vil sige, at vi lægger lidt ansvaret over på...

PO: ... Nu fik du brevet, da jeg ikke har L2's mailadresse, men om alle omstændigheder, så kommer du med på kopi, fordi du kender til den proces...

P1: ... Selvfølgelig, selvfølgelig...

PO: ... med at står og kigge på en Katrine, og så pludselig en dag, så kommer man ind bag facaden. På den heldige dag.

P1: Men så skal jeg klæde L2 på i forhold til, at L2 skal orientere Katrine om, at I mener, at hun er blevet aggressiv?

SU: Nej!

P1: Jamen, hvordan skal L2 så have det at vide? Hvordan skal L2 have den information, at hun er blevet aggressiv, for det siger hun jo ikke selv til ham?

SU: Jamen er det ikke også et problem så? Hvad fanden gør man så? Fordi det er jo et problem, for Katrine vil jo sige det, hun lige har siddet og sagt at...

P1: ... Ja...

SU: ... At jeg har lige taget en pille i dag. Men hun tager alt Ritalinen. Hun har lige fundet det igen, og så tager hun alt. Det er røvirriterede, at hun går og tager det.

TP: Men L2 vil jo have den feedback fra jer, når han snakker med Katrine.

PO: Det er jo også årsagen til, at jeg skriver det til ham, ikke.

TP: Så det finder han jo ud af at håndtere.

SU: Det er jo det, jeg mener, at han må stille spørgsmål på den der rigtige måde eller noget.

TP: Ja ja.

PO: Jeg synes bare... om ikke andet, så kan det godt være at Ritalinen er god for Katrine, men den er bare nødvendigvis ikke særlig god for os.

P1: Nej.

PO: For hun bliver udadreagerende og som en vulkan, der går og rumler i baggrunden. Og ja hun har selvfølgelig ikke været helt så udadreagerende, som hun var til sidst, da L1 tog det fra hende i første omgang. Men vi kan se det, for hun har langet ud efter dig, og har slået dig én gang (kigger på SU). Hun bliver meget hurtigt truende i hendes formuleringer og sådan noget (...)

(Møde 4, 48:52 - 52:08)

Katrines forældre peger i sekvensen på, at de oplever en problematik angående medicineringen af Katrine, idet hun er begyndt at være udadreagerende og aggressiv. Det er et problem, som Katrines forældre tidligere har oplevet. Dengang blev de enige med Katrines tidligere psykiater L1 om, at Katrine skulle trappe ud af medicinen Ritalin, da det kunne være den, som gjorde hende udadreagerende og humørsvingende. Katrines forældre har derfor skrevet et brev til Katrines nye psykiater L2 i distriktspsykiatrien om, at de oplever, at Katrine ikke medicineres rigtigt, og at det kan være Ritalinen, som Katrine igen er begyndt at få, der kan gøre, at Katrine reagerer voldsomt udadreagerende i hjemmet. Sekvensen viser, at Susanne og Poul forsøger at bringe nogle konkrete problematikker fra deres hverdag ind i gruppen for at få hjælp til at få dem bearbejdet og løst. Susanne peger i denne forbindelse på et relevant problem for samarbejdsgruppen, idet hun siger: *“Derfor er det så ærgerligt, at han ikke kommer til at høre det, for der er ingen tvivl om, at Katrine ikke bliver medicineret rigtigt.”* Susanne peger på en problematik om, at Katrines nye psykiater L2 ikke deltager i Åben Dialog møderne, og at han derfor ikke får alle informationerne om de udfordringer, Katrine og hendes forældre kæmper med i hverdagen. Gennem samarbejdet med VISO er Susanne og Poul desuden blevet informeret om, at det viser sig at være muligt at medicinere autisme. En information som de i sekvensen viderebringer til resten af gruppen. Sekvensen bliver igen et eksempel på, at forældrene forsøger at bringe udfordringer fra deres hverdag i spil i gruppen. Udfordringerne bliver mødt af en individualiserende tendens i samarbejdet om, at der ikke kan arbejdes relationelt med for eksempel psykiatriens egen behandling og medicinering af Katrine, selvom det er medicineringen af Katrine, der skaber nogle af disse konflikter og problematikker i familiens hverdag. Sekvensen er således endnu et eksempel på, hvordan aktualisering af dialog på møderne fordrer en kollektiv tænkning, som gør problemløsning til et individuelt ansvar. Denne tendens ses for eksempel også i psykologen P1's ytring om problematikkerne vedrørende medicineringen af Katrine. P1 giver her udtryk for en relevant

udfordring for gruppen, idet hun påpeger et manglende tværfagligt og relationelle samarbejde i gruppen. Hun siger: ”*Jamen, hvordan skal L2 så have det at vide? Hvordan skal L2 have den information, at hun er blevet aggressiv, for det siger hun jo ikke selv til ham?*”. Det får efterfølgende Susanne til at svare følgende: “*Jamen er det ikke også et problem så? Hvad fanden gør man så? (...)*”. Susanne og Pouls forsøg på bringe nogle konkrete udfordringer fra deres hverdag ind i gruppen lykkes ikke, da problematikkerne vedrørende medicineringen af Katrine reduceres til et individuelt anliggende mellem Katrine og hendes psykiater. Medicineringen af Katrine ansues herved ikke som et relationelt fænomen, der griber ind og påvirker familiens hverdag. Det betyder, at den individualiserende tendens der opstår qua dialogens instrumentalisering samtidig skaber et rum for, at deltagerne på mødet kan fralægge sig et kollektivt ansvar for at løse disse udfordringer. Måden hvorpå der opstår en form for kollektiv ansvarsfralæggelse sker ved, at dialogen frakobles et relationelt sigte, hvilket gør, at organisatoriske logikker kommer til at dominere i dialogen. Det betyder, at det for gruppen i stedet handler om at placere familiens udfordringer i et mere systemisk og organisatorisk perspektiv. Derved bliver medicineringen af Katrine reduceret til at være et individuelt anliggende mellem hende og hendes psykiater.

På Åben Dialog møderne bliver Katrine, som nævnt, ofte reduceret til at fremstå som et ”problem” for familiens trivsel, hvilket gruppen skal forsøge at løse. Gruppen arbejder på den måde imod både Åben Dialog tilgangens præmis om holisme og den personcentrerede tilgangs anti-reduktionistiske grundlag. Gruppen arbejder i stedet på at forsøge at reducere familiens problemer, hvilket jeg ser som et forsøg på at gøre problemerne mere håndgribelige for gruppen. Deltagerne i gruppen er på den måde mere optaget af at finde løsninger og i den forbindelse at finde lige netop den fagperson eller det system, som kan hjælpe Katrine og hendes forældre videre. Denne tendens om en instrumentalisering i samarbejdet gør samtidig, at Katrine ofte reduceres til at være et objekt og en genstand, som skal løses eller placeres det ”rigtige” sted. Det betyder, at Katrine ofte bliver offer for en dialog, der gør hende til en ”brik” i et større puslespil. En brik hvis former og kanter overfladisk skal afsøges og udforskes, så gruppen kan tale om, hvor denne brik passer ind blandt alle de andre brikker. Denne øvelse skaber en udfordring for samarbejdsgruppen, da Katrines situation og hendes psykiske udfordringer er så komplekse, at Katrine ikke passer ind i de gængse og tilgængelige behandlingstilbud eller ind de initiativer, som deltagerne på møderne kan komme op med. Den personcentrerede indsats som aktualiseres på møderne reduceres således til en præmis om at finde

svar på spørgsmålet ”hvad er der ”galt” med Katrine?”. Et spørgsmål som Katrine ikke inviteres til eller inddrages i at besvare. Katrines forældre inviteres til gengæld til at forsøge at besvare dette spørgsmål, men ender ofte med at kæmpe for at blive hørt og anerkendt af de andre deltagere. Derved producerer forældrenes fortællinger ofte modmagt imod pseudo-dialogiske diskurser, som de oplever er kendetegnende for hele Katrines sagsforløb og nu for Åben Dialog møderne. Forældrenes fortællinger fremstår derved ofte som lukkede udsagn, hvilket samarbejdet, qua sin instrumentaliserende form, ikke formår at åbne op for. Det betyder således, at der på mødet ikke vægtes en sam-produktion af viden, og derved foretages der heller ikke en fælles udforskning af ovenstående spørgsmål om; hvad er der ”galt” med Katrine, og hvordan hjælper vi hende videre?

En central udfordringen for gruppen er, at Katrine ikke lader til at passe ind i nogen af de tilbud, der fremlægges eller afprøves. Problemet bliver især aktuelt, når der i samarbejdsgruppen ikke foretages en fælles, uddybende udforskning af Katrines og hendes forældres udfordringer og problematikker, som måske kunne have nuanceret billedet af familiens udfordringer. Der foretages heller ikke en relationel udforskning af, hvordan Katrines udfordringer også relaterer sig til de andre fagprofessionelle i gruppen, og til deres praksisser, som Katrine er en del af. Det gælder således både kommunes sagsbehandling, støtte- og plejepersonernes arbejde med familien, distriktpsykiatriens behandling og medicinering af Katrine, skolens muligheder for at rumme piger som Katrine og til sidst forældrenes hverdagsfortællinger og deres håb og drømme om en ”normal” og tryk hverdag.

Instrumentaliseringen af dialog i samarbejdet og blandt deltagerne på møderne gør således Katrine til genstand for en ”øvelse”, der kan betegnes gennem en metafor om et puslespil. Alle deltagerne lytter til forældrene, der efter bedste evne forsøger at beskrive, hvordan Katrine som en ”brik” tager sig ud. I den forbindelse lytter deltagerne således især efter beskrivelser af, hvordan brikkens hjørner, buer og motiv ser ud. Deltagerne får efterfølgende på skift udleveret denne ”brik”, og det er så deres opgave at finde den rigtige placering i det større puslespil blandt de andre brikker. At Katrine gøres til genstand for en sådan identifikationsøvelse blandt deltagerne betyder, at Katrine i samarbejdet i gruppen ikke fremstår som et dialogisk væsen, der er unfinalizable (jf. Bakhtin). Katrine fremstår således ikke som en, der kan udvikle sig. Metaforen om et puslespil skal ses som et billede på den instrumentalisering af dialog, der foregår på møderne. Denne instrumentalisering og form for ”puslespilsøvelse” kommer også til udtryk i følgende eksempel, hvor deltagerne orienteres

om den nye kontanthjælpsreform, og hvordan den vil påvirke Katrine og familien. Sekvensen viser, at alle de fagprofessionelle anerkender den vanskelige situation, som familien står over for. Sekvensen er herved også et billede på samarbejdsgruppens oprigtige og energiske motiv for at forsøge at hjælpe familien videre. Sekvensen er fra afslutningen af det fjerde og sidste møde, og er, som nævnt, også et billede på den instrumentalisering af dialog, der aktualiseres på møderne, hvor Katrine bliver gjort til genstand over for et system, som har svært ved at rumme hende:

SAG3: Jeg har lige lidt om den nye kontanthjælpsreform.

PO: Det lyder ubehageligt (smiler).

SAG3: Får hun diagnoseløft nu, ved I det?

PO: Nej. Hun får ikke diagnoseløft. Hun har kun almindelig kontanthjælp.

(...) (Censureret – personlige oplysninger).

SAG3: (...) Men som hjemmeboende, altså vi skal placere dem ind på en ny måde, og det gælder alle under 30 år. I forhold til det system der er nu. Det falder helt væk. Så nu skal tingene hedde noget andet, og det bliver sat ind i andre grupper, og alle uanset hvad skal have uddannelse og selvforsørgelse som mål, og det skal man faktisk snakke om, hver gang vi ses. Jeg tænker, at Katrine står i den gruppe, der hedder aktivitetsparat?

SU: Jahhhh.

SAG2: Og det er kontra uddannelsesparat, ikke?

SAG3: Ja.

SU: Super! (slår øjnene ned) Hvad hedder gruppen under det?

SAG3: Der er ikke nogen. Den mulighed er der ikke mere.

SU: Men det kan hun jo slet ikke. I hvert fald ikke pt.

SAG3: Nej.

SAG2: Men det ved de jo ikke inde på Christiansborg.

SAG3: Der er ikke nogen andre muligheder. Enten er man uddannelsesparat og starter uddannelse i morgen eller...

SU: ... Jamen! Hvad med de tre grupper? De er simpelthen væk?

SAG2: Ja.

SAG3: ... Eller også er man uddannelsesparat, og så forventer man, at man er tilmeldt en SU-berettiget uddannelse inden for et år. Og hvis man ikke rykker sig på de aftaler, som der bliver lavet, så tager man i kontanthjælpen. Gruppen som er aktivitetsparate fordrer at man er i aktivitet, som også skal munde ud i, at man rykker op og bliver uddannelsesparat.

SU: (Griner) Kunne du ikke have startet med at sige alt det her?

SAG3: Nej for jeg tænkte, at der nok var nogle ting, der var vigtigere, og det at Katrine selv ville få sagt noget, samt at der blev snakket her (kigger rundt på de andre deltagere). I stedet for det her for det... så tænker jeg, at det ville stresser hende, og jeg tænker også, at hun ville sidde og tænke, at det giver ingen mening. Og det her det skal heller ikke skrives ned, men (kan ikke høres).

SU: (kan ikke høres) Det er faktisk også skide dyrt at have hende boende hjemme. Det vil jeg da godt lige sige.

SAG3: Det med at være aktivitetsparat, så skriver man igen om man har lyst til at deltage i aktivitet, eller om man ikke har.

SU: Er der noget om, om man kan eller ikke kan?

SAG3: Nej, det findes ikke mere de begreber.

SU: Det er sindssygt!

TP: Jamen kan VISO ikke gøre noget?

SAG2: Nej...

SAG3: ... Nej.

P1: ... Jamen! Er aktivitet ikke det at gå til kunst en gang om ugen?

SAG3: Jo, det er det da! Nemlig! Lige præcis!

SAG2: Jo! Jo!

SAG3: Så hun er jo i aktivitet og har været det længe.

SU: Ja! Det har hun.

SAG3: Fordi at hvis man er det, så udløser det et tillæg (...)

(Møde 4, 1:11:39 – 1:14:38)

I sekvensen orienterer jobkonsulent og sagsbehandler SAG3 Katrines forældre og de andre deltagere om, hvordan den nye kontanthjælpsreform vil påvirke Katrine og hendes forældres situation. Katrine skal ifølge den nye kontanthjælpsreform være indplaceret på et af to spor som enten uddannelses- eller aktivitetsparat, hvilket er to spor, der på sigt skal sørge for, at Katrine bliver selvforsørgende. Alle deltagere er dog bevidste om, at Katrine på nuværende tidspunkt ingen forudsætninger har for hverken at kunne overskue eller klare nogle af de to spor, som kontanthjælpen forudsætter. Det ses for eksempel i følgende dialogsekvens, hvor deltagerne konfronteres med forældrenes magtesløshed over for situationen:

SU: Er der noget om, om man kan eller ikke kan?

SAG3: Nej, det findes ikke mere de begreber.

SU: Det er sindssygt!

TP: Jamen kan VISO ikke gøre noget?

SAG2: Nej...

SAG3: ... Nej.

(se sekvens)

I dialogen konfronteres deltagerne med den frustration og magtesløshed, som Katrines forældre oplever i forbindelse med vilkårene for, at Katrine fortsat kan modtage kontanthjælp. Dialogen mellem deltagerne viser også, at alle deltagere finder de skærpede krav for kontanthjælp urimelige. Facilitator TP fra distriktpsychiatrien efterspørger, om VISO har beføjelse til, at der gøres en

undtagelse i Katrines situation. Deltagerne er derved klar over forældrenes frustrationer, og at Katrine ikke passer ind i det nye system for kontanthjælp, da hun p.t. er for psykisk udfordret til at kunne varetage et job, en aktivitet eller et studie. Denne dialog leder deltagerne frem til følgende, hvor psykologen P1 kommer i tanke om, at Katrine i øjeblikket går på et kunstkursus, som gør, at Katrine kan kategoriseres som aktivitetsparat. Forslaget modtages med begejstring af de andre deltagere:

P1: ... Jamen! Er aktivitet ikke det at gå til kunst en gang om ugen?

SAG3: Jo, det er det da! Nemlig! Lige præcis!

SAG2: Jo! Jo!

SAG3: Så hun er jo i aktivitet og har været det længe.

SU: Ja! Det har hun.

SAG3: Fordi at hvis man er det, så udløser det et tillæg (...)

(se sekvens)

Deltagernes begejstring ser jeg som et udtryk for, at det er lykkedes gruppen at løse en konkret problematik for Katrine og hendes familie. Det er samtidig også et udtryk for, at det nu er lykkedes gruppen at indplacere Katrine et sted, hvor det offentlige system kan "se" hende. Derved sikres hendes kontanthjælp. Deltagernes begejstring i denne sekvens vidner ligeledes om to ting. For det første viser den et klart billede af den velvilje der er i gruppen er for at hjælpe Katrine og hendes familie med deres udfordringer. For det andet er den et billede på den form for problemløsning, der aktualiseres gennem konstruktionen af et bestemt samarbejde i gruppen. Sekvensen er herved et billede på den måde, *dialog* og *samarbejde* bliver aktualiseret på blandt deltagerne på møderne. Det er et samarbejde som skaber en instrumentalisering, og hvor Katrine bliver gjort til genstand for et offentligt velfærds- og behandlingssystem, hvor hun ikke passer ind.

Den særlige form for personcentreret indsats, der artikuleres på disse Åben Dialog møder, er også betinget af denne instrumentalisering. Den medfører en individualisering af ansvar, hvor Katrine i kraft af ikke at høre til nogen steder i behandlingssystemet, i stedet kommer til at fremstår som et problem for deltagerne. Et problem der søges løst igennem et instrumentaliseret samarbejde i gruppen, der gør ansvar til et individuelt anliggende. Denne individualisering af ansvar medfører, at det i sidste ende er Katrine og hendes forældre, der er ansvarlige for at løse situationen og for at få eventuelle initiativer til at fungere. Individualiseringen af ansvar og dermed fralæggelse af et kollektivt ansvar i gruppen hænger ligeledes sammen med den instrumentalisering af dialog, som foregår på møderne. Det er en instrumentalisering, som fratager Katrine autonomi og potentiel

udvikling, idet hun gøres til genstand og til en form for ”brik” i et større puslespil, der skal placeres i et organisatorisk system, som ikke lader til at kunne rumme hende. Det er også gennem en sådan instrumentalisering, at gruppen frasiger sig et relationelt fokus for deres arbejde. Et relationelt fokus hvor Katrine kan inddrages og anerkendes i et forsøg på at skabe personlig udvikling og skabe nogle fælles løsninger for gruppen. Et relationelt sigte i gruppen og i deres dialog kunne endvidere bringe fokus på, hvordan udfordringerne, som alle aktørerne kæmper med, er relationelt forbunden. I Katrines situation og i denne gruppes arbejde viser analysen, at det ikke giver mening at tale om en ”personcentreret” indsats eller tilgang. Det gør det ikke, fordi analysen viser, at hele familiens udfordringer flyder sammen og kommer til udtryk som spændingsfyldte relationer blandt alle deltagere på møderne. Måden at dialoggruppen aktualiserer et samarbejde er således med til at instrumentalisere og forsøge at reducere familiens udfordringer. Det gør, at udfordringerne gøres til et individuelt anliggende frem for, at de forsøges løst på kollaborativt vis. I analysen viste jeg yderligere, at det er vanskeligt at skelne mellem Katrines og hendes forældres udfordringer, da de er tæt forbundet, men jeg pegede på, at familiens udfordringer også berører og involverer alle de medvirkende, fagprofessionelle på møderne. Det er derfor paradoksalt, at det der i første omgang anså sig som disse Åben Dialog møder var, at familiens problemer ikke kunne løses af enkelte sundhedsaktører, men krævede en samlet og tværfaglig indsats. Derfor virker det paradoksalt, at det netop er gruppens manglende anerkendelse af en fælles, tværfaglig indsats, som gør, at samarbejdet kommer til at virke fragmenteret og instrumentaliseret.

Kapitel 7

Hvor er ”centeret” i personcentreret sundhedskommunikation?

I dette afsluttende kapitel ser jeg tilbage på nogle af afhandlingens resultater og pointer, idet jeg foretager en opsummerende og analyserende diskussion. I diskussionen trækker jeg tråde fra afhandlingens to empiriske undersøgelser for at diskutere implikationer for en sundhedspraksis, hvor dialogisk kommunikation dyrkes gennem personcentrerede indsatser. I diskussionen inddrager jeg også afhandlingens undersøgelser af de dialogiske vendinger og diskuterer dem i samspil med resultaterne fra afhandlingens empiriske undersøgelser.

I diskussionen stiller jeg spørgsmålstejn ved nogle af de grundlæggende principper for de personcentrerede sundhedsindsatser. Det gør jeg ved at diskutere *borgerinddragelse, ansvar og dialog* i forbindelse med en personcentreret tilgang og kommunikation. Derfor bliver det bærende spørgsmål i diskussionen følgende: *Hvor er ”centeret” i den personcentrerede sundhedsindsats og kommunikation?*

Afslutningsvist samler jeg op på afhandlingens resultater og hoveddiskussioner og præsenterer afhandlingens konklusion.

Borgerperspektivet i et sygdoms- og behandlingsforløb

I kapitel 1 redegjorde jeg for tendensen om, at de personcentrerede indsatser har vundet indpas på sundhedsområdet. I min gennemgang af disse personcentrerede indsatser peger jeg på, at hensigten og idealet for disse indsatser er at skabe borgernære forløb, som inddrager og anerkender borgerne i deres sygdoms- og behandlingsforløb. Jeg peger i den forbindelse på, at der med de personcentrerede indsatsers indtog er sket et skifte mod en demokratisering af viden på sundhedsområdet. Et skifte, som gør borgerne til eksperter i deres egne sundheds- og sygdomsproblematikker. I mine redegørelser pegede jeg også på, at der ligger en individualiseringstendens til grund for denne personcentrerede udvikling. Det er en individualiseringstendens, som bygger på et ønske om at styrke autonomien hos borgeren for at gøre borgeren beslutningsdygtig, så han eller hun kan træffe egne valg i forbindelse med sygdom og behandling. Jeg pegede i mine redegørelser på, at denne individualiseringstendens bygger på en

neoliberalistisk ideologi om, at borgeren er ekspert i sit eget liv og derfor er bedst egnet til at træffe disse beslutninger (se kapitel 1).

I kapitel 1 viste jeg desuden, hvordan de personcentrerede indsatsers fokus på et borgerperspektiv er knyttet til andre værdier såsom *medinddragelse* og *ansvar*. Jeg diskuterede også, hvordan det ud fra dette borgerperspektiv handler om at centrere sundhedsindsatsen omkring borgeren med udgangspunkt i borgerens egen viden, erfaringer og præferencer. Det vil sige, at de personcentrerede indsatser med dette borgerperspektiv anser borgeren som ekspert i egen sundhed og sygdom. Det er en ekspertrolle, hvor der medfølger et ansvar og krav om, at borgeren ikke kun skal forvalte egne sundhedsproblematikker, men også træffe informerede valg og diktere egne behandlingsmål (se kapitel 1). Jeg vil i denne diskussion inddrage afhandlingens undersøgelse af borgernes sygdomsfortællinger, som jeg præsenterede i kapitel 5. Grunden til, at jeg inddrager disse sygdomsfortællinger er, at de tegner et kompliceret billede af, hvad det vil sige at tænke både borgerinddragelse og et individorienteret borgerperspektiv ind i et sygdoms- og behandlingsforløb.

Analysen af borgernes sygdomsfortællinger viser, at borgerne i deres fortællinger higer efter og fremfører et krav om at blive hørt og inddraget i deres sygdomsforløb. Borgerne oplever en mangel på anerkendelse ved, at deres sygdom og situation ikke legitimeres af sundhedssystemet og af de sundhedsaktører, som er en del af deres forløb. Jeg vil pege på, at borgernes sygdomsfortællinger indskrives sig i debatten om de personcentrerede sundhedsindsatser, og deres hensigt om at skabe mere borgernære og involverende og anerkendende forløb. Jeg vil dog argumentere for, at analysen af borgernes fortællinger også viser, at hensigten med de personcentrerede tilgange og dets fokus kan være en kompliceret affære at føre ud i livet. Jeg vil argumentere for, at analysen af borgernes sygdomsfortællinger viser, at forholdet mellem borgeren og de involverede sundhedsaktører er alt afgørende for, hvordan borgeren forstår og karakteriserer sit sygdoms- og behandlingsforløb. Det betyder, at borgernes fortællinger peger mod de relationelle aspekter og mod en tendens om, at det er i de forskellige relationer, borgeren konstruerer mening om sin sygdom og kæmper for anerkendelse. Borgernes sygdomsfortællinger peger derved i en anden retning end debatten om de personcentrerede tilgange på sundhedsområdet.

Borgernes sygdomsfortællinger viser, at et stærkt individorienteret fokus og et fokus på autonomi og styrkelse af beslutningsdygtighed ikke er så interessant for disse borgere. Borgerne er med deres

fortællinger mere optaget af en mere relationel tilgang med fokus på de nære relationer. Det vil sige, at borgerne ikke efterspørger en styrkelse af agens som individ eller øget beslutningsdygtighed, men i stedet et fokus på relationer. Borgerne efterspørger et tættere samarbejde og et fokus på pleje af relationerne mellem dem og de forskellige sundhedsaktører. De er derved ikke optaget af et borgerperspektiv og diskussionen om, hvem der som aktør skal træffe beslutningerne og sætte behandlingsmålene i et sygdoms- og behandlingsforløb. I kapitel 1 refererede jeg til Alan Bleakley, og til hans kritik af de personcentrerede tilgange på sundhedsområdet. Bleakley kritiserer debatten omhandlende de personcentrerede tilgange for at være for fokuseret på, hvor dette ”center” og udgangspunktet for en sundhedsindsats skal placeres. Han peger på, at det for ham ikke er produktivt at diskutere, hvem der skal bestemme i et sygdoms- og behandlingsforløb, men at der i stedet burde rettes et fokus mod relationerne i forløbet. Bleakley skriver:

Doctors are experts in medicine, and patients are experts in knowledge of what Mishler (1984) termed their ‘lifeworlds’. These two kinds of specialist knowledge may produce some friction or awkwardness as they meet, but such awkwardness is productive and can offer a powerful combination, making a unit with differing components, such as a lock and key. As patient and doctor enter into dialogue, so they can constructively build a relationship of care and education that transcends the excesses of either medical paternalism or aggressive patient autonomy. Such dialogue is not easy. Nor does it follow a philosophy of ‘presence’, in which what matters is what is visible (or audible). What matters just as much is what is absent, or unspoken, in the encounter—communication is often tortuous and must be studied in depth to reveal its treasures. (Bleakley 2014: 49-50)

Jeg vil pege på, at borgernes fortællinger demonstrerer Bleakleys pointe om, at debatten omkring de personcentrerede sundhedsindsatser i stedet burde dreje sig om, at forbedre de dialogiske relationer og samarbejdet mellem borger og sundhedsaktør. Borgernes fortællinger peger i denne forbindelse også på et andet aspekt, som er i tråd med Bleakleys argumentation. Det er, at debatten om et såkaldt borgerperspektiv i de personcentrerede tilgange helt overser et fokus på relationer, og borgerens institutionelle tilknytning til forskellige behandlingskontekster. Jeg vil derfor kritisere debatten om et borgerperspektiv og borgerinddragelse for at være for individorienteret. Jeg mener, at man i denne diskussion helt ”fjerner” borgeren fra de institutionelle tilknytninger og fra de mange relationer af både private og professionel karakter, som indgår i en borgers sygdoms- og behandlingsforløb. Jeg vil pege på, at analyserne viser, at det kan være vanskeligt at tale om et egentligt borgerperspektiv, eftersom fortællingerne viser, hvor forbundet disse borgere er til de forskellige relationer og sundhedsaktører, når det handler om at skabe mening og konstruere identitet i et sygdomsforløb. I analysen ses det, at forskellige relationer bliver til en del af borgernes sygdomsfortællinger, og derved til en del af måden, hvorpå borgeren kan skabe mening og

konstruere identitet. Analysen viser derved, at borgeres viden, erfaringer og præferencer for eget sygdoms- og behandlingsforløb er indgydt af en multiplicitet af *stemmer*, hvilket vil sige, at borgeren i et samspil med multiple *stemmer* løbende forhandler og fastsætter for eksempel sine egne behandlingsmål og ønsker.

Ud fra et dialogisk, kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme viser analyserne af borgeres sygdomsfortællinger, at de er 'multivoiced'. Det betyder, at fortællingerne tegner et relationelt og komplekst billede, hvor individuelle grænser kolliderer og flyder sammen. Det betyder også, at analysen retter fokus på de dialogiske relationer og et øget samarbejde, der inkluderer forskellige aktører og en pluralitet af vidensformer. Kvaliteten af de dialogiske relationer synes ikke at fylde i diskussionen om de personcentrerede sundhedsindsatser. Her drejer diskussionen sig ikke om relationer og institutionelle tilknytninger. De handler i stedet om beslutningsdygtighed, og om hvordan, der skabes en individualisering, som kan styrke autonomien hos borgeren, så de bedre kan varetage og træffe egne valg i forbindelse med deres sygdoms- og behandlingsforløb. Jeg vil pege på, at der med denne debat fjernes et fokus fra de nære forhold og de relationelle aspekter i et sygdomsforløb.

Analysen af sygdomsfortællingerne viser netop vigtigheden af det relationelle aspekt, og hvordan borgeren er forbundet med sine relationer. Ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme, viste jeg, hvordan borgernes viden, præferencer, behandlingsmål og ønsker alle er samskonstruerede, diskursive fænomener. I analysen ses det, hvordan borgerne konstruerer deres sygdomsfortællinger i relation til den *anden*, og hvordan forskellige *stemmer* fra den *anden* bliver til både *medskabere* og *medforfattere* af borgerens fortælling. Ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme vil jeg yderligere pege på, at analysen viser, at tanken om både et *borgerperspektiv* og *medinddragelse* kræver et særligt relationelt fokus frem for det individorienterede perspektiv, der synes at fylde i debatten. Det mener jeg, eftersom analyserne viser, at det er i borgerens interaktion med egne relationer og med forskellige sundhedsaktører, at forskellige vidensformer kolliderer og skaber potentielle spændinger og konflikter. Borgernes fortællinger synes på den måde at problematisere tanken om et individorienteret borgerperspektiv, hvilket betyder, at det er vanskeligt at tale om, hvad der er borgerens "egne" præferencer, holdninger og erfaringer, eftersom de er samkonstruerede, dynamiske og sammenfiltrede med utal af andre relationers viden og hensigter. Analysen peger derfor på, at det borgerne søger og mangler

i deres sygdomsfortællinger, er gode relationer til deres behandlere og sundhedsaktører. Analysen af borgernes fortællinger viser desuden, at det er i disse relationer at borgerne kæmper for anerkendelse.

Det relationelle aspekt i sygdomsfortællinger

Jeg vil i de følgende afsnit pege på relationernes betydning for en borgers sygdomsforløb. Det vil jeg gøre ved at opsummere, hvordan borgeren, i relation til den *anden*, anvender forskellige relationer i sin sygdomsfortælling til at konstruere mening i sit sygdoms- og behandlingsforløb. Jeg vil blandt andet opsummere nogle af analysens pointer om, hvordan relationer spiller ind og får betydning for, hvordan borgeren forstår sit sygdomsforløb. Desuden ser jeg på, hvordan borgeren anvender forskellige relationers *stemmer* til at fastsætte egne behandlingsmål og ønsker.

I analysen af Stines sygdomsfortælling viste jeg, hvordan Stine anvender flere af sine relationer til at forstå sit sygdomsforløb og til at fastsætte behandlingsmål og krav om behandling. Stine ønsker psykologisk bistand og økonomisk støtte fra kommunen til at få bearbejdet sin fortid med stofmisbrug. Jeg viste i min analyse, hvordan Stines fortælling er multivoiced, idet den er skabt i relation til den *anden*. Det kommer til udtryk ved, at Stine forstår og spejler sig i den *generaliserede anden*, og i forestillingen om, hvordan andre mennesker skaber en meningsfuld tilværelse. Jeg pegede i den forbindelse på, at Stines sygdomsfortælling kan forstås ud fra en quest-typologi (jf. Arthur Frank), da Stine anser sin kamp for at modtage behandling som en forhindring i hendes søgen mod en ”normal” og meningsfuld tilværelse. I analysen pegede jeg også på, at Stines fortælling er konstrueret i samspil med forskellige *stemmer*, hvor blandt andet hendes forældre, kommunen og misbrugskonsulenten på sundhedscenteret i Odsherred Kommune udgør vigtige relationer. Det er relationer, hvis *stemmer* bliver *medskabere* og *medforfattere* i Stines fortælling, og derved bliver de til en del af Stine og hendes fortælling om, hvordan og hvorfor hun kæmper for retten til at modtage behandling. Stines relationer hjælper hende på den måde med at angive og betydningssætte, hvorfor nogle specifikke behandlingstilbud er nøglen til, at Stine på sigt kan leve ”det gode liv” og et liv uden stofmisbrug.

Analysen af Stines fortælling viser, at hendes relationer bliver altafgørende for, at Stine søger en konkret behandling og de behandlingsmål, hun sætter sig. Stines fortælling viser, at hun skaber mening og betydningssætter sit sygdomsforløb gennem forskellige relationer og i samspil med

forskellige *stemmer*. Stines kamp for behandling er således en anerkendelses kamp, som også udspiller sig i et relationelt forhold, da det især er i relation til kommunen, hun oplever ikke at blive forstået og anerkendt. Stines fortælling vidner på den måde om, at det hun søger er en legitimering af sine krav om og behov for psykologisk bistand og støtte. Derfor handler hendes fortælling ikke kun om for eksempel *medinddragelse* men om, at hun ønsker at blive set, hørt og anerkendt i de relationer, der er en del af hendes sygdomsforløb.

Jeg pegede også på en lignende tendens i Pias sygdomsfortælling. Analysen af Pias fortælling viser, hvordan hun også konstruerer sin sygdomsfortælling ud fra forskellige relationer og i et samspil med forskellige *stemmer*. I Pias fortælling viste jeg, hvordan hun kæmper for anerkendelse og for at blive ”set” og ”forstået” af det offentlige velfærdssystem. Det kommer til udtryk, når Pia oplever, at hendes psykiske sårbarhed ikke bliver taget alvorligt i den kommunale rehabiliteringspraksis, som hun befinder sig i. Pias fortælling viser, at hendes kamp for anerkendelse og for at blive ”set som hun er” skal ses i en relationel optik. Det skyldes, at Pia anvender flere, forskellige relationer og tidligere udredningsbeskrivelser fra både en psykiater og en reumatolog til at samkonstruere en identitet, der er karakteriseret ved psykiske udfordringer og sårbarhed. Pias fortælling viser, at hun konstruerer en identitetsforståelse i et samspil med multiple *stemmer*, og hvordan hun samtidig oplever, at denne identitetsforståelse ikke bliver anerkendt. Oplevelsen af ikke at blive anerkendt realiserer sig, da hendes psykiske sårbarhed og udfordringer ikke kan forenes med de krav som den rehabiliterende praksis fremsætter. Det er krav om at hun skal agere som udadvendt, fleksibel og jobparat, hvilket er narrative ressourcer, som hun qua sin psykiske udfordringer har vanskeligt ved at agere i.

I analysen af Peters sygdomsfortælling viste jeg, hvordan Peter i relation til den *anden* konstruerer en fortælling, hvor han kæmper med at legitimere sit periodiske alkoholmisbrug. Jeg viste også, at Peters fortælling står i kontrast til hans søster Bentes fortælling, som, ud fra en pårørendes perspektiv, fortæller om Peters kamp mod alkoholmisbruget. Jeg demonstrerede, hvordan disse to fortællinger tegner forskellige billeder af Peters sygdomskamp. Det kom blandt andet til udtryk ved, at Bente stiller nogle klare behandlingskrav og mål om, at Peter skal forblive ædru og undgå de periodiske tilbagefald. Anderledes fortæller Peter, at han har accepteret, at han i perioder misbruger alkohol. Han lægger i stedet for vægt på, at når han misbruger alkohol, så gør han det på en ansvarlig måde ved blandt andet at isolere sig med sit misbrug.

Jeg vil pege på, at Peters og Bentes fortællinger introducerer et andet dilemma i forhold til diskussionen om personcentrerede indsatser. Det gør de, da deres fortællinger, ligesom Stines og Pias fortællinger, peger på, at det relationelle er vigtigt at medtænke. I Peters og Bentes fortællinger opstår der et potentielt dilemma om, hvem der skal bestemme og fastsætte behandlingsmål i Peters sygdomsforløb. Denne problematik melder sig, idet Bente fortæller, hvordan Peter falder ind i kategorien dobbeltdiagnosepatient. Dobeltdiagnosepatienter er borgere, der kæmper med både psykiske lidelser og alkoholmisbrug. Institutionelle vilkår gør, at Peters alkoholmisbrug fratager ham muligheden for at blive diagnosticeret og udredt i psykiatrien, fordi man ikke kan blive udredt, når man er aktiv alkoholmisbruger. Bentes pårørendefortælling peger således på en problematik om, at Peter aldrig er blevet ordentligt udredt. Grunden til at han i perioder misbruger alkohol er, at han kæmper med en psykisk lidelse. Bente betydningsætter på den måde Peters misbrug som selvmedicinering, da hun mener, at Peter bruger alkoholen til at takle sine psykiske udfordringer. Bente peger på, at dobbeltdiagnosepatienter som Peter bliver glemt og ekskluderet af sundhedsvæsenet, fordi systemet ikke kan rumme dem. Ifølge Bente betyder det, at Peter aldrig vil fastsætte behandlingsmål om total afrusning, da han bruger sit misbrug som selvmedicinering mod sin psykiske lidelse.

Bente og Peter kan således fortælle nogle historier, hvor de har vidt forskellige holdninger til, hvordan Peter bør takle sit misbrug, og hvilke behandlingsmål han bør sætte. Deres fortællinger peger på det relationelle aspekt, idet der opstår spændinger imellem dem på grund af forskellige holdninger. Deres fortællinger peger også på en relationel dimension, da begge fortællinger er produceret i relation til en institutionel virkelighed, som ikke kun ekskluderer Peter som potentiel dobbeltdiagnosepatient, men også er med til at marginalisere Bente som pårørende. I og med at Peter bliver ekskluderet af behandlingssystemet, som ikke kan rumme ham, bliver de pårørendes rolle og arbejde marginaliseret, da de står tilbage som de eneste aktører, der kan hjælpe og støtte.

De forskellige borgeres fortællinger vidner om, at diskussionen om en personcentreret indsats og kommunikation ikke kun bør handle om, hvor dette ”personcenter” skal og bør placeres. Det vil sige en diskussion om, hvad der tæller som ekspertviden, og hvem der bør bestemme og styre et sygdoms- og behandlingsforløb. Analysen af borgernes fortællinger peger i stedet for på et mere relationelt fokus, da borgerens ”viden” og ”præferencer” fremstår som samkonstruerede, diskursive fænomener, hvor borgeren, i et samspil med en multiplicitet af *stemmer*, skaber mening og

konstruerer viden om sit sygdoms- og behandlingsforløb. Det betyder, at jeg finder diskussionen om den personcentrerede sundhedsindsats og den individualiserende tendens om at styrke autonomi og beslutningsdygtigheden hos borgeren mangelfuld. Det gør jeg, da analysen peger på, at begreber som *medinddragelse* og *beslutningsdygtighed* skal ses i en relationel optik, hvor det ikke handler om at styrke autonomien hos den enkelte borger. Det handler i stedet for om at styrke samarbejdet og de relationelle bånd mellem de involverede aktører i en borgers sygdoms- og behandlingsforløb.

Jeg fortsætter denne diskussion i næste afsnit, hvor jeg inddrager afhandlingens anden empiriske undersøgelse og dens resultater i en diskussion, hvor jeg stiller spørgsmålstejn ved, om der findes en form for ”center” i den personcentrerede sundhedsindsats.

Hvor er ”centeret” i personcentreret sundhedskommunikation?

I min analyse af Åben Dialog forløbet blev det tydeligt, at det er svært for deltagerne at få etableret et fælles samarbejde i forløbet. Jeg pegede i min analyse på, at disse vanskeligheder blandt andet skyldes måden, dialog bliver aktualiseret på, og at denne dialogforståelse også influerer konstruktionen af et samarbejde i gruppen. Jeg vil i denne diskussion pege på, at de vanskeligheder gruppen har med at få etableret et fælles samarbejde også skyldes gruppens tilgang til et samarbejde. I diskussionen peger jeg på, at disse samarbejdsvanskeligheder kan skyldes den form for personcentreret tilgang, som grupper forsøger at arbejde ud fra. Det er en tilgang, som bygger på en individorienteret tilgang med et stærkt personfokus, og som det ses i analysen, er familiens udfordringer ikke personbåret, men af en anderledes relationel karakter. I diskussionen vil jeg argumentere for, at det er dette *personcentrerede* fokus, som skaber udfordringer for samarbejdet i gruppen, idet gruppen får svært ved at skelne imellem, hvad der er Katrines udfordringer, hendes forældres udfordringer eller de fagprofessionelles udfordringer.

I analysen pegede jeg på, at de fagprofessionelle arbejder ud fra en personcentreret tilgang, hvor de på møderne aktivt søger en form for ”center” for deres samarbejde, som skal danne grundlag for deres indsats. Jeg vil begynde denne diskussion med at opsummere nogle pointer fra analysen for derefter at diskutere, hvordan gruppens udfordringer med at hjælpe familien også skyldes de fagprofessionelles vanskeligheder ved at få etableret og koordineret en personcentreret indsats igennem Åben Dialog forløbet. Jeg vil nemlig argumentere for, at problemerne med at få etableret et fælles samarbejde i gruppen også skyldes deres tilgang, og forsøget på en aktualisering af en

bestemt individorienteret, *personcentreret* tilgang. Det er en personcentreret tilgang, som vægter et individorienteret fokus på bekostning af en relationel tilgang og udforskning.

Den *personcentrerede* tilgang, som gruppen aktualiserer, kommer til udtryk allerede på det første møde, hvor mødedeltagerne bliver orienteret om, at de er samlet for at finde en fælles løsning på Katrines situation. Jeg vil pege på, at der allerede fra begyndelsen af forløbet opstår et individorienteret fokus for samarbejdet, da gruppen er samlet for at høre om særligt Katrines problemstillinger og for at få klarlagt, hvordan de fagprofessionelle, i samarbejde med familien, kan hjælpe Katrine videre. En udfordring for gruppen er, at Katrine vælger ikke at deltage på det første møde, fordi hun på grund af sine psykiske udfordringer ikke kan håndtere denne form for møder. Det betyder, at især Katrines forældre ender med at tale hendes sag. Jeg vil pege på, at denne situation kommer til at skabe nogle udfordringer for det videre samarbejde i gruppen, og for den personcentrerede og individorienteret tilgang, som gruppen søger at aktualisere som en samarbejdstilgang på møderne. Udfordringerne opstår ved, at det er Katrines forældre, som ender med at tale Katrines sag og derved videregive ”Katrines holdninger” til gruppen.

En central pointe fra analysen er, at der blandt familiemedlemmerne, og særligt imellem Katrine og hendes forældre, er forskellige holdninger til, hvad der er den rigtige løsning for Katrine og for familien. Jeg vil pege på, at det er denne situation, der skaber nogle udfordringer for samarbejdet, fordi der på møderne opstår uklarheder om, hvad familiens udfordringer er, og hvad familiemedlemmerne egentlig ønsker, der arbejdes hen imod. Det skaber en situation for samarbejdet, hvor særligt de fagprofessionelle har svært ved at gennemskue, hvornår der arbejdes ud fra Katrines interesser, og hvornår det er hendes forældres agenda, der bliver tilgodeset. Jeg vil pege på, at denne udfordring for samarbejdet opstår på grund af, at gruppen søger at arbejde ud fra en bestemt form for personcentreret tilgang, der vægter et individorienteret perspektiv. Denne pointe er også i tråd med analysens pointe om, at det tværfaglige samarbejde ikke formår at udforske problemstillingerne ud fra en relation tilgang og forståelse. En af grundene til at det ikke lykkes er, at særligt de fagprofessionelle deltagere kæmper med spørgsmålet om, hvor de skal sætte ind med den personcentrerede tilgang. Hvem har retten til at definere, hvad familiens problemer er? Er det Katrine, som angiveligt er mødernes hovedperson, men som ikke kan overskue at deltage i møderne? Er det hendes forældre? Eller er det de fagprofessionelle, som ved bedst? Dette bliver en central udfordring for samarbejdet, når gruppen kæmper med spørgsmålet om, hvad der udgør

”centeret” og udgangspunktet for deres tværfaglige indsats og samarbejde. Disse spørgsmål besvarer jeg i analysen, hvor jeg blandt andet peger på en central pointe om, at løsningen i dette tilfælde ikke er en *personcentreret* tilgang, da udfordringerne og problematikkerne er af en relationel karakter, som relaterer sig til og involverer alle mødets deltagere.

Et konkret eksempel, som jeg fremhæver i analysen, er spørgsmålet om en revurdering af Katrines medicinering, som hun modtager i sin behandling i distriktspsykiatrien. I den forbindelse ser jeg tre problematikker, som samarbejdsgruppen ikke formår at knytte til hinanden. For det første fortæller forældrene, at de har svært ved at håndtere Katrines psykiske udfordringer og hendes adfærd i hverdagen, og de derfor ikke ved, hvordan de skal håndtere situationen og støtte Katrine. Desuden fortæller forældrene også, at Katrine er blevet mere udadreagerende og humørsvingende i takt med sin medicinering. Sidst men ikke mindst fortæller Katrine på møderne, at hun føler skyld over, at familien ikke trives, og at hun har svært ved at indgå i en ”normal” hverdag med sine forældre og lillebror. Jeg vil pege på, at samarbejdsgruppen ikke formår at forbinde disse tre problematikker med hinanden, idet de ikke arbejder relationelt med at løse familiens udfordringer. På møderne fremstår disse problematikker i stedet som isolerede udfordringer, der forbindes til de personer, som ”oplever” udfordringerne. Der foretages således ikke en relationel og dialogisk udforskning af, om eller hvordan disse problemer relaterer sig til hinanden. I stedet henviser samarbejdsgruppen til, at spørgsmålet om Katrines medicinering er et anliggende mellem Katrine og hendes psykiater, som ikke deltager på møderne. Jeg vil pege på det paradoksale ved, at gruppens vanskeligheder med at hjælpe Katrine og hendes forældre også skyldes den form for personcentreret tilgang, som gruppen søger at aktualisere. Det er en individorienteret tilgang til et samarbejde, hvor problemer og udfordringer bliver knyttet til de enkelte familiemedlemmer, hvilket gør, at de selv må tage ansvar for at løse deres egne udfordringer.

Hvem har det bærende ansvar? Borgeren eller den fagprofessionelle?

I analysen af Åben Dialog forløbet bliver det tydeligt, at der løbende bliver foretaget forhandlinger om, hvem der har det bærende ansvar for at løse Katrine og hendes forældres udfordringer. Jeg pegede i den forbindelse på, at måden hvorpå dialog bliver aktualiseret betyder, at der blandt deltagerne opstår et fokus på at finde lige netop den fagprofessionelle aktør eller det system, som kan hjælpe Katrine og hendes forældre videre. Jeg pegede i den forbindelse også på, at fordi forældrene inddrages som samtalepartnere i samarbejdet, så inddrages de samtidig som en aktør, der

skal tage del i ansvaret om at finde løsninger på deres egne udfordringer og problematikker. I analysen viste jeg, hvordan det fører til, at Katrines forældre producerer fortællinger af modmagt, hvori de protesterer over manglende anerkendelse af deres situation. Forældrene forsøger på den måde at gøre de fagprofessionelle opmærksomme på, at familien oplever magtesløshed over deres situation.

Analysen af Åben Dialog forløbet viser, at borgerinddragelse i dette forløb bliver ensbetydende med, at Katrines forældre selv må tage et ansvar for at løse deres udfordringer. Det kommer til udtryk på møderne ved, at forældrene bliver gjort til "lige" samtalepartnere og til en del af det tværfaglige samarbejde, der sammen skal finde løsninger. I samarbejdet bliver forældrenes perspektiv derfor ofte anskuet som ekspertviden, da forældrene for eksempel kan redegøre for de problemer og udfordringer, de oplever. Jeg vil i den forbindelse pointere, at det at forældrenes perspektiv gøres til ekspertviden betyder, at der genereres en form for "berøringsangst" hos de andre deltagere. I analysen viser jeg, hvordan der i dialogen opstår mulighed for, at forældrene kan fortælle om deres situation og komme med forslag til løsninger. Disse perspektiver bliver dog sjældent udforsket af de andre deltagere, hvilket betyder, at der ikke bliver spurgt uddybende ind til forældrenes redegørelser og udlægninger, eller måden de som familie håndterer deres dagligdag. Jeg vil derfor pege på, at fordi Katrines forældres perspektiv anses som ekspertviden i gruppen, så opstår der samtidig "berøringsangst", hvilket betyder, at familiens udlægninger og vidensformer ikke udfordres af de andre deltagere. Jeg vil derved pege på, at på grund af at forældrenes perspektiv får status som ekspertviden, gøres forældrene også ansvarlige for ikke kun at finde løsninger, men også ansvarlige for at få disse løsninger implementeret i deres hverdag. Det ses for eksempel, når samarbejdsgruppen tildeler familien en række undervisningstimer i diagnosen Aspergers syndrom. Med tildeling af disse undervisningstimer bliver det samtidig familiens opgave at omsætte undervisningen til nogle konkrete redskaber, som kan hjælpe dem i deres hverdag. Familien får også bevilliget en aflastningsbolig, og her er det igen forældrenes opgave at sørge for at få Katrine til at bruge denne bolig og træne med hende, så hun på sigt kan flytte hjemmefra.

Eksemplerne viser, at familien inddrages i samarbejdet. De viser også, at det er familien selv, der står med ansvaret for at få de forskellige initiativer til at fungere. Jeg vil pege på, at der med denne samarbejdsform og tilgang til borgerinddragelse skabes en professionalisering af familien, hvor det forventes, at familien indgår som en aktør med ekspertviden. Denne professionalisering af familien

betyder dermed, at familien må varetage det ansvar, der følger med ekspertrollen, hvilket vil sige, at tage ansvar for at få samarbejdsgruppens initiativer og løsninger implementeret i deres hverdag. Jeg vil yderligere argumentere for, at der med denne professionalisering af familien også skabes nogle domæner blandt deltagerne i gruppen. Det er nogle domæner, som afgrænser sig ud fra deltagernes faglige professioner, hvilket betyder, at deltagerne tildeles nogle arbejds- og ansvarsområder alt efter deres profession. I analysen viste jeg også, hvordan aktørerne netop deltager i dialogen, hvis det der diskuteres falder inden for deres arbejdsområde.

Jeg vil i denne diskussion yderligere pege på, at der med en professionalisering af familien også skabes nogle domæne og ansvarsområde, som gør, at familien får tildelt et særligt ansvarsområde. Det er et område, som berører familiens hverdagsliv, og det bliver herved et område, som familien selv må forvalte. Det betyder, at de bliver hovedansvarlige for at få de løsninger, som gruppen kommer op med, til at fungere i deres dagligdag. I analysen pegede jeg på, at familien har svært ved at leve op til det ansvar, som bliver pålagt dem. Susanne og Poul fortæller på møderne, at de ser Åben Dialog forløbet som en mulighed for at skabe et kollektivt samarbejde, der betyder, at ansvaret for Katrines trivsel varetages af alle deltagere på mødet. Forældrenes forventninger til samarbejdet hænger sammen med en anden central pointe fra analysen, som er, at forældrene producerer fortællinger af modmagt, hvilket jeg ser, som et opgør mod de pseudo-dialogiske diskurser, der dominerer mødet. Jeg vil i denne diskussion forbinde forældrenes fortællinger af modmagt til det ansvar, der bliver pålagt dem i samarbejdet. Jeg vil pege på, at forældrene netop med etableringen af Åben Dialog forløbet, gjorde sig andre forventninger til det dialogiske og tværfaglige samarbejde. I analysen viser jeg, at forældrene i løbet af møderne efterspørger løsninger på Katrines og deres egen situation, men på det sidste møde frasiger familien sig flere initiativer fra samarbejdsgruppens side. Det gør de, da familien oplever at stå alene med at få samarbejdsgruppens løsninger implementeret. Jeg vil i den forbindelse pege på, at forældrene har andre forventninger til samarbejdet i gruppen, og at de derfor bliver overrasket over den ekspertrolle og position, som det i samarbejdet forventes af de udfylder. Det er en rolle som familien ikke mener de kan efterleve, da de forklare at deres egne ressourcer er opbrugte, og at andre og mere professionelle kræfter nu må træde til.

Familien positioneres i en ”dobbeltposition”

I kapitel 1 redegjorde jeg for tendensen om de personcentrerede indsatser, og jeg pegede i den forbindelse på, at borgere ofte positioneres i en dobbeltposition. Nanna Mik-Meyer og Margrethe Järvinens studier viser, at der med en neoliberalistisk udviklingstendens, og med værdier som borgerinddragelse og ansvar, skabes en myndiggørelse af borgeren. Denne myndiggørelse kommer, ifølge Mik-Meyer og Järvinen, til udtryk ved, at borgeren positioneres i en dobbeltposition (Mik-Meyer & Järvinen 2012). Det vil sige, at borgerne på den ene side udgør en administrativ sag for den fagprofessionelle, og på den anden side positioneres som et holistisk menneske, hvor det forventes, at borgeren mobiliserer styrker og ressourcer for at løse sine sundhedsproblematikker.

Jeg vil i denne diskussion pege på, at familien, og især Katrines forældre, positioneres i en dobbeltposition igennem Åben Dialog forløbet. Det er en position som de har svært ved at udfylde. Familiens positionering i en dobbeltposition skal ses i lyset af, at familien i forløbet bliver mødt med forskellige tilgange til, hvordan familiens problemer skal løses. Et eksempel er sagsbehandlingen af Katrine, hvilket er grunden til, at Åben Dialog møderne bliver afholdt. Familien klagede over, at de i sagsbehandlingen ikke bliver tilstrækkeligt inddraget, og at Katrines sagsbehandler SAG1 har en instrumentel tilgang til, hvordan familiens situation skal løses. Formålet med Åben Dialog møderne er således, at familien skal indgå som samarbejdspartnere i et fælles tværfagligt samarbejde. På Åben Dialog møderne positioneres familien herved ud fra en holistisk betragtning om, at familien har erfaringer, viden og holdninger til, hvordan deres egen situation skal løses. Jeg vil dog pege på, at der i aktualiseringen af et samarbejde med familien opstår nogle udfordringer for familien, som er forbundet med den førnævnte dobbeltposition. Jeg vil starte med at pege på følgende udfordring, som handler om, at der i samarbejdet på dialogmøderne skabes forventninger om, at familien optræder som en ressource i samarbejdet og tager ansvar for at løse egne udfordringer. Det betyder også, at der i samarbejdet skabes nogle særlige forventninger og roller, som familien skal udfylde. Det er nogle forventninger om, at familien agerer eksperter, omstillingsparate og ressourcefulde, hvilket er nogle positioner, som familien har svært ved at udfylde, hvilket også er grunden til, at de efterspørger de fagprofessionelles ekspertise. Jeg vil pege på, at der i det ”dialogiske” samarbejde ikke stilles de samme krav til de fagprofessionelle aktører, hvilket vil sige, at deres tilgang til et dialogisk samarbejde fremstår anderledes instrumentaliseret. Det kommer til udtryk ved, at de fagprofessionelle aktører på Åben Dialog møderne arbejder med familiens udfordringer, som var de en administrativ sag. Familiens

udfordringer bliver af de fagprofessionelle konstant holdt i en armslængde. Det vil sige at, der ikke stilles de samme krav til de fagprofessionelle som de stiller til familien. Det betyder endvidere, at det ikke forventes, at de fagprofessionelle ændre praksis, omstiller sig eller lærer af familiens udfordringer således, at de kan ændre arbejdsgange for at imødegå en løsning af familiens udfordringer. At familien positioneres i en dobbeltposition betyder, at de hele tiden kæmper med, at de ud fra et holistisk perspektiv skal se deres udfordringer fra flere sider og derved selv arbejde med løse dem. Det samme forventes ikke af de fagprofessionelle, da de i deres manglende involvering instrumentaliserer og gør familiens udfordringer til en administrativ sag, som skal løses ved at finde "den rette fagprofessionelle" eller "det rette institutionelle system", som har "nøglen" til at løse familiens problematikker.

I analysen peger jeg på, at forældrene producerer fortællinger af modmagt, og jeg viste tidligere i denne diskussion, at disse fortællinger knytter sig til en protest over det ansvar, som familien bliver tildelt. Jeg vil pege på, at forældrenes fortællinger også er en protest over den dobbeltposition og det medfølgende ansvar, som familien har svært ved at efterleve. Forælderenes fortællinger af modmagt retter sig derfor mod de pseudo-dialogiske diskurser, som de ser, dominerer møderne. Deres opråb er herved en protest over et dialogisk samarbejde, hvor det kun forventes, at det er familien som agere "dialogiske", hvilket vil sige, at de omstiller, udvikler og indordner sig i samarbejdet. Det familien i stedet efterspørger er dialog og dialogiske relationer, som netop kendetegnes ved, at de forudsætter gensidig læring og åbenhed over for nye og anderledes vidensformer. Jeg anser derfor forældrenes fortællinger som et opråb mod en instrumentaliserings af deres udfordringer og de pseudo-dialogiske diskurser, som de ser danner grundlag for samarbejdet i gruppen.

Konklusion

I afhandlingen har jeg undersøgt *dialog*. Det har jeg gjort gennem både en teoretisk og empirisk undersøgelse, som udmønter sig i en udforskning af to forskellige dialogiske vendinger. Jeg har i afhandlingen arbejdet med at undersøge dialog i relation til disse to dialogiske vendinger, som er henholdsvis en praksisrelateret tendens på sundhedsområdet, hvor dialogisk kommunikation dyrkes for at skabe borgernære og tværfaglige sygdoms- og behandlingsforløb. I afhandlingen har jeg ligeledes undersøgt en anden dialogisk vending, som er en tendens inden for socialvidenskaben. Det er en teoretisk strømning, som forsøger at videreudvikle Mikhail Bakhtins forståelser af dialogisme. I afhandlingen lader jeg disse to forskellige dialogiske vendinger informere hinanden, idet jeg ud fra en vekselvirkning mellem teori og empiri skaber en kritisk og reflektiv analysestrategi, der bygger på et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme. Denne analysestrategi har jeg anvendt for kritisk og reflektivt at undersøge dialog, når dialogisk kommunikation dyrkes som led i at skabe borgernære, inddragende og tværfaglige forløb i en personcentreret sundhedsindsats.

Den dialogiske vending som et praksisrelateret fænomen

I afhandlingen undersøgte jeg den litteratur, som handler om og relaterer sig til den dialogiske vending på sundhedsområdet. I kapitel 1 pegede jeg på en praksisrelateret tendens om, at de personcentrerede indsatser har vundet indpas på særligt sundheds- og socialområdet. I mine redegørelser og analyser af disse personcentrerede tilgange pegede jeg blandt andet på, at tilgangene ikke skal forstås som et entydigt fænomen. De kan i stedet for karakteriseres som et multidimensionalt fænomen, da de dækker over en lang række, forskellige sundhedsindsatser, der vægter forskellige principper og værdier. En fællesnævner for disse tilgange er dog en antireduktionistisk tilgang, som bygger på en holistisk tilgang om ikke at reducere borgeren til sin sygdom, men i stedet for arbejde på at inddrage og anerkender borgerens styrker og medbestemmelse i et sygdoms- og behandlingsforløb. I min gennemgang af litteraturen relateret til personcentrerede tilgange, pegede jeg på, at disse tilgange alle vægter et borgerperspektiv, som dækker over, at det er borgerens viden, erfaringer og præferencer, der skal være udgangspunktet for borgerens sygdoms- og behandlingsforløb. I forbindelse med dette borgerperspektiv i de personcentrerede tilgange på sundhedsområdet pegede jeg på særligt to pointer og tendenser. Den første tendens handler om, at forståelsen af et borgerperspektiv i de personcentrerede tilgange bygger på en individualiseringstendens om at gøre borgeren til både ekspert og til den ansvarlige for at træffe valg og forvalte egne sundhedsproblemstillinger. Jeg pegede i den forbindelse på, at denne

individualiseringstendens bygger på en liberal tankegang, som især henter inspiration fra psykologen Carl Rogers' individforståelse. Det er en individforståelse, der forudsætter, at borgeren ønsker og stræber efter en aktualisering af egne potentialer og altid er orienteret mod personlig vækst og udvikling. Jeg gjorde i den forbindelse opmærksom på, at denne individualiseringstendens og tendensen om demokratisering af viden på sundhedsområdet, gør borgeren til ekspert i sit eget liv ud fra en overbevisning om, at borgeren er bedst til at forvalte egen sundhed og træffe informative valg i sit sygdom- og behandlingsforløb.

Jeg pegede også på en anden pointe, som relaterer sig til borgerperspektivet og idealet om at tage udgangspunkt i borgerens viden, erfaringer og præferencer i et sygdoms- og behandlingsforløb. I min analyse af litteraturen, som handler om de personcentrerede tilgange på sundheds- og socialområdet, viste jeg, hvordan dialogisk kommunikation bliver dyrket for at inddrage og involvere borgeren i disse personcentrerede sundhedsindsatser. Jeg pegede yderligere på, at disse tilgange bygger på dialogiske principper om både inddragelse, anerkendelse og samarbejde. Dialogisk kommunikation dyrkes på den måde som et middel for at generere praksisændringer i samspil med borgeren. I min analyse af litteraturen konkluderede jeg imidlertid, at disse personcentrerede tilgange sjældent bygger på en teoretisk, funderet forståelse af dialog. Jeg konkluderede ligeledes, at de personcentrerede tilgange yderst sjældent behandler dialogforståelse på en reflektiv og kritisk måde, hvilket medfører, at dialog fremstår som et buzzword, og som en romantiseret udgave af en dialogforståelse. Det betyder, at der ikke er tænkt over, hvordan borgerens viden og interesser skal inddrages og anerkendes i disse tilgange. Desuden efterlyser jeg en reflektiv bearbejdning og forståelse af, hvordan der i disse tilgange skal arbejdes med borgerperspektivet ud fra dialogiske og kollaborative principper. I afhandlingen gør jeg mine undersøgelser af de personcentrerede tilgange, samt de nævnte pointer og konklusioner, til en forankret del af både afhandlingens forskningsdesign og analysestrategi og derved til et fokus for afhandlingens empiriske undersøgelser. Det ses ved, at jeg i afhandlingen præsenterer en analysestrategi, som ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme undersøger aktualiseringen af *dialog* ud fra en kritisk og reflektiv tilgang.

Et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme

I kapitel 2 foretog jeg en systematisk undersøgelse af den dialogiske vending i socialvidenskaben (*a turn to dialogue*), hvor jeg redegjorde for de teoretiske udviklinger af Bakhtins dialogisme. Jeg

pegede i undersøgelsen på, at dialogisme ikke fremstår som en samlet teoretisk størrelse eller har en konkret metodetilgang. I min undersøgelse af dialogisme viste jeg yderligere, at Bakhtin ikke præsenterer en entydig forståelse af dialog eller dialogisme, og at de seneste teoretiske udviklinger af dialogisme fremstår fragmenteret. Det skyldes, at der i denne teoretiske bevægelse ikke hersker enighed om, hvordan dialogisme, som teori, skal konceptualiseres. Jeg fremhævede i min undersøgelse af den dialogiske vending i socialvidenskaben, at denne bevægelse er bygget op omkring særligt tre teoretikere og deres forsøg på at udvikle Bakhtins dialogisme. De tre teoretikere er Hubert Hermans, Per Linell og Ivana Marková. I min undersøgelse af den dialogiske vending i socialvidenskaben peger jeg samtidig på, at der med dialogisme, som et teoretisk perspektiv, ikke foreligger en konkret metodetilgang til at studere multivoicedness (dialogisme) i praksis. I min undersøgelse trækker jeg særligt på Aveling et al.'s (2015) kritik, som konkluderer, at der med dialogisme som teoretisk retning mangler en konkret metodemæssig tilgang. I afhandlingen gør jeg deres kritik til en forankret del af mit forskningsdesign og min analysestrategi, idet jeg anvender min undersøgelse af dialogisme samt Aveling et al.'s forsøg på en metodisk tilgang til at arbejde med dialogisme i praksis. Det gør jeg ved at konstruere en analysestrategi og en dialogisk metodologi i samspil med min empiri, hvilket gør det muligt at studere multivoicedness i praksis og arbejde med en repræsentation, der favner en multiplicitet af *stemmer*.

Sygdomsfortællinger som et multivoiced fænomen

I kapitel 5 præsenterede jeg en undersøgelse af en række borgeres sygdomsfortællinger. Undersøgelsen kaster lys over, hvordan disse fortællinger kan forstås som multivoiced konstruktioner. Ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme viser jeg, hvordan disse borgeres fortællinger er gennemsyret af *stemmer* fra den *anden*, idet borgerne tager udgangspunkt i forskellige relationer og aktører, som er en del af deres sygdoms- og behandlingsforløb. Det gør de, da det er i relationen til den *anden*, at de skaber mening og konstruerer en identitet. Ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme peger jeg på, hvordan borgerne anvender flere af deres relationer såsom pårørende, sundhedsaktører og deres tilknytning til forskellige institutioner til at konstruere deres sygdomsfortællinger. Jeg viser i mine analyser, hvordan disse forskellige relationer internaliseres som *stemmer*, der bliver både *medforfattere* og *medskabere* af borgernes sygdomsfortællinger. Ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme viser jeg, at disse sygdomsfortællinger kan forstås som multivoiced. Denne multivoicedness kommer til udtryk gennem en række I-other

relationer i sygdomsfortællingen, og det er i et samspil med disse multiple *stemmer*, at borgeren producerer mening og identitet. I analyserne viser jeg, at disse multiple *stemmer* ikke interagerer på et neutralt grundlag i det multiple selv. De interagerer og strides derimod i asymmetriske magtrelationer, som får betydning for, hvordan borgerne forstår og betydningssætter deres sygdomsforløb. Det ses for eksempel i Peters sygdomsfortælling, hvor han fortæller om sin kamp mod et periodisk alkoholmisbrug. Jeg viser i den forbindelse, hvordan Peters fortælling fremstår multivoiced, og hvordan han gennem sin relation og tilknytning til Holbæk Sygehus konstruerer en identitet som *alkoholiker*. I analysen af Peters sygdomsfortælling viser jeg, hvordan der optræder flere, og ofte modsatrettede, fortællinger, hvor Peter i et samspil med multiple *stemmer* konstruerer forskellige identiteter og forståelser af sin adfærd med alkohol. Peter fremstår således som en polyfonisk fortæller i og med, at han konstruerer en identitet, hvor han enten fremstår som *alkoholiker*, *misbruger* eller *forbruger* af alkohol. Jeg belyser på den måde, hvordan der opstår dialogiske spændinger og konflikter i borgernes sygdomsfortællinger. Det er spændinger, der viser sig i borgernes relationer til den *anden*, og som får indflydelse på, hvordan borgeren forstår og skaber mening i sit sygdomsforløb.

Et fællestræk ved borgernes sygdomsfortællinger er, at de på forskellig vis kæmper med at få legitimeret deres sygdom og situation. Det er en anerkendelseskamp, som for borgerne udspiller sig i relation til især det offentlige velfærdssystem og systemets sundhedsaktører. Jeg peger i denne forbindelse på, at borgerne med deres fortællinger positionerer sig i relation til de forskellige sundhedsaktører og de institutioner, som er en del af deres sygdomsforløb. Borgerne kan herved fortælle om manglende anerkendelse og om et velfærds- og behandlingssystem, som ikke ser og anerkender dem. Jeg viser i analysen af sygdomsfortællingerne, hvordan denne kamp for anerkendelse udspilles i forskellige I-other relationer i borgernes fortællinger. Det kommer for eksempel til udtryk i Stines sygdomsfortælling. Her viser jeg, at Stine konstruerer sin fortælling i en I-other relation, hvor hun forstår og positionerer sin situation op imod den *generaliserede anden* og en forestilling om, hvordan andre mennesker skaber en meningsfuld tilværelse. I analysen viser jeg, at Stines sygdomsfortælling kan forstås ud fra quest-typologi (jf. Arthur Frank), da Stine søger en ny tilværelse uden vold og stofmisbrug. Analysen viser, at Stine kæmper for anerkendelse og for en legitimering af sine sygdomsproblematikker og situation. Det er kamp som Stine udkæmper i en gensidig dialogisk relation mellem I-other. Denne kamp om anerkendelse forgår i et kompliceret samspil af multiple *stemmer*, hvor Stine internaliserer både forældrenes *stemmer* samt kommunens

og misbrugsbrugskonsulentens *stemme* for derved at konstruerer en fortælling om, at hun er fastlåst i sin sygdoms- og behandlingssituation. Stine oplever at være fastlåst, eftersom hendes krav om behandling, psykologisk bistand og økonomisk støtte ikke efterkommes, fordi hendes sygdomsproblematikker og situation ikke anerkendes af det offentlige velfærds- og behandlingssystem.

At sygdomsfortællingerne kan forstås som et multivoiced fænomen ses for eksempel i Peters fortælling. I analysen viser jeg, hvordan Peter, i et kompliceret samspil mellem multiple *stemmer*, kæmper for at legitimere sit periodiske alkoholmisbrug over for sig selv og omverdenen. Her ses det, hvordan Peter forstår og positionerer sit periodiske misbrug op imod nogle bestemte grupperinger og deres misbrug af alkohol. Peters sygdomsfortælling rummer herved en række beskrivelser, hvor han konstruerer flere teknikker og strategier, så han fysisk undgår bestemte grupper, fordi han ikke vil associeres med dem eller deres misbrugsadfærd. Ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme ses det, at Peter ikke kan undgå disse grupperinger. De er en del af hans *inner-others* og udgør *stemmer*, hvormed Peter både forstår sit misbrug og forsøger at legitimere sin adfærd med alkohol.

At sygdomsfortællingerne er multivoiced og konstrueret i en relationel og dialogisk proces med den *anden* ses også i analysen af Bentes fortælling. Bente er Peters søster, og hendes fortælling er en pårørendes perspektiv på Peters kamp mod alkoholmisbruget. Bentes fortælling er relationelt konstrueret, idet hendes og Peters fortællinger er produceret i relation til en institutionel virkelighed. Det kommer til udtryk ved, at Peter, som potentiel dobbeltdiagnosepatient, ikke kan blive udredt i psykiatrien, fordi han er aktiv alkoholmisbruger. Bentes fortælling er en fortælling om Peters misbrugskamp, men det er også en fortælling om, hvordan hun som pårørende også oplever at bliver diskvalificeret og marginaliseret af behandlingssystemet. I analysen viser jeg, hvordan denne ekskludering og marginalisering af Peter skaber en fortælleramme for begge deres fortællinger. Det ses ved, at det er Peters manglende anerkendelse og tilknytning til psykiatrien, der skaber en fortælleramme for fortællingerne. I Peters sygdomsfortælling kommer det til udtryk, når han kæmper med sine psykiske udfordringer ved at selvmedicinere sig selv med alkohol. Peters sygdomsfortælling rummer herved en række strategier og teknikker, som han har opbygget i årenes løb for at kunne leve et liv med et periodisk misbrug. Bentes fortælling er karakteriseret ved en kamp for anerkendelse af Peters situation. Herved er hendes kamp mod diskvalificeringen af Peter

som dobbeltdiagnosepatient samtidig en anerkendelseskamp for, at pårørendes roller også bliver hørt og anerkendt. Peters og Bentes fortællinger er herved eksempler på en central pointe for min analyse, idet jeg peger på, at anerkendelse er et relationelt fænomen, der skal ses som en gensidig og dialogisk spænding, der udkæmpes imellem et *I* og et *other*. Denne pointe er også omdrejningspunktet for diskussionen i kapitel 5.

Åben Dialog forløbet – dialog som genstandsfelt

I kapitel 6 præsenterede jeg en analyse af et Åben Dialog forløb. I analysen viser jeg, hvordan dette Åben Dialog forløb kan forstås som en personcentreret indsats og derved et eksempel på den dialogiske vending på sundheds- og socialområdet.

I analysen viser jeg, hvordan dialog aktualiseres i et Åben Dialog forløb med en familie i distriktspsykiatrien i Nykøbing Sjælland. Ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme peger jeg på, at mødernes dialogforståelse påvirker, hvordan der konstrueres et tværfagligt samarbejde med og omkring familien. Det ses ved, at det på møderne kommer til forhandlinger blandt mødedeltagerne, hvordan et samarbejde i gruppen skal konstitueres. I analysen fremgår det, at der opstår kampe i dialogen. Det er kampe, hvor forskellige vidensformer strides i et forsøg på at etablere konsensus om et fælles ”vi” for samarbejdet i gruppen. I analysen viser jeg, at etablering af et fælles ”vi” beror på stridigheder om, hvilken ideologi samarbejdet i gruppen skal bygges på. Disse stridigheder kommer til udtryk gennem centripetale og centrifugale diskursive processer, idet forskellige aktører i forløbet forsøger at definere konstruktionen af et samarbejde i gruppen. Et eksempel er den kommunale sagsbehandler SAG1, som søger at aktualisere en mere instrumentel tilgang til samarbejdet i gruppen. Det ses ved, at han arbejder ud fra en holdning om, at en fjernanbringelse af Katrine kan løse familiens udfordringer. Det er et løsningsforslag, som møder modstand af særligt familien, hvor der i løbet af møderne opstår spændinger mellem sagsbehandleren SAG1 og familien. Disse spændinger bliver til reelle konflikter, som på møderne bliver forsøgt mæglet af facilitatoren. Jeg viser i denne forbindelse, hvordan faciliteringen af møderne også har betydning for, hvordan der forhandles et samarbejde og et fælles ”vi” blandt deltagerne. Det sker ved, at facilitatoren TP, der både er teamleder og psykolog i distriktspsykiatrien, gennem sin styring af møderne og gennem subtile magtmekanismer får aktualiseret en pædagogisk og psykosocial behandlingsdiskurs, som bliver bærende for samarbejdet i gruppen. Det ses blandt andet ved, at denne pædagogiske og psykosociale behandlingsdiskurs og

dens tilknyttede værdier, såsom læring og udvikling, bliver rammesættende for de løsningsforslag, som gruppen kan diskutere. Et konkret eksempel på, hvordan denne ideologi bliver styrende for samarbejdet i gruppen, ses i forhandlingen mellem deltagerne om tildelingen af undervisning til familien om diagnosen Aspergers Syndrom. Det er et løsningsforslag, som Katrines forældre selv bringer ind i dialogen i gruppen. Dette forslag skaber nogle forhandlinger blandt deltagerne. Den kommunale sagsbehandler SAG1 modsætter sig dette forslag, da han i stedet mener, at en anbringelse af Katrine er bedst for alle parter. I en analyse af disse forhandlinger, og af de centripetale og centrifugale diskursive processer, viser jeg, hvordan facilitatoren TP og de andre deltagere fra distriktpspsykiatriens allierer sig med familiens position og ønske om tildelingen af undervisning. Jeg peger samtidig på, at facilitatoren TP i disse forhandlinger, og gennem subtile magtmekanismer, får konstrueret et fælles "vi" for gruppen, som aktualiserer en bestemt ideologi og en pædagogisk og psykosocial behandlingsdiskurs. Det er en ideolog, som kommer til at dominere samarbejdet således, at idéen om en fjernanbringelse af Katrine opgives. I stedet fokuseres der på at finde løsninger i det nære og at skabe initiativer, som kan udvikle Katrine og derved bidrage til at løse familiens udfordringer.

I analysen af hvordan dialog aktualiseres på Åben Dialog møderne, peger jeg på en overordnet tendens for møderne og samarbejdet i gruppen. Jeg peger på, at dialogen skaber nogle helt særlige rammebetingelser for samarbejdet i gruppen. Det ses blandt andet ved, der med denne dialogforståelse konstrueres en bestemt form for samarbejde, der gør dialog til en form for kollektiv tænkning i gruppen. Ud fra Kevin Barge & Martin Little (2002) betydningssætter jeg denne form for tilgang som en kritisk samtaleressource. Det betyder, at dialog blandt deltagerne er karakteriseret af at være noget, som gruppen tyer til, når alt andet slår fejl. Det kommer til udtryk ved, at selve initiativet om et Åben Dialog forløb med familien bliver en ekstraordinær begivenhed, fordi det har vist sig, at de etablerede systemer og involverede fagprofessionelle aktører ikke kan løse familiens udfordringer og hjælpe dem videre. Jeg peger i den forbindelse på, at der med dette Åben Dialog forløb også bliver forsøgt at konstituere et tværfagligt samarbejde, som har til hensigt at løse Katrines og hendes forældres udfordringer. En central pointe fra analysen er, at mødernes aktualisering af dialog også bliver konstruerende for samarbejdet i gruppen. Det sker ved, at der aktualiseres en dialogforståelse, som udelukkende fokuserer på problemløsning. Jeg viser i analysen, hvordan denne dialogforståelse fratager deltagerne mulighed for at udvise nysgerrighed og udforske problemstillingerne i fællesskab. Der skabes i stedet et samarbejde, hvor dialogen

reduceres til en metode til at ekstrahere eller udtrække potentielle løsninger fra deltagerne i gruppen. Jeg viser yderligere, hvordan denne dialogforståelse også skaber en fragmenteret effekt for samarbejdet. Fragmenteringen ser jeg som et udtryk for, at dialog gøres til en bestemt form for kollektiv tækning, som fokuserer på problemløsning, og hvor deltagerne gøres individuelt ansvarlige for at finde løsninger på familiens udfordringer. Denne fragmenteringseffekt gør også, at deltagerne grupperer sig i dialogen. Det betyder, at dialogen ofte bliver opdelt ud fra fagspecialer, hvilket kommer til udtryk ved, at det ofte kun er deltagere fra distriktpspsykiatrien, der taler sammen, når samtaleemnet falder inden for deres arbejdsområde. Det samme mønster gør sig gældende for deltagere fra kommunen, som medvirker i møderne. En central pointe fra analysen er, at denne fragmenteringstendens bliver hæmmende for det tværfaglige samarbejde i gruppen, hvilket kommer til udtryk ved, at dialogen på møderne skaber en ekskludering af nogle *stemmer*, når samtaleemnet falder inden for specifikke fag- og arbejdsområder.

En pointe som også er fremtrædende i analysen af Åben Dialog forløbet er, at Katrines forældre leder efter sprækker i dialogen. Det er nogle sprækker, hvor de finder plads til at producere fortællinger af modmagt. Disse fortællinger af modmagt handler om, at forældrene ikke oplever en tilstrækkelig anerkendelse af deres situation. Jeg viser i den forbindelse, hvordan denne søgen efter anerkendelse hænger sammen med en diskvalificering og marginalisering af *stemmer*, idet jeg peger på, at forældrene oplever en mangel på voice-as-value. Det vil sige en oplevelse af, at deres *stemme* i situationen og i den institutionelle kontekst mister sin legitimitet og udsigelseskraft. En oplevelse forældrene betydningsætter som at tale for døve øre. I analysen kobler jeg disse iagttagelser til mødernes aktualisering af dialog. Det gør jeg ved, at jeg ser forældrenes fortællinger af modmagt som et oprør og en protest imod de pseudo-dialogiske diskurser, som dominerer møderne. Det er samtidig også et forsøg på et opgør med det konstituerende samarbejde i gruppen. I samarbejdet inddrages familien, men det er en form for inddragelse som samtidig forsøger at ansvarliggøre og myndiggøre dem. Det betyder, at familien med deres indgåelse i samarbejdet i gruppen bliver medansvarlige for både at finde løsninger på egne udfordringer og at få disse løsninger implementeret i deres hverdag.

I analysen ses det, at den tværfaglige samarbejdsgruppe ikke kan hjælpe Katrine og hendes forældre med deres udfordringer og problematikker. Jeg peger i denne forbindelse på flere faktorer, som gør, at gruppen ikke kan hjælpe familien videre. Først og fremmest skyldes det, at Åben Dialog forløbet

afsluttes, fordi der i stedet iværksættes en VISO undersøgelse, som skal foretage en uddybende udredning af Katrine og familiens udfordringer. Katrines psykiske udfordringer og hendes diagnose Aspergers syndrom er af en særlig, kompleks karakter, hvilket skaber en vanskelig situation for hele familien. Disse udfordringer er kendt af samarbejdsgruppen, og det er også grunden til, at der i starten iværksættes et Åben Dialog forløb. I analysen peger jeg på, at én af grundene til, at samarbejdsgruppen ikke formår at hjælpe familien skyldes den måde, som dialog bliver aktualiseret på. Det er, som nævnt, en bestemt dialogforståelse, der sætter rammerne for selve konstruktionen af samarbejdet i gruppen. Grunden til at samarbejdsgruppen ikke formår at hjælpe familien skyldes, at dialogens aktualisering fordrer et bestemt person- og individfokus, hvilket fraholder deltagerne fra at foretage relationelle udforskninger af problemstillingerne på møderne. Det at der i samarbejdet ikke foretages en relationel udforskning af Katrines og forældrenes problemer, er en pointe, som er central for min konklusion om, hvorfor det tværfaglige samarbejde ikke formår at hjælpe familien. Gruppens manglende relationelle udforskning af familiens problemer er også en pointe, som jeg, i diskussionen i kapitel 7, forbinder med en pointe om, at gruppen søger at arbejde ud fra en bestemt *personcentreret* tilgang. Det er en personcentreret tilgang, som får samarbejdet til at vægte et individorienteret fokus, hvilket sker på bekostning af et relationelt og udforskende perspektiv.

I diskussionen i kapitel 7 viser jeg, hvordan denne *personcentrerede* tilgang gør familiens udfordringer og problemer til et individuelt anliggende. Det betyder, at Katrine bliver gjort til genstand for familiens mange udfordringer. I diskussionen peger jeg også på, at gruppen ikke formår at arbejde relationelt med familiens problemstillinger. Det betyder, at gruppen ikke formår at se, at Katrines og hendes forældres problemstillinger er relationelt forbundne og samtidig trækker tråde til de involverede fagprofessionelles egne udfordringer med at behandle og hjælpe familien videre. Et eksempel på denne manglende, relationelle udforskning og kobling af de forskellige problemstillinger ses på møderne, hvor Katrines forældre fortæller, at deres familieliv er under pres, fordi Katrines psykiske udfordringer og adfærd fylder i deres hverdag. Forældrene fortæller, at de ikke er rustet til at håndtere og hjælpe Katrine, og de står ofte magtesløse tilbage. De peger på, at Katrine med den medicinering hun modtager i distriktspsykiatrien, er blevet udadreagerende og humørsvingende. Problemstillingen om medicineringen af Katrine diskuteres på møderne, da forældrene er overbeviste om, at hun ikke medicineres rigtig. Katrines adfærd er blevet så voldsom, at de er bekymrede for både Katrine og hendes lillebror, som også er mærket af situationen. Denne problemstilling bliver ikke forbundet med, at Katrine gentagende gange på møderne fortæller, at

hun føler skyld over, at hendes familie er udsat for så mange udfordringer, og at hun har svært ved at takle disse skyldfølelser. Disse to problemstillinger kobles ikke til hinanden, og de bliver ikke koblet til den tredje problemstilling om, at gruppen ikke vil tale om en revurdering af Katrines medicinering, selvom de godt kan se problematikkerne. På møderne henviser distriktspsykiatriens deltagere denne dialog til et anliggende mellem Katrine og hendes psykiater, som ikke deltager i Åben Dialog forløbet.

I kapitel 1 konkluderer jeg i min analyse af litteraturen, som handler om de personcentrerede tilgange på social- sundhedsområdet, at der i disse tilgange sjældent arbejdes ud fra en teoretisk, funderet dialogforståelse. Jeg peger på, at der i disse tilgange mangler en reflektiv og kritisk stillingtagen til, hvordan dialogisk kommunikation skal dyrkes for at skabe både tværfaglige og borgernære forløb, der inkluderer og anerkender alle aktører. Jeg konkluderer yderligere, at denne manglende refleksivitet betyder, at dialogforståelsen fremstår romantiseret. På den måde fremstår dialog som et buzzword i de personcentrerede sundhedsindsatser. I afhandlingens analyse af et Åben Dialog forløb viser jeg konsekvenserne af, hvad det vil sige, når en personcentreret sundhedsindsats iværksættes uden en dialog teoretisk fundering og uden en reflektiv og kritisk stillingtagen til dialog. I analysen ses det, at aktualiseringen af dialog får vidtrækkende konsekvenser for møderne og for samarbejdet blandt deltagerne. Analysen viser blandt andet, at aktualisering af dialog bliver rammesættende for, hvordan der kan konstrueres et samarbejde i gruppen. Det er et samarbejde, hvor dialog gøres til et abnormt fænomen, der ikke knyttes til deltagerens hverdag og til de professionelle praksisser. Det betyder, at dialog i stedet fremstår som noget deltagerne i samarbejdet *gør*, eftersom at alt andet er afprøvet for at løse familiens udfordringer i de involverede institutioner og systemer. Dialog bliver i samarbejdet således til en ekstraordinær indsats og til et abnormt fænomen, som er løsrevet fra familiens dagligdag og fra de involverede fagprofessionelles praksisser. Åben Dialog møderne aktualiserer i stedet en dialogforståelse, som bygger på en problemløsningstilgang, der bliver hæmmende for samarbejdet i gruppen, fordi dialog reduceres til en metode til at ekstrahere løsningsforslag fra mødets deltagere. Aktualisering af dialog får således vidtrækkende konsekvenser for det tværfaglige samarbejde med og omkring familien. Disse konsekvenser ses ved, at familien producerer fortællinger af modmagt, hvor de på den ene side søger anerkendelse for deres desperate og magtesløse situation, og på den anden side gør oprør mod de pseudo-dialogiske diskurser, som de ser, dominerer møderne og samarbejdet. Det er nogle pseudo-dialogiske diskurser, som gør, at familiens inddragelse og

deltagelse i samarbejdet bliver ensbetydende med, at familien selv skal bidrage til at løse deres udfordringer og være ansvarlige for at få disse løsninger implementeret i deres hverdag. Familiens fortællinger af modmagt fremstår herved som et oprør mod denne myndiggørelse. Grunden til at de ønskede et dialogisk tværfagligt samarbejde og forløb var, at de ikke magter at løse situationen på egen hånd, fordi de ikke besidder de fornødne ressourcer eller den nødvendig faglige ekspertise.

Litteratur

- Althusser, L. (2006). Ideology and ideological state apparatuses (notes towards an investigation). *The anthropology of the state: A reader*, 9, 86.
- Anderson, R., Baxter, L., & Cissna, K. (2004) (ed.). *Dialogue: Theorizing Difference in Communication Studies*. London: SAGE.
- Armstrong, D. (2011). 'The invention of patient-centred medicine'. *Social Theory and Health*, 9(4): 410-418.
- Arendt, H. (1998). *The Human Condition*. Chicago, University of Chicago Press.
- Aveling, E. L., Gillespie, A., & Cornish, F. (2014). "A qualitative method for analysing multivoicedness". *Qualitative Research*. doi:10.1177/1468794114557991
- Aubert, A. & Soler, M. (2006). "Dialogism: the dialogic turn in the social sciences". In J. Kincheloe & R. Horn (Eds.), *The Præger Handbook of education and psychology* (pp. 521–529). Westport, CT: Greenwood Press.
- Bakhtin, M. M. (1981). *The Dialogic Imagination: Four essays by M. M. Bakhtin*. (M. Holquist, Ed., C. Emerson, & M. Holquist, Trans.) Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. M. (1984). *Problems of Dostoevsky's Poetics*. (C. Emerson, Ed., & C. Emerson, Trans.) Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bakhtin, M. M. (1986). *Speech Genres and Other Late Essays*. (C. Emerson, M. Holquist, Eds., & V. W. McGee, Trans.) Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. M. (1990). *Art and Answerability. Early Philosophical Essays*, (M. Holquist, Ed.,) Austin: University of Texas Press.
- Barge, K. And Little, M (2002). "Dialogical wisdom, communicative practice, and organizational life." *Communication Theory* 12(4): 375-397.
- Bauman, Z. (2000). *Liquid modernity*. 2000. Polity, Cambridge.
- Baxter, L. (2006). "Dialogue". In G. Sheperd, J. St. John, & T. Stripdhas (Eds.), *Communication as... Perspectives on Theory* (pp. 101-109). London: Sage.
- Baxter, L. (2011). *Voicing Relationships: A Dialogic Perspective*. Thousand Oak: Sage.
- Billig, M. (1987). *Arguing and thinking*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Billig, M. (1999). "Whose terms? Whose ordinariness? Rhetoric and ideology in conversation analysis". *Discourse & Society*, 10(4), 543-558.

- Bleakley, A. (2014). *Patient-centred medicine in transition: The heart of the matter* (Vol. 3). Springer Science & Business Media.
- Blumer, H. (1937). "Social Psychology". In E. Schmidt (Ed.), *Man and Society. A Substantial Introduction to the Social Sciences*. New York: Prentice-Hall.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bohm, D. (2014). *On dialogue*. New York, Routledge
- Brandist, C. (2002). *The Bakhtin Circle: Philosophy. Culture and Politics*, London and Sterling: Pluto Press.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder. En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bruner, J. (2002). *Making stories: Law, literature, life*. London: Farrar, Straus & Giroux.
- Buber, M. (1965a). *Between man and man* (R. G. Smith, Trans) London: Macmillan.
- Buber, M. (1965b). *The knowledge of man: Selected essays* (R. G. Smith and M. Friedman, Trans) New York: Harper and Row.
- Buber, M. (1970). *I and thou* (W. Kaufmann, Trans.). New York: Charles Scribner's Sons.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.
- Butler, J. (2005). *Giving an account of oneself* (1st ed.). New York: Fordham University Press.
- Cegala, D. J. (2007). "Patient participation, health information, and communication skills training: Implications for cancer patients". *Handbook of communication and cancer care*. Cresskill, NJ: Hampton Press, Inc, 375-86.
- Cegala, D. J., Street Jr, R. L., & Clinch, C. R. (2007). "The impact of patient participation on physicians' information provision during a primary care medical interview". *Health communication*, 21(2), 177-185.
- Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (2011): Et samtidigt ansvar – evalueringsrapport.
- Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (2012a): Åben Dialog i Odsherred Kommune – anbefalinger vedrørende Åben Dialog og en kommunal tovholderfunktion".
- Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (2012b): Samarbejde om de svageste borgere i Odsherred.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine*. New York.

- Clark, K. & Holquist, M. (1984). *Mikhail Bakhtin*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Clegg, J. W., & Salgado, J. (2011a). "Dialogism and the psyche: Bakhtin and contemporary psychology". *Culture & Psychology*, 17(4), 421–440.
- Clegg, J. W., & Salgado, J. (2011b). "From Bakhtinian theory to a dialogical psychology". *Culture & Psychology*, 17(4).
- Clegg, J., & Slife, B. (2009). "Research ethics in the postmodern context". In D. M. Mertens & P. E. Ginsberg (Eds.), *The handbook of social research ethics*. Newbury Park, CA: Sage.
- Cresswell, J. (2011). "Being faithful: Bakhtin and a potential postmodern psychology of self". *Culture & Psychology*, 17(4), 473–490.
- Cooper, M., Chak, A., Cornish, F., & Gillespie, A. (2012). "Dialogue: Bridging personal, community, and social transformation". *Journal of Humanistic Psychology*.
- Couldry, N. (2010). *Why voice matters: Culture and politics after neoliberalism*. Sage publications.
- Davies, B. (2000). *(In)scribing body/landscape relations*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Davies, B. and Harré, R. (1990) "Positioning: the discursive production of selves", *Journal for the Theory of Social Behavior*, 20(1): 43–63.
- Deleuze, G. and Guattari, F. (1983). *Anti-Oedipus: capitalism and schizophrenia*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Deleuze, G. and Guattari, F. (1987) *A Thousand Plateaus*.
- Edvardsson *et al* 2008 - Edvardsson, D., Winblad, B. & Sandman, P.O. (2008). "Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward". *Lancet Neurology*, 7: 362–67
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). "Four models of the physician-patient relationship". *Jama*, 267(16), 2221-2226.
- Flyvbjerg, B. (2006). "Five Misunderstandings About Case-Study Research". *Qualitative Inquiry*, 12 (2), 219-245.
- Frank, A. W. (2002). "Why Study People's Stories? The Dialogical Ethics of Narrative Analysis". International Institute for *Qualitative Methodology*.
- Frank, A. W. (2004). *The renewal of generosity: illness, medicine, and how to live*. Chicago: University of Chicago Press.
- Frank, A. (2005). "What is dialogical research and why should we do it?". *Qualitative Health Research* 15(7). 964-974.

- Frank, A. W. (2010). *Letting stories breathe: a socio-narratology*. Chicago; London: University of Chicago Press.
- Frank, A. W. (2013). *The wounded storyteller: body, illness, and ethics* (Second edition. ed.). Chicago; London: The University of Chicago Press.
- Frank, A. W. (2014). "Narrative ethics as dialogical story-telling". *Hastings Cent. Rep*, 44(1),16-20. doi: 10.1002/hast.263
- Foucault, M. (1972). *Archaeology of knowledge*. London: Routledge.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: The birth of the prison*. Harmondsworth: Penguin.
- Foucault, M. (1980). "Truth and power". In C. Gordon (Ed.), *Power/knowledge. Selected interviews and other writings 1972–1977*.
- Gillespie, A. (2007). "The social basis of self-reflection". In J. Valsiner & A. Rosa (Eds.), *The Cambridge handbook of socio-cultural psychology* (pp. 678–691). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Gobo, G. (2008). *Doing ethnography*. Sage.
- Gobo, G. (2011). "Ethnography". In D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research* (3rd ed., pp. 15-34). London: Sage.
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. New York: Harper & Row.
- Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., Rodriguez, D., & Sanchez-Reilly, S. (2010). "Interdisciplinary Geriatric and Palliative Care Team Narratives: Collaborative Practices and Barriers". *Qualitative Health Research*, 20(1): 93-104
- Gomez, A., Puigvert, L., & Flecha, R. (2011). "Critical communicative methodology: Informing real social transformation through research". *Qualitative Inquiry*, 17, 235–245.
- Goncalves, M. M., & Salgado, J. (2001). "Mapping the multiplicity of the self". *Culture & Psychology*, 7(3), 367-377.
- Goncalves, M. M., & Salgado, J. (2007). "The dialogical self: Social, personal and (un)conscious". In J. Valsiner & A. Rosa (Eds.), *The Cambridge handbook of socio-cultural psychology* (pp. 608–624). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Grossen, M., & Salazar Orvig, A. (2011a). "Third parties' voices in a therapeutic interview". *Text & Talk*, 31(1), 53–76.
- Grossen, M., & Salazar Orvig, A. (2011b). "Dialogism and dialogicality in the study of the self". *Culture & Psychology*, 17(4), 491–509.

- Gruber, C. W., Clark, M., Klempe, S. H., & Valsiner, J. (Eds.). (2014). *Constraints of agency: explorations of theory in everyday life* (Vol. 12). Springer.
- Haraway, D. (1991). "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective". In Haraway (Ed.), *In Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*, ed. Donna Haraway, (pp. 183-201). London: Free Association Books.
- Harter, L.M. (2009). "Narratives as dialogic, contested, and aesthetic accomplishments". *Journal of Applied Communication Research*, 37, 140-150.
- Harter, L.M. et al (2013). *Imagining new normals. A narrative framework for health communication*. Dubuque, IA: Kendall Hunt Publishers.
- Harré, R., & Moghaddam, F. M. (2003). *The self and others: positioning individuals and groups in personal, political, and cultural contexts*. Westport, Conn.: Praeger.
- Harré, R., & Stearns, P. N. (1995). *Discursive psychology in practice*. London; Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Harre, R., & Slocum, N. (2003). "Disputes as Complex Social Events: On the Uses of Positioning Theory". *Common Knowledge*, 9 (1), 100-118.
- Haug, F. (1987). *Female sexualization: a collective work of memory*. London: Verso.
- Haug, F. (1992). *Beyond female masochism: memory-work and politics*. London; New York: Verso.
- Heidegger, M. (2010). *Being and Time*. Albany: State University of New York Press.
- Hermans, H. J. M. (2002). "The Dialogical Self as a Society of Mind: Introduction". *Theory & Psychology*, 12(2), 147-160. doi:10.1177/0959354302122001
- Hermans, H. J. (2003). "The construction and reconstruction of a dialogical self". *Journal of constructivist psychology*, 16(2), 89-130.
- Hermans, H. J., Kempen, H. J., & Van Loon, R. J. (1992). "The dialogical self: Beyond individualism and rationalism". *American psychologist*, 47(1), 23.
- Hermans, H. J., & Kempen, H. J. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement*. Academic Press.
- Hermans, H. J. (2012). "Dialogical Self Theory and the increasing multiplicity of I-positions in a globalizing society: an introduction". *New Dir. Child Adolesc. Dev*, 2012(137), 1-21. doi: 10.1002/cad.20014
- Hermans, H. J., & Gieser, T. (Eds.). (2011). *Handbook of Dialogical Self Theory*. Cambridge University Press.
- Holquist, Michael. 1990. *Dialogism: Bakhtin and His World*. London: Routledge.

- Hyden, L. C., & Brockmeier, J. (2008). *Health, Culture and Illness: Broken Narratives*.
- Hølge-Hazelton, B., & Krøjer, J. (2008a). "Poetical: breaking ground for reconstruction. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 21(1), 27-33.
- Hølge-Hazelton, B., & Krøjer, J. (2008b). "(Re)constructing strategies: a methodological experiment on representation". *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 21(1), 19-25.
- Jackson, A. Y., & Mazzei, L. A. (2012). *Thinking with theory in qualitative research: Viewing data across multiple perspectives*. London, UK: Routledge.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology, Vol. 2*.
- Jorgensen, D. (1989). *Participant observation: A methodology for human studies*. Newbury Park Calif.: Sage Publications.
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (2002). *Discourse analysis as theory and method*. London: Sage.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2003). *At skabe en klient: Institutionelle identiteter i socialt arbejde*: Hans Reitzel.
- Järvinen M. & Mik-Meyer, N. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København: Hans Reitzel.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2012). *At skabe en professionel: Ansvar og autonomi i velfærdsstaten*: Hans Reitzel.
- Kitzinger, J., Kitzinger, C. & Saunders, B. (2015). "Anonymising interview data: challenges and compromise in practice". *Qualitative Research*, 15(5), 616-632.
- Keating, M., McDermott, A., & Montgomery, K. (Eds.). (2013). *Patient-centred Health Care: Achieving Co-ordination, Communication and Innovation*. Springer.
- Krøjer, J. (2003). *Det mærkede sted: køn, krop og arbejdsrelationer*: Roskilde Universitetscenter, Institut for uddannelsesforskning.
- Kvale, S. (2006). "Dominance through interviews and dialogues." *Qualitative Inquiry* 12(3): 480-500.
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. Los Angeles: Sage.
- Larsen, V.C. [Årstal ikke angivet]. "Psykiatrien i Odsherred Kommune: Med drømme som mål. Videnscenter for Socialpsykiatrien". Downloadet fra: [http://www.mpbotilbud.dk/files/Åben%20dialog%20case_artikel_odsherred_100817\[1\].pdf](http://www.mpbotilbud.dk/files/Åben%20dialog%20case_artikel_odsherred_100817[1].pdf)
- Lather, P. (1991). *Getting Smart: Feminist Research and Pedagogy With/in the Postmodern*.

Routledge.

Lather, P. (2007). *Getting lost: Feminist efforts toward a double(d) science*. Albany: State University of New York Press.

Leiman, M. (2011). "Mikhail Bakhtin's contribution to psychotherapy research". *Culture & Psychology*, 17(4), 441–461.

Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville I. (2007) "Person-centredness: Conceptual and historical perspectives". *Disability and Rehabilitation*, 29 (20-21): 1555-1565.

Linell, P. (2009). *Rethinking language, mind, and world dialogically: Interactional and contextual theories of human sense-making*. IAP.

Linell, P. (2007). "Dialogicality in languages, minds and brains: is there a convergence between dialogisme and neuro-biology?", *Language Sciences*, 29(5), 605-620

Lupton, D. (2003). *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London; Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

Mander, R. (1992). "Seeking approval for research access: the gatekeeper's role in facilitating a study of the care of the relinquishing mother". *Journal of Advanced Nursing*, 17(12), 1460-1464.

Marková, I. (2003). "Constitution of the Self: Intersubjectivity and Dialogicality". *Culture & Psychology* 9(3): 249-259.

Marková, I. (2005). *Dialogicality and Social Representations: The dynamics of mind*. Cambridge; New York: Cambridge University Press.

Marková, I. (2006). "On "the inner alter" in dialogue". *International Journal for Dialogical Science*, 1(1), 125–147.

Marková, I., Linell, P., Grossen, M., & Salazar Orvig, A. (2007). *Dialogue in focus groups: Exploring socially shared knowledge*. London: Equinox.

Morson, Gary Saul, and Caryl Emerson, eds. 1989. *Rethinking Bakhtin: Extensions and Challenges*. Evanston: Northwestern University Press.

Morson, Gary Saul, and Caryl Emerson 1990. *Mikhail Bakhtin: Creation of a Prosaics*. Stanford: Stanford University Press.

Moreira, T. (2011). "Health Care Standards and the Politics of Singularities: Shifting In and Out of Context". *Science, Technology & Human Values*, 2012, 37: 307-331, first published on July 26, 2011.

Moore, H., Jasper, C. A., & Gillespie, A. (2011). "Moving between frames: The basis of the stable and dialogical self". *Culture & Psychology*, 17(4), 510–519.

- Nielsen, G. (2000). "Looking Back on the Subject: Mead and Bakhtin on Reflexivity and the Political". In C. Brandist, & T. Galin (Eds.), *Materializing Bakhtin: The Bakhtin Circle and Social Theory* (pp. 142-163). London: Palgrave Macmillan.
- Nielsen, G. (2002). *The Norms of Answerability: Social Theory Between Bakhtin and Habermas*. Albany: State University Press.
- Nolan, M., Davis, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). "Beyond person-centred care: A new vision for gerontological nursing". *International Journal of Older People Nursing*, 13(3a), 45–53.
- Nordentoft, H. M., & Kappel, N. (2011) "Vulnerable participants in health research: methodological and ethical challenges". *Journal of Social Work Practice*, 25 (3): 365-376.
- Oborn, E., & Dawson, S. (2010). "Knowledge and practice in multidisciplinary teams: Struggle, accommodation and privilege". *Human Relations*, 63(12): 1835-1857.
- O'Dwyer, C. (2013). "Official conceptualizations of person-centered care: Which person counts?" *Journal of Aging Studies*, 27: 233-242.
- Parsons, T. (1975). "The sick role and the role of the physician reconsidered". *The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society*, 53(3).
- Pedersen, A. R. (2009). "Moving away from chronological time: Introducing the shadows of time and chronotopes as new understandings of narrative time". *Organization*, 16(3), 389-406.
- Petrilli, S. (2013). *The self as a sign, the world, and the other living semiotics*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Phillips, L. (2011). *The Promise of Dialogue: The Dialogic Turn in the Production and Communication of Knowledge*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Phillips, L., Kristiansen, M., Vehviläinen, M., & Gunnarsson, E. (Eds.) (2013). *Knowledge and Power in Collaborative Research: A Reflexive Approach*. New York: Routledge.
- Phillips, L., & Napan, K. (2016). "What's in the 'co'? Tending the tensions in co-creative inquiry in social work education". *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 29(6), 827-844.
- Phoenix, Ann (2008): "Analysing Narrative contexts" in Andrews, Squire and Ramboukou. *Doing Narrative Research*, Sage 2008.
- Potter, J. and Wetherell, M. (1987) *Discourse and Social Psychology*. London: Sage.
- Preissle, J., & Grant, L. (2004). "Fieldwork Traditions: Ethnography and Participant Observation". In K. DeMarrais & S. D. Lapan (Eds.), *Foundations for Research. Methods of Inquiry in Education and the Social Sciences*. Mahwa, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Politi, Denise F., Beck, Cheryl Tatano (2001). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*.

Politi, M. & Street, R.L. Jr. (2011) "Patient-centered communication during collaborative decision making". In T. Thompson, A. Dorsey, K. Miller, & R. Parrott (Eds.), *The Handbook of Health*, 2nd ed. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Prior, L. (2003). "Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology". *Sociology of health & illness*, 25(3), 41-57.

Prior, L., Scott, D., Hunter, R., Donnelly, M., Tully, M. A., Cupples, M. E., & Kee, F. (2014). "Exploring lay views on physical activity and their implications for public health policy. A case study from East Belfast". *Social Science & Medicine*, 114, 73-80.

Psykiatriplan for Psykiatrien i Region Sjælland (2008).

Quinlan, E. (2009). "The 'actualities of knowledge work: an institutional ethnography of multi-disciplinary primary health care teams". *Sociology of Health and Illness*, 31(5): 625-641.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2011). *Interprofessional teamwork for health and social care* (Vol. 8). John Wiley & Sons.

Rhodes, R. A. W. (2011). *Everyday life in British government*. Oxford University Press.

Richardson, F. C. e. a. (1998). "Toward a dialogical self." *The American Behavioral Scientist* 41(4): 496-515.

Richardson, F. C. (2011). "A hermeneutic perspective on dialogical psychology". *Culture & Psychology*, 17(4), 462-472.

Richardson, L. (1990). *Writing strategies: Reaching diverse audiences*. Newbury Park: Sage publications.

Richardson, L. (1997). *Fields of play: Constructing an academic life*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

Ricoeur, P. (2005). *The Course of Recognition*. Translated by David Pellauer, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London, England.

Ringer, A. (2013). *Listening to Patients*. Ph.d. Afhandling. Roskilde Universitet.

Rogers, C. (1959). "A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework". In: Koch S, editor. *Psychology: A study of a science*. Vol. 3. New York: McGraw-Hill; 1959. pp 184 – 256.

Rommetveit, R. (2003). "On the role of "a psychology of the second person" in studies of meaning, language, and mind". *Mind, Culture & Activity*, 10, 205-218.

Rose, N. S. (1990). *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. London; New York: Routledge.

Rose, N. (1996). *Inventing Ourselves. Psychology, Power and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

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

Roter, D. L. and J. A. Hall (2011). "How medical interaction shapes and reflects the physician-patient relationship." Thompson, Teresa et al. eds. (2011) *Routledge Handbook of Health Communication* (2nd Edition).

Rambøll: Manual til socialstyrelsen om implementering af Åben Dialog, Del 1 – Om tilgangen, april, 2014

Sandler, S. (2014). "The Reinterpretation of Kant and the Neo-Kantians: On Bakhtin's Pattern of Appropriation". In *15th International Bakhtin Conference, Stockholm*.

Salgado, J. (2006). "Thought as dialogue: A comment on Marková". *International Journal for Dialogical Science*, 1(1), 149–154.

Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2006) *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac Books

Seikkula, J., Arnkil, T. E., & Eriksson, E. (2003a). "Postmodern society and social networks: open and anticipation dialogues in network meetings". *Family Process*, 42(2), 185-203.

Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003b). "The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics". *Family Process*, 42(3), 403-418.

Seikkula et al (2010). Holmesland, A. L., Seikkula, J., Nilsen, O., Hopfenbeck, M., & Erik Arnkil, T. (2010). "Open Dialogues in social networks: professional identity and transdisciplinary collaboration". *International Journal of Integrated. Care*, 10.

Seikkula et al (2012a). Olson, M. E., Laitila, A., Rober, P., & Seikkula, J. (2012). "The shift from monologue to dialogue in a couple therapy session: dialogical investigation of change from the therapists' point of view". *Family Process*, 51(3), 420-435.

Seikkula, J., et al (2012b). "Making sense of multi-actor dialogues in family therapy and network meetings." *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(4): 667-687.

Seikkula et al (2014). Holmesland, A. L., Seikkula, J., & Hopfenbeck, M. (2014). "Inter-agency work in Open Dialogue: the significance of listening and authenticity". *Journal Inter-professional Care*.

Shotter, J. (1997). "The Social construction of our inner selves." *Journal of Constructivist Psychology* 10(1): 7-24.

Sin, C. H. (2005) "Seeking Informed Consent: Reflections on Research Practice", *Sociology*, vol. 39, pp. 277–294.

Star, S. L. (2010). "This is Not a Boundary Object: Reflections on the Origin of a Concept". *Science, Technology, & Human Values*, 35 (5), 601-617.

Søndergaard, K. D. (2009). *Innovating Mental Health Care – A configurative Case Study in Intangible, Incoherent and Multiple Efforts*. Ph.D. Dissertation, the Danish School of Education, Aarhus University.

Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). "A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship". *AMA Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585-592.

Thomas, G. (2011). *How to do your Case Study: A Guide for Students and Researchers*. London: Sage.

Valsiner, J. (2002). "Forms of dialogical relations and semiotic autoregulation within the self". *Theory & Psychology*, 12, 251–265.

Valsiner, J. (2007). *Culture in Minds and Societies*. New Delhi: Sage.

Vitanova, G. 2013. "Narratives as zones of dialogic constructions: A Bakhtinian Approach to data in qualitative research". *Critical inquiry in language studies*, 10, 242-261.

Vitanova, G. (2010) *Authoring the Dialogic Self: Gender, agency and language practices*. John Benjamins Publishing Company.

Williams, S. J. (2005). "Parsons revisited: from the sick role to...? *Health*": *Illness & Medicine*, 9(2), 123-144.

Wetherell, M. (1998). Positioning and interpretative repertoires: Conversation analysis and post-structuralism in dialogue. *Discourse & society*, 9(3), 387-412.

Wetherell, M. and Maybin, J. (1996) "The distributed self: a social constructionist perspective", in R. Stevens (ed.), *Understanding the Self*. London: Sage.

Wetherell, M. and Potter, J. (1988) "Discourse analysis and the identification of interpretive repertoires", in A. Antaki (ed.), *Analyzing Everyday Explanation*. London: Sage.

Wetherell, M. and Potter, J. (1992) "Mapping the Language of Racism: Discourse and the Legitimation of Exploitation". Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

Zittoun, T. (2006). *Transitions: Development through symbolic resources*. Greenwich, CT: Information Age.

Zittoun, T. (2007). "Dynamics of interiority". In L. Simao & J. Valsiner (Eds.), *Otherness in question: Labyrinths of the self* (pp. 187–214). Charlotte, NC: Information Age.

Bilag 1

Katrines brev

Kære alle

Jeg er rigtig glad for, at I mødes for at tale om, hvad der er bedst for mig. Jeg er ikke i tvivl om, at beslutningen jeg har taget om, at jeg ikke er tilstede er den rigtige, da jeg ikke kan håndtere alle indtrykkene. Kort og godt er det grunden til, at mine forældre repræsenterer mig, og det gør de med min fulde tilladelse. Der er intet, der er tilfældigt. Da jeg lider af Asperger, er det meget vanskeligt for mig at være tilstede med så mange mennesker, så mange ansigtsudtryk, diverse stimuli plus at der bliver talt om mig. Jeg ved med 100% sikkerhed, at det resulterer i, at jeg bryder sammen, og derfor tager jeg ansvar for mig selv, og melder klart ud, at jeg ikke ønsker at deltage i diverse møder. Det ville være muligt for mig med mit intellekt at følge med i møderne, og som det sikkert fremstår af mine geniale formuleringer, og ved den måde jeg udtrykker mig på verbalt, så er det et ganske lille billede af det menneske, som jeg er. Hvis vi byttede om på min modning af det intellektuelle og min modning på alt andet, så ville jeg sandsynligt skrive således: At jeg er rigtig glad for, at I er samlet til dette møde for at tale om, hvad der er bedst for mig. Men I er rigtig dumme dumme mennesker fra Danmarks stat, der ikke lytter til mig. Hov! Der er en edderkop, hvor er den sød. Kom her lille ven nu er vi venner. Jeg tror, jeg har sagt pointen her, hvis jeg udtrykte mig sådan, og var moden på alle andre måder, så ville man være opmærksom, meget endda, specielt, hvis jeg stadig var 160 centimeter og nærmest kønsløs og dog 20 år. Derudover er det svært for mig at være væk fra min mor, fordi jeg er så følelsesmæssig afhængig af hende. Igen grundet min forsinket udvikling emotionelt. Jeg har ikke noget imod, hvis der er én dag, hvor jeg ikke ser så meget til hende, men så snart det begynder at bliver tre eller fire dage, så kan jeg mærke, at jeg bliver ked af det. Jeg føler ikke mening med, hvad jeg laver og føler et dybt afsavn til hende. Så snart jeg har talt med hende lidt og fået et dejligt kram af hende, så er jeg god igen. Hvad der end skal ske, vil jeg ikke væk fra *skolen* (navn anonymiseret), da det er det bedste, der er sket for mig, blandt andet fordi at de tilpasser undervisningen til mine behov og udfordringer. Jeg ved også med mig selv, at jeg ikke ville kunne overskue at køre i bus eller tog dertil, da det er noget, der inkluderer længere strækninger og derved længere transporttid. Det er noget, der gør mig træt og stresset.

Jeg mener det virkelig, når jeg siger, at jeg ikke vil stoppe på *skolen* (navn anonymiseret), da den er utroligt udviklende for mig socialt, i selvindsigt, og at jeg kan dyrke nogle af de evner, som jeg

besidder. Det er meget værdifuldt for mig. Hvad jeg har brug for, er blevet sagt 117 gange, men nu da der er andre mennesker på banen. Jeg har Asperger og ADHD, og det vedkender jeg mig fuldt ud. Min erfaring har sagt mig, at jeg egentlig er den eneste, der anerkender det udover mine forældre, min skoles leder og psykiatrien. Det står mig klart, at jeg har et eller andet, hvor der er noget, der er svært, men hvad det er, står mig stadig uklart. Jeg har i den grad brug for hjælp til denne forståelse, men jeg ved ærlig talt ikke meget om, hvad disse problematikker gør. Nogle gange kan jeg slet ikke ane, hvad det kan være, før det er ved at gå op for mig, at der er noget galt. Det har kun været inden for den sidste måned, at jeg har turde at sige højt, at jeg har Asperger. Der findes ikke mange bøger om Asperger og piger, og det er noget helt andet at få verbal coaching og viden frem for selv at stå med det hele og en bog i hånden. "Skovlunden" (anonymiseret) var en klar fejl. Jeg har aldrig i mit liv prøvet at blive så lidt set og hørt og forstået. Deres ord har været velformuleret og lydt fornuftig, men desværre har jeg oplevet, at virkeligheden er en anden. De handler slet ikke efter, hvad de siger, ej holder de deres aftaler. Dette er min oplevelse. Aldrig har jeg følt mig så opmagasineret, følt mig som en ting, følt mig snydt, følt mig svigtet. Jeg åbnede mig op, og mine forældre åbnede sig op, og tilsyneladende var det hele bare et spil for galleriet.

Asperger er en ekstremt kompliceret ting, og det er også ved at gå op for mig. Og der er rigtig svært at blive konfronteret med. Jeg ønsker at være et sted, hvor der er struktur, og hvor man får støtte, og ikke kun at de følger mig rundt, men at de verbalt opmuntre mig, og jeg kan mærke, at de er der for mig. De skal vide noget om min verden, hvordan den fungerer, hvordan jeg tænker, føler og så videre. De skal tage indgangsvinkel i mit indre og ikke i, hvordan jeg ser ud, hvordan jeg formulerer mig eller min viden om diverse emner. Jeg har brug for kærlighed. Oprigtig kærlighed, omsorg og nærvær. Jeg er ikke rigtig klar over, om jeg er klar til at flytte hjemmefra, da jeg følelsesmæssigt er lidt langsom til at udvikle mig.

Det er jeg ikke ene om lad mig citere Einstein. Den normale voksne bryder aldrig sit hoved med rum og tid, det er ting, han har tænkt på som barn. Jeg udviklede mig så langsomt, at jeg først begyndte at spekulere på tid, da jeg allerede var voksen. Han skulle også have haft Asperger. Det er der meget, der tyder på. Hvis jeg skal udvikle mig selv mere, så har jeg brug for struktur og oprigtig omsorg, måske er det hos mine forældre, måske er det et andet sted.

Min drøm er at flytte hjem et par år og få hjælp udefra til at forstå og hjælpe mig selv og kunne bruge den trygge base til dette. Hvis jeg skal være et andet sted, så er det et must, at de er villige til

at samarbejde med mine forældre, da jeg har brug deres støtte og erfaringer om mig, som de kan dele. Kærlighed, struktur og nærvær. Naturligvis så ville min ultimative drøm være, at hvad der end sker, så vil det komme til at lykkes, at jeg vil få det bedre. Det skal siges, at jeg har kigget på dette "Palmehaven" (anonymiseret), og det er bestemt ikke noget for mig. Det er for stort. Der er folk med skizofreni der, og det er alt for langt væk fra min familie. Det er dømt til at blive en fiasko. De specialiserer sig i 117 ting. Det er et faktum, at det er stort, og det er ikke godt. Det gør det svært for mig at rumme og overskue, og der er alt for meget, som jeg skal forholde mig til. Det er garanteret kaos. Det er alt for langt væk fra min skole. Transporten vil være en for stor stressfaktor. Jeg beklager mit sprog, men jeg skal fandme ikke rende rundt sammen med skizofrene og andre psykisk syge mennesker. Det bliver jeg bange over og totalt kulret. Ville man lade en syg person være afskærmet fra sin familie? Næppe. Jeg ser ikke mig selv som syg, men jeg kan fandme hurtigt blive det, hvis man ikke respekterer mig, som det menneske jeg er. Jeg har haft nok negative erfaringer med mennesker, og jeg ønsker ikke flere af denne slags, så jeg risikerer at miste troen på andre, hvilket jeg prøver for alt i verden at forhindre.

Lad min understrege, at jeg ikke har råd til andre fejlslagne boligsituationer med inkompetent og uengagerede mennesker, som siger ét og gør noget andet. Det er svært for mig at acceptere illoyalitet og falskhed og på den baggrund, kan jeg ikke danne en tæt og sund relation til et eventuelt personale. Hvis jeg skulle bo hjemme, så ville rammerne være i orden, men mine forældre er ikke mine behandlere, og har aldrig været det. Derfor er det vigtigt for mig, at det ikke kan stå alene. Der skal være støtte både til mig og min familie og i forhold til min Asperger og ADHD, der er svære at håndtere. Det skal være et par gange om ugen i mit tilfælde, og hvad mine forældre har brug for er deres sag, men det ville være fuldstændig hul i hovedet at lade os stå alene med dette. Det kan vi ikke. Tidligere har jeg fortalt, hvad jeg har brug for af støtte og hjælp.

Vær så venlig at huske, at jeg er et unikt menneske, der har Asperger, ADHD, er hypersensitiv og har et følsomt følelsesliv, og har meget brug for kærlighed og omsorg.

Kærlig hilsen

Katrine

Resumé

Den dialogiske vending i personcentreret sundhedskommunikation

Afhandlingen beskæftiger sig med og undersøger dialog gennem henholdsvis en teoretisk og en empirisk undersøgelse, hvilket udmønter sig i udforskningen af to forskellige dialogiske vendinger. Den ene dialogiske vending refererer til en samfundsmæssig og praksisrelateret tendens inden for social- og sundhedsområdet, hvor personcentrerede sundhedsindsatser dyrker dialogisk kommunikation til at skabe tværfaglige, borgernære og inkluderende sygdoms- og behandlingsforløb for borgere. Den anden dialogiske vending er en teoretisk strømning inden for socialvidenskaben, hvor afhandlingen undersøger en tendens, hvor forskellige teoretikere forsøger at videreudvikle Mikhail Bakhtins tanker om dialog, også kaldet for ”dialogisme”.

Afhandlingen forbinder disse to dialogiske vendinger, som ikke er umiddelbart forbundet, ved at udvikle en analysestrategi og dialogisk metodologi, som bygger på Bakhtins dialogisme og et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv. Ud fra afhandlingens to undersøgelser af de dialogiske vendinger, konstrueres der en analysestrategi, som udvikles i samspil mellem teori og empiri. Analysestrategien og dens dialogiske metodologi gør det herved muligt at gøre dialog til genstand for analyse.

I kapitel 6 præsenteres afhandlingens anden empiriske undersøgelse, hvor omdrejningspunktet for denne undersøgelse er en kritisk og reflektiv analyse af dialog. I denne undersøgelse følger jeg en specifik personcentreret tilgang kaldet Åben Dialog tilgangen. Ud fra en praksisnær undersøgelse af et Åben Dialog forløb, undersøges det, hvordan dialog aktualiseres i dette Åben Dialog forløb, og hvad aktualiseringen af dialog betyder for konstruktionen af et tværfagligt og borgernært samarbejde med og omkring borgerne.

I kapitel 1 redegøres der for den dialogiske vending på sundhedsområdet, og for de personcentrerede tilgange forstået som et samfundsmæssigt og praksisrelateret fænomen. I gennemgangen af de personcentrerede tilgange på sundhedsområdet pointeres det blandt andet, at idealet om at involvere borgeren eller patienten ikke er en ny tendens på sundhedsområdet. Ud fra en analyse af litteraturen, som beskriver forskellige personcentrerede tilgange på sundhedsområdet, peger afhandlingen på flere pointer. En pointe er, at de personcentrerede tilgange kan forstås som

multidimensionale koncepter, hvilket betyder, at de dækker over en bred vifte af forskellige tilgange, som har forskellige metoder til, hvordan de praktiserer en anerkendende og involverende tilgang til et samarbejde med borgeren. Det betyder, at de personcentrerede sundhedsindsatser ikke kan kategoriseres eller reduceres til en entydig forståelse. Fælles for de personcentrerede tilgange er dog hensigten og idealet om at tage udgangspunkt i borgeren og i borgerens viden, erfaringer og præferencer i forbindelse med et sygdoms- og behandlingsforløb. Ud fra analysen af litteraturen om de personcentrerede tilgange peger afhandlingen desuden på, at de personcentrerede tilgange søger at arbejde ud fra dialogiske principper, hvor dialogisk kommunikation dyrkes som en måde til at skabe borgernære, involverede og tværfaglige forløb. I analysen af disse tilgange konkluderes det, at dialogforståelsen i de personcentrerede tilgange sjældent behandles ud fra en reflektiv eller kritisk tilgang. Det betyder, at dialog ofte fremstår som et buzzword og som en romantiseret udgave af en dialogforståelse.

I kapitel 1 redegøres der også for Åben Dialog som tilgang. Åben Dialog tilgangen er et eksempel på en konkret personcentreret sundhedstilgang. Redegørelserne af Åben Dialog tilgangen danner ramme for afhandlingens anden empiriske undersøgelse, som undersøger et Åben Dialog forløb i distriktspsykiatrien i Odsherred Kommune. Det er en analyse, der præsenteres i kapitel 6.

I kapitel 2 foretages der en systematisk undersøgelse af den dialogiske vending i socialvidenskaben. Det er en såkaldt dialogisk vending, hvor en række teoretikere forsøger at videreudvikle Bakhtins tanker om dialogisme. Denne undersøgelse af en teoretisk strømning udgør samtidig det teoretiske fundament for afhandlingens analysestrategi, som præsenteres i kapitel 4. Det er en analysestrategi, som bygger på et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme, og er konstrueret på baggrund af de seneste teoretiske udviklinger af Bakhtins dialogisme. Afhandlingen kommer herved med et bidrag til denne bevægelse, idet der præsenteres en analysestrategi, som tilbyder en konkret metode til at studere multivoicedness ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme.

Afhandlingen bygger på et etnografisk og praksisorienteret studie af, hvordan særligt borgere konstruerer mening og identitet i deres sygdoms- og behandlingsforløb. Denne tilgang udmønter sig i to empiriske undersøgelser, som præsenteres i kapitel 5 og 6.

I kapitel 5 præsenteres afhandlingens første empiriske undersøgelse, som er centreret omkring en række borgeres sygdomsfortællinger. Det er borgere, som er del af misbrugsbehandlingen i sundhedscenteret i Odsherred Kommune. Undersøgelsen udgør en analyse af fire borgeres sygdomsfortællinger, som hver især udgør et detaljeret casestudie af, hvordan borgere skaber mening og konstruerer identitet i deres sygdoms- og behandlingsforløb. Ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme undersøges det, hvordan disse borgeres fortællinger kan forstås som multivoiced, hvilket betyder, at de er konstrueret i samspil med forskellige *stemmer*. Det undersøges desuden, hvordan disse fortællinger er konstrueret i relation til den *anden*. Det betyder, at det undersøges, hvordan multiple *stemmer* aktualiseres i disse fortællinger, og hvordan borgernes fortællinger indeholder *stemmer* fra forskellige aktører og institutioner, som alle er en del af borgerens forløb. Det vil sige, at der ud fra et analytisk perspektiv på dialogisme præsenteres en undersøgelse af, hvordan borgernes relationer internaliseres og gøres til *stemmer*, som aktualiseres i konstruktionen af en sygdomsfortælling. Det er *stemmer*, som borgeren interagerer med for at producere mening og konstruerer identitet i sit sygdoms- og behandlingsforløb. Afhandlingen præsenterer herved en undersøgelse, som sætter fokus på, hvordan borgeres viden og præferencer i forbindelse med et sygdoms- og behandlingsforløb kan betragtes som samkonstruerede diskursive fænomener, som borgeren indholdsudfylder i et kompliceret samspil med multiple *stemmer*.

I kapitel 6 præsenteres afhandlingens anden empiriske undersøgelse. I denne undersøgelse gøres dialog til genstand for analyse. Det sker gennem en praksisnær undersøgelse af, hvordan dialog aktualiseres i et Åben Dialog forløb i distriktpsychiatrien i Odsherred Kommune. Helt konkret bliver et multi-aktør-dialog-forløb analyseret, hvor der foruden en række borgere også deltager sagsbehandlere og en jobkonsulent fra Odsherred Kommune, psykologer og en psykiater fra distriktpsychiatrien i Nykøbing Sjælland, en støtte-/kontaktperson og en lærer fra den lokale skole. Ud fra dette multi-aktør-dialog-forløb undersøges det, hvordan der over fire møder skabes et tværfagligt samarbejde med og omkring en familie. Ud fra et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på dialogisme undersøges det, hvordan dialog aktualiseres i dette Åben Dialog forløb, samt hvad aktualiseringen af dialog betyder for konstruktionen af et samarbejde med familien.

Analysen af Åben Dialog forløbet viser, at dialogforståelsen på møderne får vidtrækkende konsekvenser for, hvordan der konstrueres et samarbejde blandt deltagerne, og for hvordan familien

inddrages og anerkendes i forløbet. Analysen viser, at Åben Dialog mødernes aktualisering af dialog bliver konstituerende for en bestemt form for problem- og individorienteret tilgang til samarbejdet i gruppen. Det betyder, at dialog på møderne reduceres til en metode til at ekstrahere løsninger fra de involverede deltagere. Denne problemorienterede tilgang til samarbejde er forbundet med mødernes aktualisering af dialog. På møderne fremstår dialog som et abnormt fænomen, der igennem Åben Dialog tilgangen kan anskues som en ekstraordinær indsats. Det er en ekstraordinær indsats, fordi dialog bliver en slags sidste udvej, da de allerede involverede fagprofessionelle aktører ikke har kunnet hjælpe familien videre i deres respektive praksisser. Det betyder, at mødernes dialogforståelse fremstår som et abnormt fænomen, og som noget deltagerne *gør*, hvilket medfører, at dialogen på møderne bliver løsrevet fra både familiens dagligdag og fra de involverede fagprofessionelles praksisser. Åben Dialog møderne aktualiserer i stedet en dialogforståelse, som bygger på en problemløsningsstilgang, hvor dialog reduceres til en metode til at ekstrahere løsningsforslag fra mødets deltagere. Denne form for tilgang til dialog fraholder således mødedeltagerne fra at udforske familiens problemstillinger og skabe relationelle forbindelser mellem familiens mange udfordringer og de fagprofessionelles egne udfordringer med at behandle og hjælpe familien videre.

Analysen viser, at aktualiseringen af dialog bliver konstituerende for et samarbejde i gruppen. Det er en form for samarbejde, hvor familien inddrages som aktive deltagere og samarbejdspartnere. Analysen peger på, at konsekvenserne ved denne form for inddragelse er en myndiggørelse af familien. Det er en myndiggørelse, som samtidig søger at ansvarliggøre dem ved at lægge op til, at familiemedlemmerne skal bidrage med at finde løsninger på deres egne udfordringer. Analysen viser yderligere, at denne form for myndiggørelse skaber en professionalisering af familiemedlemmerne, idet de bliver hovedansvarlige for at få potentielle løsningsforslag implementeret og til at fungere i deres hverdag. Denne form for inddragelse samt aktualiseringen af dialog på møderne medfører protester fra familien. Det betyder, at familien begynder at producere fortællinger af modmagt for at gøre oprør mod de pseudo-dialogiske diskurser, som de ser dominerer møderne. Det er nogle pseudo-dialogiske diskurser, som gør, at familien oplever, at de fagprofessionelle deltagere ikke tager tilstrækkeligt ansvar eller anerkender deres situation, hvilket betyder, at familien står alene med ansvaret om at løse deres udfordringer og problematikker. Et ansvar, som de ikke mener, de kan magte.

English abstract

The dialogic turn in person-centred healthcare

The thesis is based on a collaborative research project between Region Zealand and Roskilde University involving patients and healthcare professionals in Odsherred municipality in Denmark. The thesis is an ethnographic and practice-oriented study, which seeks to research the “turn to dialogue” in the health care sector. In the “so-called” dialogic turn in health care, in which citizens are involved in decision-making about their care, dialogue not only has become a way of organizing treatment between multiple and different health professionals but has also become central to “newer” holistic, person-centred approaches.

The thesis identifies and studies two different so-called “dialogic turns”. One is the aforementioned turn to dialogue in health care. In this, the turn to dialogue implies that “communication” is configured as dialogue whereby knowledge is co-created collaboratively through person-centred healthcare initiatives in which different social actors articulate multiple knowledge forms in their joint efforts to co-create solutions with patients. The thesis presents an analysis of the literature related to this so-called turn to dialogue in person-centred health care. Through the study of literature describing different person-centred initiatives, the analysis points out that dialogue has become a buzzword with a taken-for-granted positive value. On the basis of the analysis of the literature on person-centred initiatives in the healthcare field, the thesis calls for a more reflexive and critical stand towards the conceptualization and use of “dialogue” in person-centred care. Furthermore, the analysis indicates that the use of the term “dialogue” rather than the broader term “communication” implies specific normative hopes that foreground and promise collaboration and a democratic participatory process in which the patient is viewed as an equal partner in dialogue and an expert in her own life and health. The thesis builds on the reflections from its study of literature on different person-centred initiatives in healthcare, in order to analyse a specific person-centred initiative called Open Dialogue using an analytical strategy based on critical, reflexive form of dialogic communication theory.

The thesis also locates and investigates another and different so-called turn to dialogue. This turn to dialogue is a theoretical movement in social science where a range of theorists seek to further develop Mikhail Bakhtins conceptualization of dialogue known as dialogism. The thesis presents a

detailed study of this turn to dialogue in social sciences. It also positions itself as a contributor to this theoretical movement. The thesis does that by the construction of an analytical strategy and a specific dialogical research methodology which builds on Bakhtins conceptualization of dialogism, and the recent advances in the “turn to dialogue” in the social sciences. By constructing an analytical strategy and a dialogical research methodology that build on critical reflexive theory of dialogic communication and take on “dialogism”, the thesis sets out to study two empirical studies. The aim of these studies is to analyse how dialogue is articulated in person-centred healthcare. And furthermore how particularly patients are construction knowledge and identities in their course of treatments.

The thesis builds on a dialogical theoretical approach and a dialogical research methodology inspired by Bakhtins dialogism, and the thesis is centred around two empirical studies. These studies are as follows:

The first is a narrative analysis that investigates how patients from an addiction centre in Odsherred municipality experience their course of treatment and the communication in their different practices and treatments. Through the construction of narratives, this approach investigates positioning and how patient *voices* are constructed and how researching narratives can become a dialogic endeavour revolving around thinking *with* instead of *about* the stories.

The second study focuses on a specific person-centred healthcare initiative based on a “newer” dialogic approach towards treatment and network meetings called Open Dialogue. In this study, the thesis follows a family in the community psychiatry centre in Odsherred municipality. Through Open Dialogue, the family seeks help from a wide variety of different social and healthcare professionals, who are already involved in the treatment of the family’s different social and healthcare issues. The study follows the family through a range of Open Dialogue meetings. Open Dialogue is a therapeutic dialogical setting inviting the patient and relatives and the network of the health professionals to collaborate on the further coordination of treatment. Telling stories is central to Open Dialogue. The analysis presented in the thesis explores how these stories become a dialogical phenomenon and how they can be seen as a performance in context. In this study, the thesis examines how the family members and the healthcare professionals co-construct knowledge

and expertise and how aspects of user-involvement are articulated in these complex multi-actor dialogues.