

**Bare skør-normal**

en analyse af en brugerstøttepraksis i psykiatrien

Hansson, Birgitte

*Publication date:*  
2015

*Document Version*  
Tidlig version også kaldet pre-print

*Citation for published version (APA):*  
Hansson, B. (2015). *Bare skør-normal: en analyse af en brugerstøttepraksis i psykiatrien*. Roskilde Universitet.

**General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

**Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact [rucforsk@kb.dk](mailto:rucforsk@kb.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Birgitte Hansson

# Bare skør-normal

En analyse af en brugerstøttepraksis  
i psykiatrien

Ph.d.-afhandling  
Forskerskolen i Livslang Læring  
Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning  
Roskilde Universitet  
Marts 2015

Birgitte Hansson

*Bare skør-normal. En analyse af en brugerstøttet praksis i psykiatrien*

En udgivelse i serien *Afhandlinger fra Forskerskolen i Livslang Læring*, Roskilde Universitet

1. udgave 2015 Forskerskolen i Livslang Læring

© Forskerskolen i Livslang Læring og forfatteren

Omslag: Vibeke Lihn

Sats: Forfatteren

Tryk: Kopicentralen, RUC

Forhandles hos Academic Books på RUC/Samfundslitteratur

E-mail: [ruc@academicbooks.dk](mailto:ruc@academicbooks.dk)

ISBN: 978-87-91387-80-7

Udgivet af:

Forskerskolen i Livslang Læring

Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning

Roskilde Universitet

Bygning 30C.2, Postboks 260

4000 Roskilde

E-mail: [forskerskolen@ruc.dk](mailto:forskerskolen@ruc.dk)

[www.ruc.dk/forskning/phd-uddannelse/phd-skoler-og-](http://www.ruc.dk/forskning/phd-uddannelse/phd-skoler-og-forskeruddannelsesprogrammer/phd-skolen-for-livslang-laering-og-hverdagslivets-socialpsykologi/)

[forskeruddannelsesprogrammer/phd-skolen-for-livslang-laering-og-hverdagslivets-socialpsykologi/](http://www.ruc.dk/forskning/phd-uddannelse/phd-skoler-og-forskeruddannelsesprogrammer/phd-skolen-for-livslang-laering-og-hverdagslivets-socialpsykologi/)

Alle rettigheder forbeholdes.

Kopiering fra denne bog må kun finde sted på institutioner, der har indgået aftale med COPY-DAN, og kun inden for de i aftalen nævnte rammer.

Undtaget herfra er korte uddrag til anmeldelse.

## Forskerskolens forord

Det er med glæde vi her præsenterer Birgitte Hanssons ph.d.-afhandling, som er et kritisk og usædvanligt vidensbidrag om menneskers udvikling når de er på vej ind og ud af psykiatrien. Afhandlingen drejer sig om hvordan mennesker, diagnosticeret med psykiske lidelser, oplever læring støttet af samtaler med andre mennesker med lignende erfaringer, og hvilke potentialer der er heri for det at komme sig. Teoretisk undersøger afhandlingen hvordan disse læreprocesser har med sprog, livshistorie og førsproglig sansning at gøre.

Afhandlingens rødder er solidt plantet i praksis og deltagerperspektiver, hos brugere af psykiatri, og samtidig forfølger afhandlingen en interesse for at forstå psykiatri brugeres erfaring af deres liv og deres diagnose ud fra socialisations- og læringsteori. Hermed bryder afhandlingen med psykiatriske sygdomsbegreber og kategoriseringer, både teoretisk og i fortællingerne om psykiatri brugernes hverdagsliv og erfaringsdannelse. Psykiatribrugernes perspektiver og erfaringer ses ikke som "lidelser" men som dele af subjektive læreprocesser i relation til betingelserne for subjektiv udfoldelse i hverdagslivet.

Ph.d.projektet blev et selvstændigt forskningsprojekt på baggrund af erfaringer fra et udviklingsprojekt, hvori Birgitte Hansson skulle skabe et netværk af brugere af psykiatrien og bidrage til uddannelse, læring og erfaringsbearbejdning, med henblik på at "brugerstøtterne" kunne gå ud og virke som støtte for andre brugere af psykiatri. Her valgte Birgitte Hansson at skabe et udviklingsværksted ud fra aktionsforskningsmæssige principper, hvori deltagerne var medundervisere, horisonten for arbejdet utopisk, og hvori målet var almengørelse af individers erfaringer og forståelser. Ud fra dette arbejde blev Birgitte Hanssons undren og forskningsspørgsmål til. Der udfoldede sig helt anderledes forståelser af det at være bruger af psykiatrien, end det som repræsenteres i de psykiatriske institutioner.

I afhandlingen viser Birgitte Hansson i procesanalysen af brugerstøtte uddannelse, at der opstår et ligeværdigt læringsrum hvori deltagerne er hinandens læringsbetingelser. Smerte, håb, og frygten for at overtage ansvaret for andre menneskers liv, træder frem, samtidig med oplevelsen af en form for "empowerment" igennem almengørelsen af deltagernes erfaringer og ressourcer. Diagnosticering mister helt betydning i erfaringsrummet. Nye symboliseringer træder således frem på striben og viser værdien i at rekonstruere sproget

meget bevidst omkring det at kunne støtte, hjælpe, vise vej, og skabe læring sammen med andre, også som bruger af psykiatri.

Det er herudfra at forståelsen af at være ”skør-normal”, afhandlingens titel, træder frem, som en symbolisering af de modsatrettede erfaringer, hvori både psykiatrisk kategorisering og hverdagslivet optræder som sammenflettede, og meget forskellige orienteringer.

Der er tale om et godt akademisk arbejde, som behandler sit emne på en selvstændig og ambitiøs måde. Den anvendte teoretiske tilgang til analyse med fokus på livshistorisk socialisation, subjektivitet og læring i interaktioner imellem mennesker med psykiske lidelser, er original. Afhandlingen repræsenterer to spændende livsfortællinger igennem dybdehermeneutiske analyser af to psykiatribrugere, som anskueliggør hvordan subjektiv erfaringsdannelse udfolder sig i relation til særlige socialisationsbetingelser. Livshistorisk er de to fortællinger unikke, og ret forskellige, også i deres samspil med brugerstøtterne. Den ene patient Jess, er en passiv og vanskelig patient, set med psykiatriens blik, men fremstår som et vredt krigstraumatiseret menneske med paradoksale erfaringer der blokerer for udvikling, set i afhandlingens analytiske kontekst. Den anden patient, Mette, fremstår som hjælpeløs, men samtidig socialt tilpasningsdygtige patient, set med psykiatriens blik, men som nedværdiget og dog fuld af håb, og er i gang med at danne erfaring om sin oplevelse af fremmedgjorthed, set i afhandlingens analytiske kontekst. I begge analyser fremstår det at integrere og gen-erfare sanselige oplevelser, som forstyrrer, at være et væsentligt indhold i patienternes samarbejde med brugerstøtterne. I begge cases indgår brugerstøtterne også som objekter for projektive identifikationsprocesser, der giver brugerne nye socialisationsbetingelser, som åbner op for anderledes erfaringsdannelser.

Afhandlingens teoriunivers er kritisk teoretisk, med en ontologisk antagelse om sammenhængen mellem kultur og biologi, samt en forståelse af subjektets tilblivelse igennem intersubjektive interaktioner. Birgitte Hansson vælger på spændende vis at benytte Alfred Lorenzers socialisationsteori som ser psykisk lidelse som en socialisationsmæssig sprogbeskadigelse, hvori frustrationer i subjektets relationer til betydningsfulde andre skaber integreret læring såvel som blokerer for læring. Denne usædvanlige sygdoms forståelse, inspirerer Birgitte Hansson til meget konstruktivt at lægge fokus på erfaringsdannelse, læring og livshistorie, snarere end på ”recovery”, som her bliver set på som en løsrivelse af individet fra sin kontekst, og som et institutionelt begreb.

Birgitte Hansson henter sin inspiration i Frankfurterskolen og i Institut for psykologi og uddannelsesforskning på RUC, men også fra nye strømninger i England der arbejder udfra psycho-sociale tilgange. Forståelserne er for-

skellige, men bevæger sig indenfor en bred ramme, hvori samfund og subjekt ses som forbundne i et dynamisk og ikke deterministisk forhold, udfra psykoanalytiske, livshistorieteoretiske og hverdagslivsteoretiske, såvel som sociologiske inspirationer.

### **Nye veje i forskning for og om mennesker med ”psykiske lidelser”**

Målet for afhandlingen har været at give et anderledes vidensbidrag om en af de helt nye praksisformer der tages i anvendelse i psykiatrien i Danmark, brugerstøtter, som er et led i den politiske omstilling til en ”brugerorienteret” psykiatri. Birgitte Hansson undersøger således en bestemt brugerorienteret praksis i system regi, og det diskuteres i relation til det psykiatriske sundhedsvæsens måde at skabe betydningssystemer for og med patienterne.

Inddragelse er en vigtig politisk målsætning for psykiatrien og den psykosociale rehabilitering. Regeringens psykiatriudvalg pegede i 2013 på, at en af de væsentlige udfordringer i indsatsen for mennesker med psykisk lidelse er ”begrænset inddragelse af borger og pårørende som ressource i borgerens forløb” og formulerede følgende: ”Det er vigtigt, at værdier som selvbestemmelse, inddragelse, recovery og inklusion udgør en væsentlig del af grundlaget for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser”.

Centralt for den politiske målsætning er en ændret tilgang til borgere og pårørende i psykiatrien, der gør forestillingen om recovery til omdrejningspunkt og peger i retning af en særlig (ny)orientering af psykiatrien. Denne afhandling baserer sig ikke på recovery begreber, men kritiserer recovery-orientering og recovery-begreber som individorienterede. Birgitte Hansson bidrager dog til forskning i ”det at komme sig”, og giver recovery nye betydninger igennem at vise de muligheder for erfaringsdannelse, der udfolder sig i de kollektive sociale kontekster med brugerstøttepraksis.

Samlet set er udfordringen for forskning på dette felt at etablere forskning og viden om, hvordan mennesker med psykiske lidelser, brugere af psykiatrien, og deres pårørendes erfaringer og viden kan udvide vores forståelser for bedringsprocesser, ressourcer, læring og det at inddrages i behandlingsforløb og recovery-processer og i samfundet i øvrigt. Der er særligt underskud af forskning, der bygger på brugeres og pårørendes viden, om brugernes hverdagsliv, erfaringsdannelse, læring og ressourcer, og det at leve med en psykiatrisk diagnose. Subjektdreven kvalitative vidensformer har hidtil været meget undervurderede og brugere af psykiatrien er oftest i forskning forstået på baggrund af det psykiatriske sygdomsbegreb. I denne afhandling vender Birgitte Hansson blikket andre steder hen og arbejder analytisk dydbørende

udfra psykiatri brugernes oplevelser og med et humanistisk videnskabeligt afsæt, der ser individet i sin kontekst, og på baggrund af en livshistorie.

### **Forskeruddannelse og vidensproduktion**

Når en ph.d.-afhandling efter flere år ligger færdig som tekst, fokuserer omverdenen mest på det videnstilskud der bringes, på den forskningsmæssige og uomtvistelig politiske betydning af en afhandling som denne. Afhandlingen kommer i dialog med både det felt den beskæftiger sig med og med andre udviklings- og forskningsarbejder, og vil blive taget som afsæt for nye projekter og blive inddraget som diskussions indspil. Imidlertid er en phd.-afhandling også udtryk for en gennemført forskeruddannelse og en personlig-faglig udviklingsproces, som ikke kun, men især har afhandlingen som resultat. Et længerevarende fagligt engagement og en uddannelse er afsluttet.

Ph.d.-afhandlingen bliver svendestykket som viser at forfatteren har gennemført et selvstændigt forskningsarbejde under vejledning. En forskeruddannelse ved Forskerskolen i Livslang Læring indebærer at den forskerstuderende har indskrevet sig i pædagogisk forskning, og som i denne afhandling forbinder dette sig til sundhedsforskning og forskning i brugerinddragelse og patientliv, som er forskningstemaer der får større betydning netop disse år. Det er en del af forskerskolens målsætning at skabe et miljø for forskeruddannelse også for erfarne professionelle, som forsker i emner indenfor livslang læring og sundhedsfremme. Nærværende afhandling er et godt eksempel på inddragelse af en sådan erfaren professionel i forskeruddannelse, og på hvordan det kan bidrage til praksisfelter og til de professionelles arbejde og uddannelse, foruden at bidrage til forskning og teoretiske vidensfelter.

Afhandlingen er også et godt eksempel på betydningen af inddragelse af en erfaren specialist med praksiserfaring og praksisengagement i forskning ved Center for Sundhedsfremmeforskning, som Birgitte Hansson har været tilknyttet siden 2011. Det har givet særlige vinkler og ny viden til gavn for videre forskning i livet som patient, i recovery processer, men også til forståelsen af forandringsprocesser i retning af en mere brugerreven psykiatri og udbredelse af psykiatrisk diagnosticering, som er væsentlige forskningsinteresser ved CSUF. Sammen med flere andre ph.d. projekter i den samme tidsperiode, har projektet vist hvor uundværlig de forskerstuderendes arbejde er for at udvikle sundhedsfremme som et nyt kritisk tværfagligt forskningsområde, der tager afsæt i både praksisdrevne og teoridrevne spørgsmål.

Forskerskolen i Livslang Læring blev etableret i 1999 med støtte fra Forskerakademiet. Den byggede videre på det forskeruddannelsesprogram indenfor uddannelsesforskning som var igangsat allerede i begyndelsen af 90'erne. Siden forskeruddannelsen ved det daværende Institut for Uddannelsesforskning, nuværende Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, blev etableret er der mere end 90 der har erhvervet ph.d.-graden. Der er nu ca. 85 indskrevne studerende, og Forskerskolen optager hvert år omkring 15 nye ph.d.-studerende.

Forskerskolen trækker på teoretiske og metodiske inspirationer fra andre humanistiske og samfundsvidenskabelige forskningstraditioner. Den søger at tematisere nogle af de sammenhænge som disciplinopdelt videnskab og praktisk bestemt professionsviden traditionelt afskærer. Af fokuseringen på læring som en subjektiv proces, der indgår i nær sammenhæng med objektive samfundsmæssige og kulturelle sammenhænge, følger en række forskningsmæssige problemstillinger, som vedrører både læringsarenaer, de lærende og selve forståelsen af hvad læring, viden og kompetence er. Forskning i Livslang læring omfatter derfor en emnemæssig mangfoldighed og har en lige så mangfoldig praktisk perspektivering af forskningen. Ph.d.-afhandlingerne har ofte emner, der ikke umiddelbart ligner noget pædagogisk, men som bliver skrevet ind i det nye forskningsområde, som endnu kun vagt lader sig aftegne. Det kræver ofte teoretisk og metodemæssig innovation. Det er samtidig bestræbelsen i forskeruddannelsen at trække forbindelsen til eksisterende forskningstraditioner og paradigmer både i pædagogisk forskning og en række tilgrænsende discipliner. Metodologisk er der en række gennemprøvede, fortolkningsbaserede empiriske metoder, som kan udnyttes, og bliver udnyttet, men hvert projekt rummer sine valg og tilpasninger.

Forskeruddannelsen er en international uddannelse, som løbende har fremtrædende internationale gæsteprofessorer og en jævn strøm af udenlandske gæstestuderende, ligesom både studerende og vejledere deltager meget intensivt i internationale forskningsnetværk. Der er etableret samarbejdsaftaler med en række toneangivende forskningsmiljøer ved universiteter over hele verden.





# Indhold

|                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Forord.....                                                                                  | 15 |
| Prolog .....                                                                                 | 17 |
| 1. Brugerstøtte i psykiatrien – en anderledes tilgang til personer med psykisk lidelse ..... | 19 |
| Indledning .....                                                                             | 19 |
| Et liv med psykisk lidelse – ulighed i sundhed og velfærd.....                               | 20 |
| At blive diagnosticeret med en psykisk sygdom .....                                          | 22 |
| At blive indlagt - rammer for betydningsdannelse .....                                       | 26 |
| Psykisk lidelse – brud i livsforløb.....                                                     | 27 |
| Forskellige erfaringshorisonter .....                                                        | 28 |
| Forskningsspørgsmål.....                                                                     | 30 |
| Indledende etiske overvejelser samt formelle og praktiske oplysninger                        | 30 |
| Afhandlingens struktur .....                                                                 | 31 |
| 2. Forskning på området.....                                                                 | 32 |
| Brugerstøtte - et internationalt perspektiv .....                                            | 32 |
| Brugerstøtte - kvantitative fund.....                                                        | 33 |
| Brugerstøtte – kvalitative fund .....                                                        | 34 |
| Social støtte en hovedingrediens .....                                                       | 35 |
| Den erfaringsbaserede viden er unik .....                                                    | 35 |
| Brugerstøtter som rollemodeller.....                                                         | 36 |
| Brugerstøtte reducerer stigmatisering.....                                                   | 37 |
| Brugerstøttefunktionen fremmer egen udvikling .....                                          | 38 |
| Udfordringer og barrierer .....                                                              | 39 |
| Perspektiv på forskningen .....                                                              | 41 |
| Forskning i Norden - brugerstøtte i det psykiatriske felt .....                              | 42 |
| 3. Fra recovery til læring .....                                                             | 43 |
| Recovery – indsats eller resultat .....                                                      | 44 |
| Recovery – en proces .....                                                                   | 45 |
| Recovery som læreprocesser .....                                                             | 46 |
| 4. Et historisk perspektiv på brugerstøtte.....                                              | 47 |
| Brugerstøtte et bredt begreb .....                                                           | 50 |
| Brugerstøtte i denne afhandling.....                                                         | 52 |
| 5. Brugerstøtte som brugerinddragelse.....                                                   | 53 |
| Brugerinddragelse – aktuelt i sundhedsvæsenet.....                                           | 53 |
| Brugerinddragelse – forskellige interesser.....                                              | 54 |
| Perspektiver på brugerinddragelse og brugerstøttepraksis.....                                | 56 |

|                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Brugerstøtte i et velfærdsstatsligt perspektiv .....                                             | 56  |
| Brugerstøtte i et liberalistisk perspektiv .....                                                 | 57  |
| Demokratiske – emancipatoriske interesser .....                                                  | 58  |
| Brugerstøttepraksissen .....                                                                     | 60  |
| 6. Fra udviklingsprojekt til Ph.d. afhandling .....                                              | 61  |
| Mange interessenter .....                                                                        | 61  |
| Flere interesser på spil .....                                                                   | 62  |
| Universitetets perspektiv .....                                                                  | 62  |
| Regionernes interesser .....                                                                     | 64  |
| Når forsker og udviklingsleder er samme person .....                                             | 65  |
| Viden som kontekstbunden eller almen .....                                                       | 68  |
| Forskellige refleksions niveauer .....                                                           | 69  |
| 7. Det psykiatriske system .....                                                                 | 70  |
| Kvalitet i psykiatrien .....                                                                     | 73  |
| Vejen igennem systemet - at blive indlagt .....                                                  | 74  |
| Beskrivelse af de tre afdelinger .....                                                           | 75  |
| Samarbejdet med afdelingerne .....                                                               | 77  |
| 8. Afhandlingens erkendelsesmæssige fundament og den teoretiske ramme<br>for undersøgelsen ..... | 78  |
| Kritisk teori .....                                                                              | 79  |
| 9. Den materialistiske socialisationsteori .....                                                 | 81  |
| Introduktion til Alfred Lorenzer .....                                                           | 81  |
| Den materialistiske socialisationsteori .....                                                    | 82  |
| Interaktionsformer .....                                                                         | 83  |
| Specifikke interaktionsformer og det sceniske indhold .....                                      | 84  |
| Det sanseligt symbolske .....                                                                    | 85  |
| Specifikke erfaringsrum og hverdagserfaringen .....                                              | 87  |
| Sproget som betydningssystem – symbolske interaktionsformer .....                                | 88  |
| Oplevelser og erfaringer med interaktion .....                                                   | 89  |
| 10. Psykisk lidelse .....                                                                        | 91  |
| Indledning til psykisk lidelse som sprogbeskadigelse .....                                       | 91  |
| Psykisk lidelse som sprogbeskadigelse .....                                                      | 92  |
| Sprogbeskadigelse og socialisation .....                                                         | 96  |
| Sprogspil .....                                                                                  | 96  |
| 11. Hverdagsbevidsthed .....                                                                     | 97  |
| 12. Erfaringsdannelse som læreprocesser .....                                                    | 99  |
| Den eksemplariske læring og sociologisk fantasi .....                                            | 100 |
| De umiddelbare og middelbare erfaringer .....                                                    | 101 |
| Tid og magtforhold .....                                                                         | 103 |

|                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------|-----|
| 13. Analyseledende begreber.....                              | 103 |
| 14. Empiri .....                                              | 107 |
| 15. Metodologi .....                                          | 108 |
| Interview med en narrativ livshistorisk tilgang .....         | 109 |
| Gruppediskussion .....                                        | 112 |
| Dybdehermeneutisk analyse og tolkning af empirien .....       | 112 |
| Den dybdehermeneutiske tolkningspraksis .....                 | 114 |
| 16. Brugerstøtte projektet.....                               | 118 |
| Design af brugerstøtteprojektet.....                          | 118 |
| Rekruttering af personer til projektet .....                  | 119 |
| Inspiration til brugerstøttepraksissen.....                   | 122 |
| Læringsrummet – udgangspunkt i hverdagslivserfaringerne ..... | 125 |
| Fokus på modsigelsesfyldte erfaringer.....                    | 126 |
| Synliggøre dybere sammenhænge.....                            | 127 |
| Erfaringsudvekslingsmøder.....                                | 127 |
| Projektets rammer: imellem utopi og realitet .....            | 128 |
| Et samarbejdsprojekt med personalet?.....                     | 129 |
| Afdelingssygeplejerskerne som gatekeepers .....               | 130 |
| Kultur i pleje og omsorgsarbejdet .....                       | 132 |
| Valget af Mette og Jess.....                                  | 134 |
| 17. Præsentation af Jess .....                                | 136 |
| 17.1 Interaktion med det psykiatriske personale .....         | 138 |
| Fortællingen om mobningen.....                                | 138 |
| Historien gentager sig.....                                   | 140 |
| At anvende psykiatriens sprog.....                            | 143 |
| At tage den biomedicinske forståelse til sig.....             | 144 |
| Når sygdomsforståelser kolliderer.....                        | 147 |
| 17.2 Interaktionen med familie/venner .....                   | 149 |
| Nye behov .....                                               | 150 |
| Brud på hverdagslivet og social deroute.....                  | 152 |
| 17.3 Interaktionen med Mia.....                               | 153 |
| Mia - en at læsse lortet af på.....                           | 153 |
| Genkendelse – den sanselige erfaring.....                     | 155 |
| Håbet i sig selv.....                                         | 157 |
| Sammenfatning og erfaringsfelter .....                        | 158 |
| 18. Præsentation af Mette.....                                | 161 |
| 18.1 Interaktionen med det psykiatriske personale .....       | 162 |
| At flygte fra sin krop - en spaltet praksis .....             | 162 |
| Små grønne mænd .....                                         | 163 |

|                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Patientgørelse – et skred i ligeværdigheden .....                                             | 164 |
| At komme i patientrollen så det basker.....                                                   | 166 |
| At være på sit mest ydmyge og sårbare sted .....                                              | 168 |
| Personalet må beskytte sig.....                                                               | 170 |
| Et umenneskeligt sted – men bange for at komme hjem.....                                      | 171 |
| 18.2 Interaktionen med arbejdskolleger, familie og venner .....                               | 172 |
| Moderne at være langtidssygemeldt .....                                                       | 172 |
| Beskytte sin familie – at have brug for at snakke med nogen.....                              | 174 |
| Skal vi lave pandekager – at være noget for andre .....                                       | 175 |
| 18.3 Interaktionerne med Ann .....                                                            | 176 |
| Udgangspunkt i mit liv – det er en aftale .....                                               | 176 |
| At vide noget - at prøve det på egen krop .....                                               | 178 |
| At være hudløs ærlig .....                                                                    | 179 |
| At tage rummet til sig .....                                                                  | 180 |
| Det er den der tryghed – bange for fremtiden.....                                             | 181 |
| At have en medspiller.....                                                                    | 182 |
| Fra at være fremmedgjort til at blive normaliseret .....                                      | 184 |
| Noget om håb.....                                                                             | 185 |
| Sammenfatning og erfaringsfelter .....                                                        | 186 |
| 19. Brugerstøtterne .....                                                                     | 190 |
| En gruppe af ligestillede – ligeværdige dialoger.....                                         | 190 |
| Fællesskabsfølelse – kollektive erfaringer må udfordres .....                                 | 191 |
| Det gjorde smadder ondt – psykisk krævende læreprocesser.....                                 | 193 |
| Vi har været hinandens peer-supportere – oplevelse af ressourcer .....                        | 195 |
| Nerve til at snakke med patienterne – nye interaktioner.....                                  | 196 |
| Drømme og visioner giver håb – håb er utopiske forestillinger.....                            | 198 |
| Hvordan kan du få fat i personalet – interaktionsproblemer .....                              | 199 |
| En ressourceorienteret tilgang.....                                                           | 201 |
| Dynamiske relationer.....                                                                     | 203 |
| Vi, de betroede – ansvar og frygt for forkastelse.....                                        | 204 |
| Vi kan ikke gå ind og tage ansvar – erfaringer er ikke identiske.....                         | 205 |
| Det handler om mennesker ikke diagnoser – nye perspektiver .....                              | 207 |
| Bare skør-normal – nye betydningsdannelser .....                                              | 210 |
| En erfaring omkring livet – lidelse som erfaringsdannelsesprocesser.....                      | 211 |
| Det er en del af mig – at håndtere lidelsen .....                                             | 212 |
| Næste uge så er det overstået, så er jeg rask igen – en illusion.....                         | 215 |
| Opsamling og erfaringsfelter.....                                                             | 216 |
| 20. Autoethnography and Psychodynamics in Interrelational Spaces of the Research Process..... | 221 |

|                                                                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Abstract .....                                                                                                   | 222 |
| Background.....                                                                                                  | 223 |
| Research Framework.....                                                                                          | 224 |
| Psycho-Societal Strand.....                                                                                      | 224 |
| Autoethnography Strand .....                                                                                     | 225 |
| The Research Process.....                                                                                        | 226 |
| My First Impressions of Mary .....                                                                               | 227 |
| Discomfort: A Key to Understanding the Latent Meaning? .....                                                     | 228 |
| Researcher, Text, and Context.....                                                                               | 229 |
| My First Meeting With Mary Revisited .....                                                                       | 230 |
| Analysis of the First Meeting With Mary .....                                                                    | 232 |
| Interpretation of the Interpretation Process .....                                                               | 234 |
| Conclusion .....                                                                                                 | 236 |
| 21. Diskussion af erfaringsfelter fra den psykiatriske kontekst .....                                            | 238 |
| Sprogfællesskab og erfaringsdannelse.....                                                                        | 238 |
| Fordomme og erfaringsdannelse.....                                                                               | 241 |
| Personalets sygdomsforståelser .....                                                                             | 244 |
| Den ansvarliggjorte psykiatriske patient.....                                                                    | 247 |
| Styring af den psykiatriske praksis.....                                                                         | 249 |
| Afrunding.....                                                                                                   | 252 |
| 22. Diskussion af erfaringsfelter fra brugerstøttepraksissen .....                                               | 252 |
| Ideen med brugerstøttepraksissen.....                                                                            | 252 |
| Er brugerstøtternes opgave at skabe frigørende og myndiggørende<br>erfaringsdannelsesprocesser?.....             | 253 |
| Hvilke læreprocesser bliver mulige? .....                                                                        | 254 |
| Brugerstøtternes erfaringsdannelsesprocesser - skal der være plads til<br>mange forståelser og interesser? ..... | 255 |
| Hvem skal tilbydes besøg?.....                                                                                   | 257 |
| Krav til kontinuerlige erfaringsdannelsesprocesser .....                                                         | 257 |
| Fantasi og politisk praksis.....                                                                                 | 259 |
| 23. Konklusion og perspektivering.....                                                                           | 260 |
| Afhandlingens perspektiver, særlige pointer og bidrag til forskningen<br>med brugerstøttepraksis.....            | 260 |
| Læringsperspektiver i den psykiatriske praksis.....                                                              | 263 |
| Læringsperspektiver i brugerstøttepraksissen set i forhold til<br>patienternes læreprocesser.....                | 269 |
| Læringsperspektiver i brugerstøttepraksissen – set i forhold til<br>brugerstøtternes læreprocesser .....         | 273 |
| Brugerstøtte, en anderledes og supplerende praksis? .....                                                        | 281 |

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| Resume af afhandlingen..... | 284 |
| Summary .....               | 289 |
| Referencer.....             | 294 |

## Forord

Der er mange mennesker, der på forskellige måder har bidraget til denne afhandling og som jeg gerne vil takke. De første jeg skal takke, er de brugerstøtter og patienter, som har deltaget i dette projekt. Det er deres erfaringer, forståelser, tanker, ideer og visioner, som denne afhandling handler om.

Tak til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som har støttet projektet økonomisk i forhold til den praktiske del med brugerstøttepraksissen. Tak til Psykiatriledelsen i Region Sjælland, som har støttet mit studie økonomisk. Tak til Erik Simonsen, som har fulgt projektet fra sidelinjen. Tak til Søren Blinkenberg, som i de første år støttede mig med projektet og bidrog med gode indspark og gode diskussioner. Mange tak til ledelsen i Distrikt Syd, Region Sjælland, og til de tre afdelingssygeplejersker og personalet på de tre afdelinger, som medvirkede i projektet. Uden jeres velvilje havde projektet ikke været muligt. Tak til de mange forskningskollegaer i forskningsenheden, Region Sjælland, som jeg har haft mange gode diskussioner og sjov sammen med. Tak til Professionshøjskolen Metropol, hvor jeg fik orlov fra min stilling som lektor, og som gav mig lidt tid til at gøre min afhandling færdig.

Tak til Forskerskolen i Livslang læring, som har udgjort en vigtig platform i mit Ph.d. arbejde. En særlig og speciel tak til min vejleder Betina Dybbroe. Tak for dit store engagement i projektet og for at have ydet en stor og konstruktiv indsat gennem hele forløbet. Tak til kollegaer ved Center for Sundhedsfremme og Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning for et spændende forskningsmiljø og et godt kollegialt fællesskab. En rigtig stor tak til ph.d. kollegaer for spændende diskussioner og god feedback og socialt samvær. Tak til Heidi Lene Andersen og Charlotte Bech Lau for gode faglige diskussioner, støtte og opmuntringer. Tak til Agnes Ringer som har været både fagligt inspirerende og en sjov roommate at være sammen med gennem hele processen. Tak til Thomas Bille og Dion Hansen fra seminaret i Dubrovnik og vores private ”To-mod-En” seminarer med faglig inspiration, masser af alvorlig snak, sjov, grin og social hygge.

En kæmpe tak til Trine Lacoppidan Kæstel, som tålmodigt har hjulpet mig med litteratur og referencer. En kæmpe tak til Rikke Lunde Madsen for at have foretaget det store arbejde med at læse korrektur på afhandlingen.



Tusind tak til hele familien og alle venner for støtte til mit studie og en kæmpe tak for jeres tålmodighed med mig gennem årene. Endelig og vigtigst; tak til min mand Bent Andresen, som gennem hele forløbet har fulgt interesseret med fra sidelinjen og som altid har været der for mig og været en uvurderlig ressource, støtte og hjælp, når der var behov herfor.

## Prolog

Solen stod højt på himlen den forårsdag i 2010, da jeg første gang mødte de 15 mennesker, som skulle medvirke i projektet. Femten mennesker med erfaring med psykisk lidelse - og som havde meldt sig til at være støttepersoner for andre mennesker, som aktuelt var blevet indlagt på en psykiatrisk afdeling.

Den første dag sammen med brugerstøtterne var helt fantastisk. Vi fulgte ad på vej ud af den grønne park. Solen skinnede smukt og alle gik og småsnakkede og grinede. Der var skabt en fantastisk god stemning på trods af de tunge historier. Jeg kiggede rundt. Jeg tænkte: Tænk sig – her går jeg sammen med en flok splitter ravende gale mennesker, som har været fastspændt og været indespærret på lukkede afdelinger af flere omgange. Her skulle man være bange, tænkte jeg, men jeg kunne kun få øje på almindelige mennesker. Almindelige mennesker, som dog havde haft en hård og angstfyldt opvækst og/eller flere traumatiske oplevelser senere i livet. Der var tale om mennesker med en socialisering til en verden, hvor de ofte ikke blev mødt med forståelse og anerkendelse (Felt note).

I møderne med brugerstøtterne fik jeg øjnene op for andre måder at forstå psykisk lidelse på. Jeg fik rettet blikket på det enkelte menneske og det levede liv set i forhold til den enkelte persons livssituation.

Lauveng, som selv har erfaret psykisk lidelse, udtrykker det på denne måde:

Vi var på en måde berøvet en del af vores almindelige sprog og havde erstattet det med noget andet. Og ”noget andet” var ofte symptomer. En måde at forstå symptomer på kan være at betragte dem som svar på den livssituation, personen lever i her og nu, i overensstemmelse med, hvad han eller hun har lært virker og ikke virker i situationen. På den måde bliver symptomerne også et sprog, men i denne sammenhæng er det et sprogligt udtryk, som først og fremmest har til formål at udtrykke et behov eller ønske, personen har, og symptomet bliver en måde at forsøge at få dækket disse behov på. Det er meget ensomt og meget uhyggeligt, når ens ord mister deres indhold og bliver et symptom (Lauveng, 2009, p. 42,75).

Brugerstøtternes erfaringer - og dette citat - udtrykker meget fint den tilgang til psykisk lidelse som langsomt, men sikkert voksede frem, og som danner udgangspunkt for denne afhandling. Psykisk lidelse betragter jeg nu som interaktionsforstyrrelser med sprogbeskadigelse til følge og som forbundet med den enkeltes livshistoriske erfaringer, som samtidig er samfundsmæssige erfaringer med interaktion.

Med til historien hører også, at i de 2½ år, hvor brugerstøtterne og jeg var sammen, var en tid med megen morskab, glæde, godt humør, accept, anerkendelser, forståelser og refleksioner med mindre og større erfaringsdannelsesprocesser. Men det var også nogle år med gråd, smerte, forvirring, frustration, oplevelse med misforståelser og svigt samt vrede.

Bag denne afhandling er der mennesker som har engageret sig 100 % og brugt en del af deres liv på dette projekt. Og det er mennesker, der har en mening om og holdning til sundheds- og socialvæsenets tilbud og tilgange til mennesker med psykiske lidelser. Det er mennesker, der har håb, drømme og visioner om anderledes og alternative tilgange til mennesker med psykisk lidelse.

# 1. Brugerstøtte i psykiatrien – en anderledes tilgang til personer med psykisk lidelse

## Indledning

I min Ph.d. afhandling har jeg fokus på ideen om og praksissen med anvendelse af brugerstøtte i psykiatrien. Begrebet brugerstøtte er baseret på tanken om, at mennesker som har oplevet og gennemlevet en psykisk lidelse, kan tilbyde brugbar støtte, mod, håb og mentoring til andre, som er i en lignende situation (Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006). Brugerstøtte bliver også defineret i forhold til det faktum, at folk der har lignende erfaringer bedre kan forholde sig til disse vanskeligheder. De har ”været der”, som Mead og McNeil skriver, og de kan derved tilbyde mere autentisk empati og troværdighed end f.eks. de professionelle (MacNeil & Mead, 2003). I denne afhandling, er den grundlæggende tanke med brugerstøtte, at en brugerstøtte har andre erfaringer og kan tilbyde andre perspektiver end de professionelle.

Bruger (user) eller forbruger (consumer) er diskurser, der lyder som neutrale begreber, men det er en betegnelse for personer, der bruger eller er forbrugere af serviceydelser. Jeg anvender ordet brugerstøtte vel vidende, at alle borgere er mere eller mindre brugere af vores velfærdssystem og at personer, der har været brugere af det psykiatriske system, ikke nødvendigvis er brugere af dette system længere. Jeg er opmærksom på, at ordet kan opleves som stigmatiserende, men det er ikke min intension. Jeg anvender ordet brugerstøtte, fordi det betegner en funktion, hvor nogle personer anvender deres erfaringer til glæde for andre.

Når en borger bliver syg og indlagt på et hospital, bliver vedkommende benævnt patient. Jeg har valgt at fastholde dette begreb også efter at vedkommende er blevet udskrevet. Valget er truffet af praktiske hensyn, så læseren ved, hvem jeg taler om.

Patienter og brugerstøtter er ikke en homogen gruppe, men en heterogen gruppe af mennesker, som ikke nødvendigvis har meget tilfælles udover, at de har fået stillet en psykiatrisk diagnose. Jeg betragter patienterne og brugerstøtterne som ligeværdige borgere i det danske samfund.

Nogle mennesker søger hjælp i det offentlige og andre det private system. Endelig er der dem, som aldrig har kontakt med systemet og som ikke søger hjælp. I denne afhandling, har jeg fokus på de personer, som er blevet indlagt på en psykiatrisk afdeling.

Antallet af mennesker, som bliver psykisk lidende er stigende. Det vil jeg komme nærmere ind på i næste afsnit.

## **Et liv med psykisk lidelse – ulighed i sundhed og velfærd**

Regeringen har sat fokus på psykisk lidelse, bl.a. fordi der ses en øgning i antallet af personer, der bliver diagnosticeret med psykisk sygdom og fordi der ses en ulighed i sundhed og velfærd hos personer med en psykisk lidelse.

Antallet af mennesker, der bliver diagnosticeret med psykisk sygdom er stigende både i et internationalt og nationalt perspektiv. En rapport fra Danske Regioner angiver, at antallet af patienter, der bliver behandlet i psykiatrien i Danmark, er blevet fordoblet i årene mellem 1999 til 2009. Endvidere anslås det, at hver anden dansk familie på et tidspunkt i deres liv vil komme i kontakt med psykiatrien (Danske Regioner, 2009). I en rapport fra OECD anslås det, at hver femte person i Danmark, som er i den arbejdsdygtige alder, har psykiske problemer (OECD, 2013). Rapporten fra danske regioner viser en markant stigning af psykisk sygdom hos børn og unge (Danske Regioner, 2009). Endelig peger danske regioner på, at mange mennesker går rundt med udiagnosticerede og ubehandlede forstyrrelser (ibid.). I en rapport fra Australien anslås det, at næsten to tredjedele af personer med psykisk lidelse ikke er i kontakt med professionelle, og at de stoler helt på familiens eller selvhjælpsgruppers hjælp (Hinton, 2009). Der er således meget der tyder på, at der har været en reel stigning i antallet af personer med psykisk lidelse, men stigningen i behandlingen skal også ses i sammenhæng med forskningen, som har betydet en mere afgrænset, hurtigere og bedre diagnostik (Madsen, Hvenegaard, & Fredslund, 2011).

Et liv med psykisk lidelse indebærer perioder, hvor personen er væk fra familien, uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet, og hvor den enkelte har brug for omsorg, pleje og behandling. Psykisk lidelse er dermed forbundet med mange samfundsmæssige omkostninger f.eks. udgifter i form af indlæggelser, medicinering, tabt arbejdsfortjeneste og offentlige overførselsindkomster. I rapporten fra OECD skønnes det, at psykiske problemer koster den danske

økonomi næsten 6 mia. euro eller 3,4 procent af BNP årligt i tabt produktivitet, udgifter til sundhedsvæsen og sociale udgifter (OECD, 2013). Men psykisk lidelse er også forbundet med mange menneskelige omkostninger. En analyse fra Rockwool Fondens Forskningsenhed tegner et generelt billede af, at gruppen af personer med psykisk lidelse, er en relativ svag og sårbar gruppe med få ressourcer, og at livet med psykisk lidelse har mange konsekvenser. Analysen peger f.eks. på en ulighed i sammenhængen mellem graden af psykisk sygdom og manglende tilknytning til arbejdsmarkedet. Det viser sig, at over 53 % blandt mænd og 43 % blandt kvinder med en svær psykisk lidelse står helt uden for arbejdsmarkedet, og at størstedelen af disse er på førtidspension. De tilsvarende andele af mænd og kvinder i resten af befolkningen, der står uden for arbejdsmarkedet, er henholdsvis 7 og 9 %. Analysen viser også, at der er en tendens til, at børn, som kommer fra en familie, hvor der er en kombination af lav familieindkomst, ingen erhvervskompetencegivende uddannelse og ingen beskæftigelse hos forældrene, og hvor der samtidig er sociale problemer som skilsmisse og registrering af kriminalitet, har større sandsynlighed for at udvikle en svær psykisk lidelse end børn i den øvrige befolkning. Derudover er personer med psykisk lidelse overrepræsenteret, når det gælder kriminalitet og selvmord, og de rammes oftere af fysiske sygdomme end gennemsnitsdanskere (Greve, Ebsen, Clausen, & Herrup Nielsen, 2012).

Danske regioner har foretaget en registerundersøgelse, hvor det ses, at personer med psykiske lidelser rammes hyppigere af fysiske sygdomme. Registerundersøgelsen er baseret på 5,5 millioner personer og viser, at mennesker med alvorlig psykisk sygdom har langt større risiko for at dø tidligt sammenlignet med den øvrige befolkning. Det gælder alle hovedgrupper af dødsårsager, dvs. ikke blot unaturlige dødsårsager som selvmord og ulykker, men også naturlige dødsårsager som hjertekarsygdomme, kræft og luftvejslidelser. For eksempel har en psykisk syg pige på 25-39 år 10 gange så stor risiko for at dø sammenlignet med en pige i samme aldersgruppe, der ikke er psykisk syg (Danske Regioner, 2009).

I analysen fra Rockwool Fonden gives et eksempel på, at personer mellem 25-34 år, som har en psykisk lidelse, har samme risiko for at dø i et af de kommende år, som en 60-årig i den øvrige befolkning. Dette skyldes ikke den dramatiske højere selvmordsrate, selvom kvinder med svære psykiske lidelser begår selvmord 14 gange så ofte som andre kvinder. Tallet for psykisk syge mænd, er syv gange så højt i forhold til andre mænd (Greve et al., 2012).

Endvidere viser analysen, at personer med svære psykiske lidelser er langt fattigere end resten af befolkningen, at de har et væsentligt lavere uddannelsesniveau og lever langt oftere alene (ibid.). Der er en betydelig forskel i beskæftigelsesstatus for personer med og uden en psykisk lidelse og dermed betydelig forskel i indkomst. Uddannelse er en af vejene til fastholdelse på arbejdsmarkedet, men her viser analysen, at der er markant ulighed. Der har ikke været et uddannelsesløft som i den øvrige del af befolkningen. I analysens nedslagsår er der hele tiden 56-57 % af de psykisk lidende, der ikke har nogen uddannelse ud over folkeskolen. I den øvrige del af befolkningen er det tal faldet fra 32 til 16 % (ibid.).

Psykiatrien har ikke været prioriteret politisk set. Danske regioner peger på, at siden 2002 er der kun set en lille stigning i udgifterne til psykiatrien, mens udgifterne til det somatiske område er steget markant (Danske Regioner, 2009).

Undersøgelserne og analyserne viser, at siden 1980'erne, er gruppen af personer med psykisk lidelse blevet stadig større og mere marginaliseret. De er blandt de økonomisk dårligst stillede og i den laveste indkomstgruppe. Samtidig hersker der en voldsom ulighed i sundhed for personer med psykisk lidelse i forhold til den øvrige befolkning. Psykiske lidelser er forbundet med store menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger.

I det næste afsnit vil jeg indkredse den almindelige forståelse af psykisk lidelse.

## **At blive diagnosticeret med en psykisk sygdom**

Samfundet har delegeret retten til at definere og diagnosticere psykiatriske sygdomme til lægerne. Lægerne stiller diagnoserne ud fra et internationalt klassifikationssystem (ICD-10)<sup>1</sup> over psykiske sygdomme, som klassificerer personens symptomer som tegn på sygdom.

WHO har udarbejdet diagnoselister over de lægevidenskabelige specialer siden siden 1948. I et psykiatrisk perspektiv er formålet med det internationale klassifikationssystem at udbrede anvendelsen af et ensartet klassifikationssystem til at fremme det internationale samarbejde. Klassifikationen betragtes som vigtig for at kunne kortlægge sygdommenes udbredelse og mulige årsags-

---

<sup>1</sup> ICD-10 er et system til klassifikation af sygdomme. ICD er forkortelse for: International Classification of Diseases

forhold. En kortlægning som får betydning for sundhedsplanlægningen og prioritering af behandlingsindsatserne og dermed for de sundhedsøkonomiske analyser. I et psykiatrisk perspektiv er formålet med klassifikationssystemet også at skabe klarhed og gennemskuelighed i anvendelsen af diagnoser som forudsætning for en rationel behandling (Simonsen, 2010a).

For hver enkelt diagnose er der udarbejdet prototypiske beskrivelser, som en slags standard for forskellige psykiske tilstande. Lægen skal så afgøre om patienten "ligner" denne beskrivelse. Derudover er der et vist antal kriterier, som personen skal opfylde for at lægen kan stille diagnosen. For at en person kan få stillet f.eks. diagnosen depression, skal man i mere end 14 dage have haft to af følgende tre kernesymptomer: nedtrykthed, nedsat lyst eller interesse eller nedsat energi eller øget træthed. Endelig skal der foreligge en grundig psykopatologisk beskrivelse, som er patientens oplevelse af sin situation (Simonsen, 2010a). En central kritik i anvendelsen af diagnoserne er, at den enkelte person med psykisk lidelse bliver kategoriseret i forhold til nogle generelle sygdomskategorier, som ikke inkluderer den enkeltes livshistoriske sammenhæng.

Anvendelsen af diagnoser følger det medicinske paradigme, hvor man bl.a. søger efter årsagsforhold. Det har medført, at psykisk sygdom i vid udstrækning er blevet opfattet ud fra et naturvidenskabeligt perspektiv, hvor man forsøger at finde årsagsforhold til sygdommene. I den sammenhæng påpeger Professor A. Kleinman, at alle bestræbelser i genetisk forskning, neurofysiologi, og kognitiv neurovidenskab er væsentlige for at forstå hjernen, men bidrager ikke til at forstå årsagerne til psykisk sygdom eller andre psykiske tilstande (Kleinman, 2012). Inden for den psykiatriske profession har der været en lang tradition for at arbejde med kausale logikker. ICD-10 er ateoretisk og bryder principielt med årsagsforklaringer (Simonsen, 2010b).

I konstruktionen af og forestillingen om diagnosesystemet hører også ideen om, at de forskellige sygdomme har bestemte forløb, bestemte prognoser og kan være kroniske. Det er forestillinger som bliver udfordret af epidemiologiske langtidsstudier, der viser, at tænkningen om kronicitet og forestillingerne om bestemte prognoser ikke altid er berettiget. Forskningen viser bl.a., at skizofreni har mange forskellige forløb, og at det er muligt at komme sig efter svær psykisk lidelse, hvilket modsvarer det traditionelle syn. I den psykiatriske behandling af mennesker med psykisk lidelse, har det endvidere ikke været muligt at finde sammenhæng mellem specifikke behandlingsindsatser og det



at komme sig efter psykisk sygdom (Topor, 2003) (Harrison et al., 2001). Forskning med personer, der har oplevet at komme sig (recover), tværkulturelle studier i ikke-industrielle samfund samt de mange personlige beretninger, udfordrer også den traditionelle opfattelse af, at psykisk sygdom er kronisk og viser, at det faktisk er muligt at komme sig (recover) efter svær psykisk lidelse (Tooth, Kalyanasundaram, Glover, & Momenzadah, 2003), (Harrison et al., 2001) (Deegan, 1992) (Lauveng, 2008) (Topor, 2003). Dette modsvarer det traditionelle syn på psykisk sygdom som værende kroniske forløb.

Diagnoser er arbejdshypoteser for lægerne og afsættet for at igangsætte en behandling og sikrer, at personer med psykisk lidelse kan få de sociale ydelser der følger med diagnosen.

Udover at diagnoserne kategoriserer det enkelte menneske i forhold til nogle generelle sygdomskategorier, er en central kritik også, at diagnoserne medvirker til at give en bestemt forståelse af psykisk lidelse, som en mangelfuld tilstand i personens i adfærd, tanker og følelser. Psykisk sygdom defineres som:

Sygdom, der viser sig ved forstyrrelser i adfærd og tanke-, følelses-, stemnings- og fantasilivet. Psykisk sygdom påvirker i reglen også forholdet til andre mennesker (Danske Regioner, 2010)

WHO definerer psykisk lidelse således:

Mental and behavioural disorders are understood as clinically significant conditions characterized by alterations in thinking, mood (emotions) or behavior associated with personal distress and/or impaired functioning (World Health Organization, 2001, p. 21)

Begge definitioner definerer psykisk sygdom som forstyrrelser eller ændringer i følelser, tanker og handlinger og at der er tale om vanskeligheder, som opfattes som problematiske enten for den enkelte person med psykisk lidelse og/eller af vedkommendes omverden. På den måde er diagnoserne en form for accept af, at der er et funktionstab, som medfører begrænset eller forandret udfoldelse.

Personer med psykisk lidelse bliver med diagnosticeret defineret med udtryk, der angiver mangler og forstyrrelser med hensyn til viljesliv, kognitive og emotionelle færdigheder, men i en generaliseret form (Topor, 2002) (Topor, 2003). Diagnoser, som udtryk for en persons forstyrrelser og mangler i forhold til en anderledes måde at være på eller handle på, er et af de mange for-

hold, som danner betydning for den kollektive forståelse af og diskurs om psykisk lidelse.

Kritikken af diagnosesystemet handler også om den stigmatisering, som følger med diagnoserne. Diagnoserne medvirker til at trække en grænse mellem det syge og det normale. Diagnoserne skal, som nævnt, betragtes som lægernes arbejdsredskab, men i befolkningen opfattes diagnoserne som en slags stempling af, at personen er anderledes, syg og gal. Det er en opfattelse, der medfører stigmatiserings- og marginaliseringsprocesser, som får alvorlige konsekvenser for den enkelte persons hverdags- og arbejdsliv.

Den diagnostiske tænkning, dominerer billedet og forståelsen af psykisk lidelse i befolkningen. Diagnoserne kategoriserer folk i forhold til nogle generelle sygdomskategorier, de har et mangelfokus og medvirker til stigmatiserings og marginaliseringsprocesser. Den diagnostiske tænkning er en meget entydig måde at tænke psykisk lidelse på, der kan få vidtrækkende konsekvenser for det enkelte menneske.

I min afhandling findes der andre måder at forstå psykisk lidelse på, som forhåbentlig kan være med til at belyse og finde andre måder at tale om psykisk lidelse.

I afhandlingen anvender jeg ikke diagnoser og jeg forstår ikke sygdom ud fra det medicinske paradigme. Jeg anvender heller ikke begrebet sygdom, da det ofte forstås som en modsætning til rask, som fri fra eller helbredt fra sygdom. Denne dikotomi er efter min opfattelse ikke gavnlig, når jeg skal forsøge at forstå mennesker med psykisk lidelse og de vidtrækkende konsekvenser denne lidelse har for den enkelte person og for interaktionerne med omverden. Jeg betragter psykisk lidelse i relation til erfaringsdannelse, som en læreproces, hvor det heller ikke giver mening at anvende syg – rask dikotomien. Mine perspektiver bliver uddybet i teoriafsnittene.

I det følgende, vil jeg kaste et blik på nogle af de forhold, der influerer på den enkeltes betydningsdannelse, når en person bliver indlagt på en psykiatrisk afdeling.

## At blive indlagt - rammer for betydningsdannelse

Når en person bliver indlagt på en psykiatrisk afdeling bliver vedkommende betegnet som patient. At blive indlagt på en psykiatrisk afdeling medfører, at personens livsudfoldelse, for en kortere eller længere periode bliver underlagt den psykiatriske institution, som er et system, der er bestemt af både overordnede og konkrete politikker og strategier. For eksempel er målet i behandlingspsykiatrien at opnå et godt behandlingsforløb og behandlingsresultat. Fokus er på den diagnostiske fase, behandlingsfase og opfølgningsfase (Sundhedsstyrelsen, 2009). Derudover har hver region udarbejdet visioner og strategier for den psykiatriske behandling og pleje.

Mange af disse forhold får betydning for, hvilke rammer der er for patientens orienterings- og læreprocesser og dermed hvilke muligheder der er for at lære at opfatte og forme sin forståelse af sin situation. Under indlæggelsen foregår patientens læreprocesser primært i interaktionen med de professionelle.

Den daglige pleje og behandling er influeret af personalets viden og kompetencer fra deres respektive grund- og videreuddannelse. Ifølge Lindhardt, forsøger personalet at forstå og betragte psykiske lidelser ud fra forskellige modeller i et forsøg på at sammentænke forskellige forståelser af psykisk sygdom. Hun mener, at personalet bekender sig til en bio-psyko-social model, hvor der indgår noget biologisk/arveligt, noget psykologisk og noget socialt, i opfattelsen af psykisk sygdom. Samtidig udtrykker Lindhardt, at der i praksis er stor forskel på, hvordan den enkelte behandler og den enkelte afdeling vægter modellens tre elementer (Lindhardt, 2011).

Den bio-psyko-sociale model synes at blive til en medicin-adfærds-model, hvilket til dels skyldes, at den medicinske behandling er den primære behandling, som ofte har en meget dominerende position i behandlingen af psykiatriske sygdomme (Schepelehn Johansen, 2005). Sygdom, symptomer og medicin har en fremtrædende rolle i behandlingspsykiatrien selvom det kan variere fra den enkelte behandler og den enkelte afdeling. Dette understøttes af en undersøgelse, som viser, at over 80 % af pårørende finder, at den medicinske behandling fylder for meget i forhold til andre behandlingsformer som f.eks. psykoterapi og sociale tiltag (Jørgensen, Bredkjær, & Nordentoft, 2012).

I psykiatriudvalgets rapport, som er en rapport med forslag til hvordan indsatsen for personer med psykisk lidelse kan tilrettelægges og gennemføres bedst muligt frem mod år 2020, nævnes det, at udviklingen på psykiatriområdet

det skal tage højde for, at der blandt de professionelle, er stor forskel på værdier, kulturer og tilgange til mennesker med psykiske lidelser (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013). De professionelle forståelsesmodeller af psykisk lidelse influerer på de læreprocesser, der skabes i interaktionen mellem personalet og de indlagte personer i behandlingspsykiatrien.

I det følgende vil jeg se nærmere en anden måde at forstå psykisk lidelse på, og som har andre perspektiv end de professionelle.

## **Psykisk lidelse – brud i livsforløb**

Forskning og personlige beretninger vidner om, at når en person erfarer psykisk lidelse for første gang, er det forbundet med voldsomme ændringer og brud i forhold til tidligere livsforløb. Forud for diagnosticeringen og en evt. indlæggelse, kan der have været en længere periode med vanskeligheder med at få hverdagslivet til at fungere, men både diagnosticeringen og indlæggelsen opfattes som en afgørende ændring i personens hverdagsliv og erfares som et eksistentielt sammenbrud. Den enkeltes oplevelse af at være i verden, selvbeholdet og identiteten bliver forstyrret på særlige måder samtidig med, at vedkommendes subjektive oplevelse af kontinuitet over tid og sted bliver forstyrret. Personen erfarer nye sider af sig selv, som kan opleves som fremmede og meget anderledes, samtidig med at risikoen for at relationerne med vedkommendes nære omgivelser bliver vanskeliggjort, da deres være- og handlemåder også forandres (Topor, 2002) (Høgsbro, 2003) (Lauveng, 2008) (Deegan, 2007). Dette medfører, at personen ofte må forandre og genforankre sin selvforståelse, sit livssyn og sin livsførelse, hvilket er en langvarig og krævende proces.

I denne afhandling betragter jeg psykisk lidelse ud fra et kritisk begreb om subjektivitet, som forstyrrelser og angreb på subjektet, hvor jeg er inspireret af teorien om sprogforstyrrelser (Lorenzer, 1975b, p. 122). Forstyrrelserne ser jeg i sammenhæng med brist i hverdagsbevidstheden, som jeg henter fra Leithäusers teori om hverdagsbevidsthed (Leithäuser, 1992). At blive psykisk lidende betragter jeg som en krise, der involverer individets livserfaringer og forudsætninger, ressourcer og forholdet til den sociale omverden, samt livsforventninger i bred forstand. Det er alle disse områder, som bliver forstyrrede og som ikke formår at opretholde et forsvar af subjektet og en social balanceret væren i verden. Alle disse kompetencer skal læres igen. I afhandlingen betragter jeg læring som erfaringsdannelsesprocesser

(Negt, 1975), som inkluderer den enkeltes livshistoriske sammenhæng. Mine teoretiske perspektiver vil blive udfoldet i teoriafsnittene.

Mit perspektiv er, at den enkelte person med psykisk lidelse må lære at orientere sig på nye måder i relation til sit hverdags- og arbejdsliv. Det er denne orientering, som er interessant i denne afhandling, fordi ved indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, foregår den nye orientering og dermed læreprocesserne primært i interaktionen med de professionelle. Det er interessant, men jeg finder det også problematisk, fordi de professionelle har nogle særlige forståelser, der dominerer feltet, og der arbejdes ikke med læreprocesser som erfaringsdannelsesprocesser, som inkluderer den enkeltes livshistoriske sammenhæng. Det skaber dilemmaer, hvilket jeg vil vise i næste afsnit.

## **Forskellige erfaringshorisonter**

Den psykiatriske pleje og behandling er indlejret i nogle særlige forståelsesmodeller, som er udgangspunktet for patienternes læreprocesser og som med lov om patienters medinddragelse og principperne for brugerinddragelse, i princippet er til forhandling. Ringer viser i sin Ph.d. afhandling, at den enkelte persons sygdomsforståelse er til forhandling, men at det er personalets forståelser, der dominerer feltet. De indlagte personer tilpasser sig hurtigt personalets diskurser (Ringer, 2013). Andre forskningsresultater viser ligeledes, at de professionelle diskurser er de fremherskende og at diskurserne er med til at konstituere identiteter som psykiatriske patienter (ibid.) (Øvre Sørensen, 2006) (Schepelern Johansen, 2005) (Larsen, 2002) (Buus, 2005).

Disse og andre forsknings resultater samt personlige beretninger viser endvidere, at patienterne udvælger, hvem af personalet de vil tale med, og at de overvejer, hvad de vil tale med personalet om, for at opnå det de ønsker eller har behov for (ibid.) (Høgsbro, 2003) (Topor & Di Girolamo, 2010) (Lauveng, 2008) (Egne noter).

Høgsbro beskriver dette dilemma: de professionelle og patienten har hver deres forståelse af problemstillingerne. Patienten ser sin situation indefra og de oplever den professionelle sammenhæng udefra. De professionelle oplever patientens livssammenhæng udefra og den sammenhæng de selv indgår i indefra (Høgsbro, 2003). Personen med psykisk lidelse og de professionelle har således forskellige perspektiver på forståelsen af problemstillingerne, når de

indgår i interaktion med hinanden og de handler på baggrund af hver deres erfaringshorisont.

Forskningen viser, at patienterne overtager de professionelle forståelser og forklaringsmodeller, og at patienternes egne perspektiver er fraværende. Patienterne tilbydes ikke andre måder at danne forståelse på. Det er dette dilemma, jeg tager afsæt i med brugerstøttepraksissen, da en brugerstøtte kan tilbyde andre perspektiver end de professionelle.

I Psykiatri Udvalgets rapport, hvor der er forslag til indsatsområder på det psykiatriske felt, peges der bl.a. på, at inddrage brugere som en vigtig og væsentlig ressource for mennesker med psykiske lidelser. I rapporten beskrives, at peer-støtte (som jeg benævner brugerstøtte) udmærker sig ved, at de kan noget andet end det offentlige, ikke mindst i forhold til at skabe ligeværdige, sociale relationer mellem borgere. De kan skabe rummelighed i forhold til sårbare grupper og skabe netværk, samt fællesskaber på tværs af forskellige baggrunde. Udvalget udtaler, at brugere kan være en væsentlig samarbejdspartner i indsatsen både i forhold til konkret støtte, og i forhold til afstigmatisering af psykisk lidelse (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013).

Ideen med brugerstøtte i denne afhandling er, at de kan støtte patienterne og give dem mulighed for at opfatte og forme deres forståelser samt danne erfaringer ud fra et hverdagslivsperspektiv.

Spørgsmålet er, på hvilke måder en brugerstøttes erfaringer er brugbare for den enkelte patient under indlæggelsen og i hverdagslivet efter udskrivelsen, samt i forhold til afstigmatiseringsprocesser. Disse spørgsmål og min undren heroverfor, blev min inspiration til denne afhandling. Fænomenet med brugerstøtte og muligheden for at yde en alternativ og supplerende praksis er genstandsfeltet for mit forskningsprojekt. Jeg finder det interessant at undersøge om praksissen med brugerstøtte kan supplere og udfordre de professionelle tilgange med et hverdagslivsperspektiv på psykisk lidelse. Brugerstøtterne indtræder i patienternes hverdagsliv og læringen bliver dermed flyttet fra en institutionel kontekst til en mere hverdagslignende kontekst. Det er interessant at undersøge, hvilke andre læreprocesser det kan igangsætte. Det fører mig frem til afhandlingens forskningsspørgsmål.

## **Forskningsspørgsmål**

De professionelle og patienten har forskellige perspektiver på forståelsen af problemstillingerne med psykisk lidelse og handler på baggrund af hver deres erfaringshorisont. Det er dette dilemma, som jeg er optaget af og ser muligheder i. En brugerstøtte har selv erfaringer med psykisk lidelse og kan muligvis tilbyde andre perspektiver på forståelsen af problemstillingerne.

Spørgsmålet er, om der ud fra læreprocesserne hos patienterne og brugerstøtterne kan fremkomme ny viden om ressourcer og evner til nyorientering i livet hos psykisk lidende mennesker, og hvilke aspekter af brugerstøttepraksissen der har betydning herfor?

Det andet spørgsmål er, på hvilke måder en brugerstøttepraksis i psykiatrien kan betragtes som en alternativ og supplerende praksis?

Underspørgsmål:

Hvad opstår når to mennesker med lignende erfaringer deler deres perspektiver - spejles deres eget univers, egen traumatiserede stigmatisering og egen sygerolle?

På hvilke måder opleves håb, accept og anerkendelse i interaktionen med en brugerstøtte?

Skaber brugerstøttepraksissen andre eller nye betydninger og forståelser, som har betydning for patienternes og brugerstøtternes muligheder for at komme ud af eller videre med deres krise og hvilke?

På hvilke måder oplever patienterne interaktionerne med brugerstøtte anderledes end andre interventionsformer?

## **Indledende etiske overvejelser samt formelle og praktiske oplysninger**

Det er min erfaring, at mennesker med psykisk lidelse meget gerne vil deltage i forskningen. De vil meget gerne dele deres mening og ønsker om en bedre fremtid. Det Nationale Samarbejdsforum for Sundhedsforskning opfordrer generelt til en øget brugerinddragelse i forskningen (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2011).

Mennesker med psykisk lidelse har krav på deltagelse og medbestemmelse, men de har også krav på beskyttelse, og på at de ikke bliver misbrugt. Forskeren må i hvert enkelt tilfælde gøre sig overvejelser, om deltagerne er i stand til

at forstå og reflektere over det projekt, som de bliver inviteret ind i. Endvidere er det vigtigt at reflektere over, om der behov for at sætte den enkelte persons subjektive læreprocesser med psykisk lidelse i centrum eller om der er andre måder at undersøge problemstillingen på. I min afhandling er det helt essentielt at få patienternes og brugerstøtternes perspektiver på en praksis med brugerstøtte, og på deres erfaring med de læreprocesser, som denne praksis medvirkede til.

Forud for interviewene, fortalte jeg patienterne og brugerstøtterne om formålet med min forskning. Jeg fortalte, at jeg ville sikre dem anonymitet ved at anonymisere alle navne, steder og fortrolige oplysninger. Jeg oplyste hver enkelt deltager om, at de til enhver tid kunne trække sig ud af undersøgelsen. Endvidere oplyste jeg patienterne om, at besøgene med en brugerstøtte og mine interviews ikke ville få indflydelse på den kontakt, hjælp og omsorg, som vedkommende i øvrigt modtog fra det offentlige system eller fra private organisationer. Alle patienter og brugerstøtter har både mundtligt og skriftligt givet tilladelse til, at jeg må anvende deres udsagn til min forskning.

De tre afdelinger, som er involveret i projektet, har godkendt deltagelsen og er ligeledes blevet informeret om, at jeg vil ændre navne og steder etc. af hensyn til anonymitet. Alle data er blevet fortroligt opbevaret og låst inde.

Mit forskningsprojekt er indberettet til og godkendt af Datatilsynet. Min forskning skal ikke indberettes til Den Nationale Videnskabsetiske Komitè, da min forskning ikke omfatter biologisk materiale eller falder inden for definitionen af forskningsprojekter, der skal anmeldes.

## **Afhandlingens struktur**

Afhandlingen er opdelt i tre hovedområder. Første hovedområde består af kapitel 1 – 9, som er introduktion til afhandlingen og konteksten for brugerstøttepraksissen. Kapitel 1 er en præsentation af og begrundelse for afhandlingens problemfelt og forskningsspørgsmål. I kapitel 2 præsenteres og diskuteres forskningsresultater i forbindelse med praksissen med brugerstøtte. Kapitel 3 er en diskussion af recoverybegrebet. Kapitel 4 er en beskrivelse af brugerstøtte i et historisk perspektiv og en afklaring af brugerstøttebegrebet i denne afhandling. Kapitel 5 er en diskussion af brugerstøtte som brugerinddragelse. Kapitel 6 er en diskussion af dilemmaet med at være projektleder og



forsker i samme felt. Kapitel 7 er en beskrivelse af det psykiatriske system og en præsentation af de tre involverede afdelinger.

Det andet hovedområde består af kapitel 8 – 15, som indeholder afhandlingens erkendelsesmæssige fundament og teoretiske ramme for undersøgelsen. Kapitel 8 indeholder en kort introduktion til kritisk teori og mit valg af Alfred Lorenzers materialistiske socialisationsteori. Kapitel 9 beskrives udvalgte dele af Lorenzers forståelse af erfaringsdannelse. I kapitel 10 beskriver jeg Lorenzers forståelse af psykisk lidelse som sprogbeskadigelse. Kapitel 11 handler om Leithäusers teori om hverdagsbevidstheden. Kapitel 12 indeholder min læringsforståelse, hvor jeg er inspireret af Negt. Kapitel 13 rummer de analyseledende begreber, som jeg har benyttet i afhandlingens analysearbejde. Kapitel 14 indeholder en beskrivelse af min empiri. Kapitel 15 indeholder mine metodologiske refleksioner.

Det tredje hovedområde er kapitel 16 – 23, som består af analyser af det empiriske materiale samt diskussioner og konklusion. Kapitel 16 er mine refleksioner over det konkrete brugerstøtteprojekt. Kapitel 17 og 18 er analyser af to patienters oplevelser af deres situation og brugerstøttepraksissen. Kapitel 19 er en analyse af brugerstøtternes oplevelser og erfaringsdannelse med deres funktion som brugerstøtter. Kapitel 20 er en engelsk artikel, som er skrevet i samarbejde med professor Betina Dybbroe. Artiklen er en analyse af min forskersubjektivitet. Kapitel 21 er en diskussion af erfaringsfelter fra den psykiatriske kontekst. Kapitel 22 er en diskussion af erfaringsfelter fra brugerstøttepraksissen. Kapitel 23 er afhandlingens samlede konklusion og læringsperspektiver i forhold til personer med psykisk lidelse, brugerstøttepraksissen og den professionelle psykiatriske praksis.

## 2. Forskning på området

I dette afsnit vil jeg redegøre for forskningen på området med brugerstøttepraksis i det psykiatriske felt.

### **Brugerstøtte - et internationalt perspektiv**

USA, Canada, Australien, New Zealand og England har flere års erfaringer med praksissen med brugerstøtte på det psykiatriske område. Alligevel har forskningen været begrænset, fordi der primært har været fokus på udviklin-

gen af programmer for brugerstøttepraksissen. I det følgende vil jeg først kaste et blik på de kvantitative fund.

## **Brugerstøtte - kvantitative fund**

Overordnet viser de kvantitative forskningsresultater, at der mangler data på området eller at praksissen med brugerstøtte ikke har nogen særlig effekt.

I et review fra 2001 finder Salomon og Draine flere forskellige brugerstøtteprogrammer herunder brugerdrevne støtteprogrammer. De konkluderer, at der er utilstrækkelige data til rådighed til at lave en konklusion om effektiviteten af brugernes ydelser, og at der mangler undersøgelser på området. De konkluderer, at resultaterne tyder på, at brugerstøtte og brugerstøtternes ydelser ser lovende ud, men at de ikke kan konkludere noget om effektiviteten (Solomon & Draine, 2001).

I et andet review fra 2009, tegnes der et billede af, at brugerinddragelse som en forlængelse af det traditionelle system, ikke resulterer i nogen signifikant forskel, som kan favorisere en praksis med brugere. Nogle af undersøgelserne i reviewet peger på, at en praksis med inddragelse af brugere kan øge patienternes engagement og fastholdelse i plejen og behandlingen. Undersøgelserne viser også, at brugerne kan tilbyde unikke og særlige færdigheder og erfaringer, som er nyttige i plejen og behandlingen, men undersøgelserne giver ikke klare beviser på, at en praksis med brugerinddragelse er effektiv. Forskerne i reviewet konkluderer, at de forskellige undersøgelser viser, at en praksis med brugerinddragelse skal ses som en støttende funktion til de professionelle ydelser, snarere end at betragte en sådan praksis som en erstatning for de professionelle ydelser (Rogers, Kash-MacDonald, & Brucker, 2009).

I det samme review finder forskerne frem til, at billedet ser anderledes ud, når der tale om brugerstøtte, som foregår i grupper, uanset om det er tale om traditionelle eller alternative tilgange. I flere af observationsstudierne er der tale om fordele i form af afholdenhed fra stofmisbrug, stabilitet i de psykiatriske symptomer, øget selvværd, empowerment, livskvalitet og compliance. Resultaterne ser endnu mere lovende ud, når der er tale om brugerdrevne interventioner, hvor der foregår forskellige aktiviteter f.eks. mulighed for gensidige støtte-grupper, uddannelses- og advokathjælp, m.m. I disse tilfælde var der tale om positive ændringer i personernes velvære. I to af studierne med pri-

mær én-til-én bruger, hvor fokus var på den sociale støtte, er der ingen bestemt evidens for effektiviteten, selvom tilfredsheden er stor (ibid.).

I et andet review, som inddrager flere undersøgelser, udover de klinisk kontrollerede undersøgelser, fremgår det, at enkelte undersøgelser i USA og Australien viser, at når brugerstøtterne er involveret i udskrivningsprocessen, øges antallet af patienter der bliver udskrevet, samtidig med, at antallet af genindlæggelser bliver reduceret. I reviewet fremgår det endvidere, at en evalueringsundersøgelse af et australsk brugerstøtteprogram, hvor brugerstøtterne hjælper patienterne med at undgå indlæggelser og hjælper patienterne med tidlig udskrivelse, at mere end 300 sengepladser var tilovers efter kun tre måneder inde i brugerstøtteprogrammet. Endelig finder forskerne en øget empowerment score i flere af undersøgelserne (Repper & Carter, 2011).

Disse forskningsresultater er baseret på kvantitative undersøgelser, hvor der bl.a. måles på beskæftigelse, omfanget af social støtte, bolig status, brug og omfang af service, genindlæggelser, misbrug og spørgeskemaer om livskvalitet. Disse forskningsresultater kan ikke fortælle os om oplevelsernes kvalitative aspekter eller om den erfarings- og betydningsdannelse som praksissen med brugerstøtte giver anledning til i den sociale og kulturelle praksis, som de skriver sig ind i. Det giver anledning til at kigge nærmere på de kvalitative forskningsresultater.

## **Brugerstøtte – kvalitative fund**

De kvalitative undersøgelser af praksissen med brugerstøtte i det psykiatriske felt, handler ikke så meget om effekten af brugerstøtte, men mere om forståelsen af brugerstøtternes og patienternes oplevelser og betydningsdannelse.

Den kvalitative forskning er sparsom, da praksissen med brugerstøtte er et forholdsvist uudforsket fænomen. I to review fra 2009 og 2011 inddrager forfatterne den kvalitative litteratur, der findes på området. Det er studier som primært består af empiriske erfaringer, der er koblet med teoretiske refleksioner, evalueringer af brugerstøtte programmer, komparative undersøgelser af brugerstøtte kontra det professionelle personale samt enkelte narrative interviewundersøgelser.

I flere af disse studier bliver det tydeligt, at brugerstøtterne medvirker til at fremme håb, troen på muligheden for at komme sig (recover), øger den en-

keltes selvværd og håndtering af vanskeligheder samt øger den sociale inklusion via engagement og øget socialt netværk. I det følgende vil jeg uddybe nogle af disse fund.

## **Social støtte en hovedingrediens**

I litteraturen fremgår det, at der i praksissen med brugerstøtte, indgår en række psykosociale forhold som f.eks. håb, social støtte og empowermet.

Solomon finder, at den sociale støtte er en hovedingrediens i praksissen med brugerstøtte. Den sociale støtte omfatter følelsesmæssig støtte i form af tryghed, agtelse og øget selvværd, men handler også om hjælp og støtte til materielle goder og tjenesteydelser, samt informativ støtte f.eks. råd, vejledning og feedback. Når brugerstøtte tilbydes i en konkret kontekst, giver det den enkelte mulighed for at henvende sig et konkret sted for at få støtte og hjælp. Det giver en følelse af tilhørsforhold, hvilket medfører en positiv indstilling og fungerer samtidig som en buffer mod stressfaktorer og modgang. Solomon finder også, at et velkomstprogram for indlagte patienter, hvor brugerstøtterne var involveret, ikke kun reducerede antallet af genindlæggelser, men også bidrog til at udvide deltagernes sociale netværk og reducerede deres isolation. (Solomon, 2004). I et review fra 2009 finder Rogers, at den sociale støtte medførte, at patienterne fik flere venner og blev mere integreret i samfundet (Rogers et al., 2009). Det tyder på, at den sociale støtte er et betydningsfuldt element i en praksis med brugerstøtte. Den sociale støtte er meget central i forhold til mennesker med psykisk lidelse, da der ofte skabes processer med isolation til følge.

## **Den erfaringsbaserede viden er unik**

Rogers m.fl. finder i reviewet fra 2009, at forskningen peger på, at brugerstøtterne har en erfaringsbaseret viden om håndtering af vanskeligheder og problemer, som de kan gøre brug af. Studier viser, at den erfaringsbaserede viden er en specialiseret viden, som er unik, pragmatisk og specifik i forhold til den enkeltes kontekst. Når brugerstøtterne taler med andre, som har et lignende problem, bliver erfaringerne fællesgjort både med hensyn til problemet i sig selv og med løsningen af vanskelighederne (ibid.). Solomon finder, at undersøgelser viser, at erfaringsdeling fremmer en mere aktiv tilgang til at håndtere lidelsen, det fremmer den enkeltes valg og selvbestemmelse samt forbedrer empowerment processerne (Solomon, 2004). I en undersøgelse af brugernes

holdninger, finder Ochocka, at engagementet i brugerstøttepraksissen øgede stabiliteten i arbejde, uddannelse og læring, hvilket medførte en følelse af empowerment hos både patienterne og brugerstøtterne. Derudover oplevede deltagerne, at de fik øget kontrol med deres symptomer/problemer, som medvirkede til, at de blev mere optaget af deres lidelse og behandling frem for at have et fokus på sygdommen. De distancerede sig derved fra den traditionelle rolle som psykisk syg patient (Ochocka, Nelson, Janzen, & Trainor, 2006).

I reviewet fra 2009 viser Rogers m.fl., at flere studier konkluderer, at de vigtige aspekter i brugerstøtte handler om, at patienterne får følelsen af at blive accepteret, forstået og ønsket, og at de får følelsen af at møde en person med ægte empati. Dertil kommer, at brugerstøtternes erfaringsmæssige viden, skaber en oplevelse af kammeratskab, hvilket medfører, at patienterne oplever, at deres udfordringer bliver bedre forstået. Patienterne hævdede, at det var brugerstøtternes bedre forståelse af, hvad patienten gik igennem, der var deres største styrke (Rogers et al., 2009). Solomon konkluderer ligeledes, at det vigtige er, at brugerstøtterne bruger sig selv som et instrument til forandring og at der er stor evidens for, at den erfaringsbaserede viden er en central og betydningsfuld bestanddel af brugerstøtte (Solomon, 2004).

Forskningen viser, at den erfaringsbaserede viden er værdifuld både med hensyn til oplevelsen af at blive accepteret og forstået, og i forhold til empowermentprocesser.

## **Brugerstøtter som rollemodeller**

Davidson finder, at brugerstøtterne er fremragende rollemodeller og at det mest centrale i praksissen er, at de støtter og bibringer mod og håb til patienterne. En tro på en bedre fremtid - skabt gennem mødet med mennesker, der på trods af vanskeligheder og udfordringer, har fundet en tilfredsstillende måde at leve på (Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006).

Solomon finder, at den enkelte er tiltrukket af andre, som de deler fællestræk med, da det etablerer en følelse af normalitet. Sammenligningen anses for at give andre et incitament til at udvikle deres egne færdigheder og giver dem håb (Solomon, 2004). Solomon finder endvidere, at når brugerstøtterne fungerer som forbillede, medvirker det til, at patienten får en øget følelse af at kunne mestre sin lidelse. Brugerstøtterne kan støtte ændringen i vedkom-

mendes adfærd både overfor lidelsen og dens konsekvenser og overfor behandlingssystemet. Patienter, der har tillid til at kunne håndtere deres sygdom er mere håbefulde og optimistiske omkring deres fremtid (ibid.). Det giver en følelse af optimisme og noget at stræbe efter.

Udover handlingsperspektivet tyder det også på, at brugerstøtte kan understøtte læreprocesser. Mead et al. hævder, at brugerstøtternes engagement, giver patienterne mulighed for at skabe relationer, som medvirker til at skabe processer, hvor der kan dannes en ny identitet frem for en identitet som patient. Et identitetsarbejde, som kan foregå i et trygt og støttende miljø (Mead, Hilton, & Curtis, 2001). Repper og Carter fandt ligeledes, at brugerstøtterne og patienterne udveksler forskellige perspektiver og at brugerstøtterne er rollemodeller, hvilket øger mestringsstrategierne (Repper & Carter, 2011).

Forskningen viser, at brugerstøtterne fremstår som troværdige forbilleder, fordi de selv har prøvet at være lidende. Det giver modtagerne af brugerstøtte en oplevelse af håb og normalitet samtidig med at brugerstøtte rummer et handlingsaspekt.

## **Brugerstøtte reducerer stigmatisering**

I reviewet fra 2009 finder Rogers m.fl., at et konsekvent engagement med en brugerstøttepraksis, øger patienternes stabilitet i arbejde og uddannelsessammenhænge, hvilket giver patienterne en øget følelse af empowerment. Desuden fik patienterne kontrol over deres problemer ved at udforske deres lidelse og blev dermed mere involveret i deres behandling (Rogers, et al, 2009). Repper og Carter peger på en anden undersøgelse, som viser, at en praksis med brugerstøtte kan ændre holdninger til psykisk lidelse og derved nedbryde stigmatisering og fremme håbet hos patienterne (Repper & Carter, 2011).

Ochocka et al. finder ligeledes, at deltagere, der er involveret i brugerstøtte er mindre tilbøjelige til at lade stigmatiseringen være en hindring for at få arbejde, og var mere tilbøjelige til at være i beskæftigelse (Ochocka et al., 2006).

Det fremgår af forskningen, at en praksis med brugerstøtte medfører, at patienterne udfordrer de barrierer, der skabes i selv-stigmatiseringsprocesserne og foregriber oplevelsen af samfundets stigmatisering. Brugerstøtte kan dermed støtte processerne med at bevæge sig væk fra den traditionelle rolle som psy-

kiatrisk patient, samtidig med at det medfører en bedre integration i samfundet.

## **Brugerstøttefunktionen fremmer egen udvikling**

Rogers m.fl. finder i en kvalitativ undersøgelse af 14 interviews med brugerstøtter, at over halvdelen af de adspurgte angiver, at de oplever, at de blev værdsat, hvilket medførte at deres selvtillid og selvværd blev øget, som igen influerede på deres egen proces med at få det bedre (recoveryproces). En anden undersøgelse viser, at det at give støtte er mere fordelagtigt end at modtage støtte set i relation til processer af selvværd, empowerment etc. Dette menes at hænge sammen med betydningen af at have en beskæftigelse, at have foretaget et identitetsskift fra bruger til brugerstøtte, at blive værdsat og at kunne bidrage som borger i samfundet (Rogers et al., 2009).

Solomon finder i et studie baseret på dybdegående narrative interviews, at brugerstøtterne opnår individuel personlig vækst i form af øget tillid til egne evner, herunder evne til at mestre lidelsen, øget selvværd, følelse af empowerment og håb. Det forbedrede selvværd medfører endvidere, at brugerstøtten bliver bedre i stand til at bekæmpe følelser af stigmatisering (Solomon, 2004).

Solomon kalder dette fænomen hjælper-terapi-princippet, da brugerstøtterne hjælper sig selv via det at hjælpe andre. Solomon trækker følgende fordele frem: 1) Brugerstøtten får en øget følelse af interpersonel kompetence ved at gøre en forskel i en andens liv, 2) brugerstøtten føler, at han/hun opnår lige så meget, som han/hun giver til andre, 3) brugerstøtten får en personlig læring i at arbejde med andre, og 4) brugerstøtten får en større følelse af selvværd, som opstår på baggrund af den taknemmelighed, som patienten udtrykker. Den positive feedback og bekræftelse medvirker til, at brugerstøtterne får en bedre position til at hjælpe andre. Samtidig giver det brugerstøtterne mulighed for at praktisere deres egen bedring, udvikle egen selverkendelse, opbygge eget støttesystem og de lærer at udvikle egne mål, herunder job færdigheder og karriere mål (ibid.).

Rogers m.fl. finder i en interviewundersøgelse af 11 brugerstøtter, som fandt sted 12 måneder efter, at deres ansættelse var afsluttet, at brugerstøtterne identificerer penge som den primære fordel ved rollen, efterfulgt af jobbets struktur og det at have et job, hvor de kan tale om deres tidligere vanske-

ligheder. Brugerstøtterne mener, at rollen har givet dem færdigheder, personlig vækst og selvværd ved at gøre noget, der blev værdsat. En tilsvarende undersøgelse viser, at brugerstøtterne fortsatte deres egen bedring ved hjælp af de færdigheder og personlige ressourcer, de har udviklet under forløbet som brugerstøtte (Rogers et al., 2009).

Forskningen viser, at når en person fungerer som brugerstøtte, opstår der en positiv spiral, der medvirker til, at brugerstøtterne selv bliver empoweret og opnår en bedre mestring til at møde deres egne vanskeligheder og udfordringer.

## **Udfordringer og barrierer**

Ansættelsen af brugerstøtter er ikke uden problemer. De barrierer, som brugerstøtter og de professionelle oplever, viser sig på følgende områder.

### **Rolleforvirring og rolle konflikter**

I et review fra 2010 fremgår det, at brugerstøtternes roller og ansvar ofte er uklar og flertydig. Der savnes en afklaring af, hvad brugerstøtternes arbejde indeholder og hvad der kan forventes af en brugerstøtte. Brugerstøtterne oplever, at de til tider påtager sig arbejde både i det kliniske felt og i forhold til mere tekniske områder så som pc-arbejde, som de ikke er uddannet til. Der mangler beskrivelser og afklaring af brugerstøtternes arbejde og funktion (Consumer Workers' Forum Project, 2010).

I reviewet fremgår også, at der er problemer med balanceringen mellem identiteten som bruger og den nye identitet som professionel brugerstøtte. Det medfører to problemer. For det første kan patienterne opleve, at brugerstøtterne er en del af det lønnede personale, hvorved de mister tilliden og tiltroen til brugerstøtterne. For det andet, at personalet oplever, at brugerstøtterne slører grænsen mellem hvem der er syge og hvem der raske (Well). Personalet oplever også, at brugerstøtterne slører grænserne mellem, hvad der er professionelt, socialt, personligt, etc., hvilket bliver anset for at være uetisk og kan udgøre en potentiel skade for patienterne (ibid.).

Brugerstøtterne selv oplever, at deres rolle kan skabe spændinger ved at være lønnet af systemet og samtidig skulle varetage patienternes klager. Nogle brugerstøtter kæmper med vanskeligheden mellem at være kritikker af systemet og være lønnet af det selvsamme system (ibid.). Der opstår spændinger i fel-



tet, da de både skal varetage de professionelles og patienternes interesser på én og samme tid.

Der opstår også spændinger, hvis brugerstøtterne og personalet har forskellige opfattelser af den givne pleje og behandling. Nogle professionelle mener, at brugerstøtternes erfaringer er personlige historier, der ikke har videre implikationer (Hinton, 2009) og at brugerstøtterne ikke repræsenterer de lokale patienter/borgere (Consumer Workers' Forum Project, 2010).

Nogle medlemmer af personalet argumenterer for, at man skal undgå at ansætte brugerstøtter, der har været i behandling det samme sted (ibid.). Grænsen mellem at have været patient, og muligheden for at kunne blive patient igen og være ansat på den samme afdeling, anses for at være en barriere for brugerstøtteordningen.

### **Job titler**

I mit arbejde med denne afhandling blev det tydeligt, at der eksisterer et hav af forskellige jobtitler både i indland og udland, som kan skabe forvirring for brugerstøtterne, patienterne/borgerne og personalet i sundheds- og socialvæsenet. Der hersker forvirring om, hvordan de skal benævnes samtidig med, at titlerne ikke altid reflekterer jobindholdet.

### **Utilstrækkelig løn**

Undersøgelser viser at mange brugerstøtter føler sig underbetalt for deres arbejde sammenlignet med andre, som har samme færdigheder og kompetencer (Consumer Workers' Forum Project, 2010) (Hinton, 2009). Der eksisterer mange måder at ansætte og aflønne brugerstøtter på. Nogle steder ydes det som frivilligt arbejde og andre steder ansættes brugere på baggrund af for eksempel deres uddannelse som sygeplejerske. Der er en bred variation af ansættelsesmåder og den løn der følger med.

### **Diskrimination og stigmatiserede attitude fra personalet**

Diskrimination er fortsat en stor udfordring for mennesker med psykisk lidelse. I reviewet fra 2010 fremgår det, at en af de mest betydningsfulde udfordringer er personalets negative attitude overfor brugerstøtterne. Nogle professionelle devaluerer brugerstøtterne og værdsætter ikke deres værdi i arbejdet med psykisk lidende personer, hvilket medfører, at brugerstøtterne oplever, at deres ansættelse er politisk symbolsk (Consumer Workers' Forum Project, 2010). Der ses også en negativ stereotypisering, hvor brugerstøtternes

perspektiver bliver anset for at være refleksioner på deres egen psykopatologi (Hinton, 2009). Diskrimination er væsentlige barrierer i arbejdet som brugerstøtte.

### **Manglende støtte og supervision og behovet for uddannelse og træning**

I reviewet fra 2010 fremgår det, at jobbet som brugerstøtte bliver anset for at være stressende, fordi det kan være svært at adskille de personlige og professionelle følelsesmæssige reaktioner. Det kan medføre en stresstilstand, som forhindrer udviklingen af tillid og respekt mellem brugerstøtterne og de professionelle. Nogle brugerstøtter oplever, at de bliver isolerede i deres job (Consumer Workers' Forum Project, 2010).

Hvis der mangler infrastruktur til at facilitere deltagelse og hvis der mangler støtte og træning, så opleves brugerstøttepraksissen som en politisk symbolsk ordning (Hinton, 2009). I litteraturen fremgår det ikke altid om brugerstøtterne tilbydes støtte og ej heller hvordan supervisionen og støtten foregår.

Der er ikke udviklet standarder for uddannelsesprogrammer til brugerstøtterne, hverken i et internationalt eller et nationalt perspektiv, men i flere undersøgelser fremgår det, at brugerstøtterne bør tilbydes løbende undervisning og træning ved siden af deres ansættelse (ibid.) (Consumer Workers' Forum Project, 2010). En brugerstøtte praksis kan foregå mange steder og i mange forskellige former, hvilket jeg mener, skal reflekteres ind i forhold til uddannelsestænkning og praktisk træning.

### **Perspektiv på forskningen**

Den kvalitative forskning peger på udviklingsmuligheder for både brugerstøtter og de som modtager brugerstøtte, men praksissen rejser også mange spørgsmål. Rogers m.fl. og Repper m.fl. skriver, at en praksis med brugerstøtte ikke kun handler om, at brugerstøtte gør en forskel, men at det også drejer sig om, under hvilke omstændigheder praksissen foregår. Brugerstøttepraksissen er et uudforsket område og i forhold til de forskningsresultater, der foreligger, er det ofte svært at finde beskrivelser af, hvilke præmisser de forskellige praksisser hviler på, hvilke forudsætninger der gør sig gældende, hvilke bærende værdier, der er de herskende, hvem der deltager og hvordan praksisserne helt konkret foregår (Rogers et al., 2009 (Repper & Carter, 2011)). Disse forhold gør det svært at vurdere og kritisk forholde sig de lærings- og erfa-

ringsdannelsesprocesserne, som der opstår i mødet mellem patienterne og brugerstøtterne.

## **Forskning i Norden - brugerstøtte i det psykiatriske felt**

I en nordisk sammenhæng, er der ikke blevet forsket i praksissen med brugerstøtte i psykiatrien. Her har interessen mere samlet sig om recoveryprocesser, som handler om, hvordan man kan komme sig efter en psykisk lidelse. Det er kvalitative undersøgelser, der har fokus på og tager udgangspunkt i brugernes erfaringer med at komme sig, set i et hverdagslivsperspektiv. Helt centralt har den svensk/franske psykolog Allain Topor via interviews med mennesker, der er kommet sig, fundet frem til nogle centrale områder, der har betydning i rejsen mod at få det bedre (Topor, 2002). I en dansk sammenhæng har Pernille Jensen interviewet mennesker om deres erfaringer med at komme sig og undersøgt hvad der henholdsvis fremmer og hæmmer mulighederne for at komme sig. Via interviewene finder hun frem til, at recovery bl.a. handler om egen indsats, vilje, håb, relationer og at erkende de vanskeligheder man har og at det tager tid (Jensen, 2006).

Marit Borg, som er norsk professor i socialpsykiatri, har i sin Ph.d. afhandling fra 2007 forsket i recovery, set i et hverdagslivs- og i et brugerperspektiv (Borg & Davidson, 2008). I Danmark har Agnete Neidel forsket i det sociale arbejde i socialpsykiatriens botilbud, hvor hun har undersøgt, hvordan det sociale arbejde former/formes igennem idealet om at recoveryorientere dette arbejde (Neidel, 2011).

Det er alle studier, der bidrager med brugbar viden om, hvad der hjælper det enkelte menneske med at komme sig efter psykisk lidelse. Det centrale, set i forhold til denne afhandling, er, at andre end de professionelle kan gøre en forskel og kan understøtte processerne med at få det bedre. Det pointeres i flere af studierne, at både familie, venner, brugerstøtter, netværk, livsbetingelser, materielle goder og personen selv er afgørende for at få det bedre.

Derudover findes der flere forskere, der har studeret kultur, sprog og interaktioner på det psykiatriske og socialpsykiatriske område. Disse forskningsresultater viser bl.a. hvordan de professionelles diskurser om psykisk sygdom er de fremherskende, og at diskurserne er med til at konstituere identiteter som psykiatriske patienter (Ringer, 2013) (Øvre Sørensen, 2006) (Schepelern Johansen, 2005) (Larsen, 2002) (Buus, 2005).

Alle disse studier er, sammen med nogle af de internationale studier om brugerstøtte, med til at udfolde en kritik af det etablerede psykiatriske system, set fra brugernes perspektiv, og som kalder på en modernisering af de psykiatriske institutioner. Udbredelsen af recoveryorienterede programmer, involvering af brugerne og udviklingen af en praksis med brugerstøtte, er godt på vej til at blive etableret i det socialpsykiatriske arbejde, men er først nu ved at modnes i behandlingspsykiatrien.

I det næste kapitel vil jeg komme ind på begrebet recovery, fordi det er et meget anvendt begreb indenfor psykiatrien og fordi forskningen på brugerstøtte området anser brugerstøtte som en vigtig del i menneskers recoveryprocesser.

### 3. Fra recovery til læring

Begrebet recovery blev særligt fremtrædende på de sociale og politiske arenaer op gennem 60`-erne og 70`-erne i forskellige stater og lande som f.eks. USA, Canada, Australien, England og New Zealand. Begrebet recovery blev primært fremført af personer fra bruger/consumer/survivor-bevægelser og organisationer inden for det psykiatriske felt (Ralph, 2005). I denne sammenhæng blev og bliver recovery betragtet som et opgør med eller et modsvar til den traditionelle psykiatriske praksis med bl.a. anvendelsen af tvang og på den fremherskende tænkning; at psykisk lidelse bliver betragtet som en kronisk lidelse. Det er samtidig et opgør med og modsvar til den traditionelle behandlingspraksis, som er rettet mod nogle få og specifikke behandlingsindsatser, oftest af medicinsk art, i relation til nogle bestemte objektive symptomer, mangler og funktionsforstyrrelser. Et modsvar til den traditionelle behandlingspraksis, hvor forskning og personlige beretninger vidner om, at det er muligt at få et bedre liv og komme sig helt - selv efter svær psykisk lidelse.

I Danmark er recoverybegrebet først de senere år blevet mere aktuelt, ikke mindst med Psykiatri Udvalgets rapport fra år 2013. Heri beskrives, at indsatsen for mennesker med psykiatriske lidelser i højere grad skal fokusere på mulighederne for at den lidende kan komme sig og få en almindelig hverdag med uddannelse eller arbejde. Udvalget peger på et kvalitetsløft, der er borgerært og recovery-baseret (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013). I rapporten er der sat fokus på brugerinddragelse og peer-support (brugerstøtte),

som en måde at transformere psykiatriens service til en recoveryorienteret service, hvor sundhed er målet i stedet for kun at respondere på sygdommen.

Problemet er, at begrebet recovery anvendes i mange forskellige sammenhænge og anvendes både som et fænomen, en tilgang og en metode. Begrebet knytter sig til mange forskellige interessesammenhænge f.eks. i græsrodsbevægelser, patient- og pårørendeorganisationer, i den sundhedsprofessionelle praksis, i forskellige forskningsområder samt i bredere politiske sammenhænge. Hvert praksisområde afspejler forskellige formål og mål med anvendelsen af ordet recovery. Det er derfor væsentligt at være opmærksom på, at definitioner af begreber, teorier og modeller om samt anvendelsen af ordet recovery ikke er entydige, men dækker over forskellige komplekse betydningssystemer. Det er derfor heller ikke muligt at finde en dækkende definition af begrebet recovery. Recovery dækker over forskellige betydningssystemer, som relaterer sig til både forskellige sundheds- og sygdomsopfattelser, forskellige opfattelser af hvordan individet og samfundet konstitueres, samt i hvilken historisk, politisk og kulturel kontekst definitionerne er udviklet. Forståelsen af recovery afhænger af perspektiverne i de forskellige interessesammenhænge. Grundlæggende kan der dog tales om to perspektiver på recovery, hvilket jeg vil uddybe i næste afsnit.

## **Recovery – indsats eller resultat**

I et behandlerperspektiv, har det videnskabelige grundlag og accepten af, at det er muligt at komme sig efter psykisk lidelse, medført en tendens til at professionalisere recovery inden for det medicinske paradigme. Det betyder, at de professionelle i det psykiatriske felt forsøger at stille entydige og objektive kriterier for recovery, som kan måles på forskellig vis. I den biomedicinske forskning og i den kliniske praksis, bliver *fuldstændig recovery* f.eks. målt ud fra fraværet af symptomer og tilbagevenden til det funktionsniveau, personen havde før sygdommen. *Social recovery* måles ud fra en økonomisk og boligmæssig uafhængighed og lav grad af social forstyrrelse, mens personen stadig godt kan have visse symptomer (Jensen, 2006). Måles recovery ud fra *social recovery*, vurderes individerne i forhold til det ”normale” samfund, som er afhængig af politiske og samfundsøkonomiske indvirkninger på arbejdsmarkedet, boligområdet og øvrige sociale forhold.

Når recovery opfattes som et resultat eller en effekt af en specifik behandling og/eller af fagfolks interventioner, bliver der anvendt og udviklet forskellige

måleinstrumenter for at måle, validere og bedømme graden af recovery. De professionelle udvikler også særlige recovery-orienterede programmer, som oftest er en kombination af medicinsk behandling og social færdighedstræning. I denne sammenhæng har der været en tendens til at sammensmelte begreberne rehabilitering og recovery. Recovery, betragtet som et resultat, har de professionelles interesse, da der stilles faglige og politiske krav til at dokumentere og validere effekten af interventionen og behandlingen. Når recovery opfattes som en *indsatsform eller et resultat*, afspejler interessen oftest et *behandlingsperspektiv* med en generel interesse i behandlingsmetoder og effektivitet.

## Recovery – en proces

Recovery kan også anskues som en proces, som en individuel og personlig unik proces (Deegan, 1992) (Anthony, 1993). I den personlige proces bliver der lagt vægt på fire områder: 1) det er et individuelt fænomen, 2) det er den unikke personlige rejse som det enkelte menneske skal foretage, 3) det handler om at finde mening, 4) det handler om at støtte personens egne valg og strategier.

Samspillet med andre er også en væsentlig faktor for recovery-processen, men i flere teorier og beretninger er der fokus på individet, hvor der bliver lagt vægt på den personlige unikke proces. Når recovery betragtes som en proces, er der fokus på den *individuelle proces*, som det enkelte menneske gennemgår, hvilket afspejler en interesse i et *individperspektiv*. Cornett fremhæver, at når det udelukkende er det individuelle aspekt, som er fremtrædende, reduceres fællesskabet til et sted, hvor individualiteten kan udfolde sin proces og hvor andre kan påvirke individets valg (Cornett, 2003). Familie, professionelle, andre m.m. bliver betragtet som ydre faktorer der kan fremme eller hæmme den enkeltes muligheder for at komme sig. Ved at individualisere recovery, fokuseres der på det individuelle ansvar for recovery og der relateres ikke til de miljømæssige, sociale og materielle vilkår som influerer på og som er i samspil med eller som opretholder den lidelsesfulde situation.

I mange teorier om og tilgange til recovery mangler der en kontekstuel forståelse af recovery-processerne. Borg udtrykker f.eks., at der mangler en kontekstuel forståelse, som kan bidrage til, at der også bliver lagt vægt på omgivelserne og hverdagslivet, og hvordan det enkelte menneskes sociale og materielle vilkår kan være en støtte så vel som en hindring for recovery-processer (Borg, 2007) (Borg, 2009). Det er en forståelse, hvor personens hverdagsliv,

kontekst og det levede liv er centralt for forståelsen af recovery-processer. Ved at udforske recovery i et hverdagslivsperspektiv åbnes der op for den komplekse og dynamiske interaktion mellem subjektet og omverden set i en specifik historisk kontekst.

## **Recovery som læreprocesser**

Recovery betyder at komme sig. Recovery bliver anvendt indenfor mange livsområder i engelsktalende lande, men i en dansk kontekst anvendes ordet hyppigst i relation til det psykiatriske felt. Men spørgsmålet er, hvad personen skal komme sig fra eller af? Skal personen komme sig af eller fra sin sygdom, så bliver bestræbelserne på at få et bedre liv, fortolket ind i et sygdomsperspektiv. Mennesker, der har erfaret recovery, taler om udviklingsprocesser og om at lære at leve livet. De beretter, at det ikke handler om at vende tilbage til den man var før, men finde nye måder at være i verden på (Deegan, 1992) (Lauveng, 2008) (Topor, 2002). I tråd med disse menneskers erfaringer, taler jeg ikke om psykisk sygdom eller om recovery, men om læreprocesser. Jeg mener, at når en person skal få det bedre, drejer det sig om læreprocesser som erfaringsdannelsesprocesser, som inkluderer den enkeltes livshistoriske erfaringer i bestræbelserne på at opnå et meningsfuldt liv. Jeg betragter derfor recovery-processer som læreprocesser.

Jeg betragter ikke psykisk lidelse og recovery som individuelle fænomener og som jeg betragter ikke recovery, som en individuel unik proces. Jeg mener, at det er i mødet mellem subjekt og omverden, at subjektet konstitueres og det er gennem sin deltagelse i virkeligheden, at subjektet etablerer sin erfaring og lærer om verdenen og sig selv. Endvidere er subjektiveringsprocessen altid formet gennem individets allerede eksisterende livshistoriske erfaring med interaktion. Det vil sige, at jeg betragter læring som erfaringsdannelse og at det er individets livshistoriske erfaringer set i et hverdagslivsperspektiv, der er det centrale i læreprocessen. Dette vil blive uddybet i teoriansnittene.

I det næste kapitel vil jeg vende tilbage til fænomenet med brugerstøtte og give et indblik, hvordan det har udviklet sig i det psykiatriske felt.

## 4. Et historisk perspektiv på brugerstøtte

Ideen med brugerstøtte er ikke ny. Brugerstøtte, som individuel støtte og i form af selvhjælpsgrupper, har inden for alle områder af hverdagslivet, længe været en accepteret form for støtte. Dette ses f.eks. inden for områder, hvor forældre har mistet deres barn, grupper for pårørende til personer med demens, etc.

Brugerstøtte, inden for sundhedsvæsenets formelle omsorgsydelser, har også været accepteret og anvendt i mange år inden for specialer som f.eks. cancer-, traume- og AIDS området samt ved forebyggelse af selvmord (Kumaria, 2001) (Johnson, Stanford, Douglas, Botwinick, & Marino, 2001) (Rudy, Rosenfeld, Galassi, Parker, & Schanberg, 2001) (Fisher, Chamberlin, & National Empowerment Center, n.d.).

Mange af disse organisationer er opstået ud fra brugernes egne initiativer. Allerede fra slutningen af 1800-tallet blev brugerstøtte anvendt inden for misbrugsområdet. Anonyme Alkoholikere blev dannet ud fra en filosofi om at folk ikke behøver at stole på eksperter for at forbedre deres situation (Fisher et al., n.d.).

Inden for det psykiatriske felt, peger Deegan på, at selvom området stort set er udokumenteret, kan arven med at eks-patienter organiserer sig, spores tilbage til England i år 1838. Missionen var at besøge de indsatte på galehusene, at være fortalere for deres behov, presse systemet for at sikre grundlæggende rettigheder og retssikkerhed, samt presse Parlamentet til at reformere galehus-systemet. Derudover var hensigten at yde individuel støtte til de indlagte patienter og støtte dem i tiden efter udskrivelsen. Deegan skriver videre, at praksissen med brugerstøtte er et område, der er udokumenteret i USA, men at der eksisterede en organiseret brugerstøttegruppe i år 1937. Denne gruppe var vejledt af de professionelle. Det var først i 1960'erne, at eks-patienter selvstændigt organiserede sig for at ændre systemet. Brugerbevægelsen i USA fastholder, at sundhedssystemet og sundhedspolitikkerne skal omfattes af filosofien "nothing about us without us". Brugerbevægelsen var bl.a. en reaktion på den begrænsede effektivitet af de traditionelle tilgange (P. Deegan, 2006). Tankegangen om, at hjælpen kunne komme fra andre end de professionelle, øgedes i løbet af 60'erne og 70'erne. I det tidsrum opstod der en vækst i borgerrettighedsbevægelser og en udvikling af selvhjælpsorganisationer.



I et review om brugernes arbejdskraft, fremgår det, at brugerrettighedsbevægelsen i psykiatrien opstod som følge af afinstitutionaliseringen og utilfredsheden med de eksisterende vilkår for psykiatriske patienter. Brugergrupperne mødtes med det formål at fremme borgerrettighederne, reformere det psykiatriske sundhedssystem og få kontrol over egen pleje og behandling (Consumer Workers' Forum Project, 2010). Umiddelbart var disse tiltag båret af en fælles antiautoritær oprørsånd – både dem som organiserede sig som survivors, (survivors opfatter sig selv som at have overlevet opholdet i psykiatrien) og dem som organiserede sig i andre brugerorganisationer. Mange af disse nye organisationer mente, at psykisk sygdom var sociale og politiske konstruktioner, og at folk havde brug for grundlæggende juridisk og menneskerettigheds beskyttelse. Det var primært personer, der var kommet sig efter deres lidelse, som drev disse brugerorganisationer. På den måde var de aktive rollemodeller for andre (Fisher et al., n.d.).

I USA overstiger antallet af brugerstøtteorganisationer i dag den traditionelle psykiatri, men også England, Australien, New Zealand og Skotland er betydelig længere i denne udvikling end Danmark (Consumer Workers' Forum Project, 2010).

I modsætning til de frivillige brugerorganisationer, har den lønnede beskæftigelse af brugerstøtte i psykiatrien været langsommere under udvikling. Ifølge et review fra England fremgår det, at praksissen med brugerstøtte har været længe undervejs pga. negative ideer om, at mennesker med psykiske problemer, ikke evner at støtte andre. Det er først for nylig, måske hjulpet af den recoveryfokuserede tilgang, at værdien af den gensidige støtte er ved at blive anerkendt og kan blive en del af de lovbestemte ydelser (Repper & Carter, 2011). Davidson skriver, at inden for sundhedsvæsenets formelle ydelser har stigmatisering og stereotypisering på det psykiatriske område forhindret formelle tiltag til brugerstøtte ordninger (Davidson et al., 2006). I socialpsykiatrien har brugerstøtte været på dagsorden i flere år, men i behandlingspsykiatrien er tiltaget rimelig nyt i et internationalt perspektiv og særdeles nyt i nationalt perspektiv.

I Danmark findes der flere organisationer, som opstod i løbet af 70'erne og som varetager brugernes interesser både lokalt og nationalt. Disse organisationer er drevet på forskellig vis og har forskellige formål. "Galebevægelsen" kom på scenen i 1979. Landsforeningen for Sindslidendes Vel, forkortet SIND, blev stiftet i 1960 er en interesseorganisation for sindslidende og pårø-

rende. LAP – Landsforeningen for Nuværende og Tidligere Psykiatribrugere, blev stiftet 1999. Psykiatrifonden, som er en privat humanitær organisation (NGO) blev etableret i 1996. Foreningen Bedre Psykiatri blev stiftet i 1992 og er en forening for pårørende til mennesker med psykisk sygdom. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet blev oprettet i oktober i 2011 af paraplyorganisationen Danske Patienter. Centeret skal samle, udvikle og formidle viden om brugerinddragelse af patienter og pårørende. Endelig skal jeg nævne Outsideren, der er Danmarks største brugerproducerede blad om psykiatri. Derudover er der oprettet mange andre foreninger og organisationer, der repræsenterer og varetager brugernes interesser f.eks. depressionsforeningen.

I et review om brugerbevægelsen, peges der på, at brugerstøtte og brugerinddragelse har udviklet og spredt sig i de seneste tre årtier. Særligt i USA, England og Australien blev der lagt pres på, at brugerne blev inddraget i planlægningen, gennemførslen og evalueringen af det psykiatriske sundhedssystem. Gennem aktiv fremme af brugernes deltagelse, blev brugerstøtte og brugerinddragelse en accepteret del af det psykiatriske sundhedssystem og en del af sundhedspolitikkerne. Reviewet peger videre på, at der i disse lande ses et stort antal brugere, som er ansat i det psykiatriske system og i frivillige organisationer på både et nationalt og lokalt plan (Hinton, 2009). I disse lande bliver brugerne løbende involveret i evaluering af ydelser, i retsspørgsmål, i forskningsaktiviteter, i forbindelse med service tilbud og i forhold til input til uddannelsesprogrammer (Consumer Workers' Forum Project, 2010). I mange lande arbejdes der meget målrettet og strategisk med at involvere brugerne også i relation til uddannelse af fagprofessionelle.

Inddragelsen og ansættelsen af brugerne i det psykiatriske system er bl.a. baseret på anerkendelse af, at ikke alle behov hos mennesker med psykisk lidelse, kan opfyldes af det professionelle personale, og at brugerstøtte har noget unikt og værdifuldt at tilbyde (ibid.). Flere regeringer har endvidere erkendt vigtigheden af at brugerne spiller en afgørende rolle i forbedringerne af psykiatrien, bidrager til reduktion i brugen af og prisen på tjenesteydelser – herunder hospitaler, psykiatere og praktiserende læger og andre tjenester. For eksempel var USA med The President's Commission et af de første steder i verden til at inddrage brugerperspektivet i den nationale strategi. I USA kræves det i dag, at stater, der modtager statslige midler til psykiatrien, har brugere inddraget på alle niveauer (Hinton, 2009).

Målet i mange af disse lande er, at brugerstøtte skal være en del af arbejdsstyrken i den mentale sundhedstjeneste (ibid.). Det vil sige, at der er en voksende erkendelse af, at brugernes synspunkt kan medvirke til at forbedre kulturen, kvaliteten og effektiviteten på det psykiatriske område.

Danmark er bagefter, når det kommer til at tage forpligtende initiativer til inddragelse af patienternes perspektiv i planlægningen og udviklingen af sundhedsvæsenet, men udbredelsen af brugerstøtte som led i recovery-orienterede programmer og involvering af brugerne, er ved at modnes i Danmark.

I april 2012 nedsatte regeringen et udvalg, som skulle komme med forslag til, hvordan indsatsen for personer med psykisk lidelse skal tilrettelægges og gennemføres bedst muligt. Udvalget bestod af repræsentanter fra flere brugerorganisationer. Psykiatriudvalgets rapport "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykisk lidelse" udkom i oktober 2013 og peger bl.a. på brugerinddragelse og brugerstøtte som måder at få en mere recovery-orienteret indsats i psykiatrien (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013).

Rundt om i landet er flere regioner ved at ansætte brugere i afdelingerne, der arbejdes med projekter om brugerstyrede senge, og der oprettes paneler, hvor brugerne bliver inddraget i bl.a. planlægning af nye sygehuse, i sikkerhedsforanstaltninger m.m. Brugerinddragelse og praksissen med brugerstøtte er begyndt at blive anset som nødvendig i den fremtidige psykiatri. Initiativerne er ved at blive til mere end blot programmatisk intentioner.

Brugerstøtte er udbredt i mange lande, men spørgsmålet er, om man kan indkredse hvordan brugerstøttepraksisserne organiseres og hvad brugerstøtternes funktion er. Det vil jeg se nærmere på i næste afsnit.

## **Brugerstøtte et bredt begreb**

Helt aktuelt ses der en øget interesse i at tale om brugerkulturernes forskellige udformninger, men det er vanskeligt at få et overblik over praksissen med brugerstøtte både i et internationalt og nationalt perspektiv, fordi brugerstøtte er et omfattende begreb. Brugerstøtte omfavner alt fra den velstrukturerede, formelle og professionelle praksis, hvor den professionelle har brugerbaggrund, til den anden ende af spektret, hvor uformelle venskaber finder sted i det naturlige nærmiljø. Midt i spektret findes selvhjælp/fælles støttsteder

som foregår i frivillige rammer. Af mere organiserede tiltag findes forskellige selvhjælpsprogrammer/patientskoler, som er arrangeret af private eller offentlige institutioner.

Ifølge Davidson er den naturlige støtte blandt brugere kendetegnet ved en gensidig støtte, hvorimod brugere, der er blevet ansat til at yde støtte, forventes at være recovered (Davidson et al., 2006). Der eksisterer forskellige forventninger og roller til brugerstøttefunktionen, afhængig af, hvordan tilgangen planlægges og hvordan brugerstøtterne organiseres. Alligevel er det gensidigheden, der er det fælles i praksissen med brugerstøtte til forskel fra den professionelle støtte. Det betyder ikke, at brugerstøtter ikke har en ekspertrolle. Repper og Carter refererer til et uddannelsesmateriale, der anvendes af en brugerorganisation i Arizona : *"Peer support handler om at være ekspert på ikke at være en ekspert og det kræver en masse ekspertise "* (min oversættelse) (Repper & Carter, 2011).

I en gennemgang af litteraturen strækker brugerstøtte sig lige fra rum til social hygge og aktivitetsmuligheder, til tilbud om uddannelsesprogrammer, støtte til bolighjælp, støtte til hjemløse, beskæftigelsesprogrammer, hotlines, advokathjælp og hjælp til at få adgang til ydelser og tjenester, forskning m.m. Flere steder i udlandet findes også respite houses, hvor folk kan komme og være fra en dag og op til ca. tre uger, når de er i følelsesmæssig krise. Det er steder, der er drevet af brugere, hvilket giver en oplevelse af sikkerhed, støtte og komfortable omgivelser, og som ikke er forbundet med skam, som det opleves indenfor det traditionelle system (Fisher et al., n.d.) (Noter fra studietur i USA).

I en gennemgang af litteraturen er det tydeligt, at brugerstøtte er et bredt begreb, som foregår i mange forskellige former og kontekster, hvor brugerstøtterne har forskellige roller og ansvarsområder. Desuden er der stor forskel på arbejdstitlerne, om den enkelte får løn for sin ydelse samt forskelle i lønniveauer, om den enkelte har fået en uddannelse til sin funktion og hvilken uddannelse vedkommende har fået, samt om der ydes supervision individuelt og/eller i grupper. Der er derved ikke nogen klar definition af hvad brugerstøtte er, hvad arbejdet består af, hvad de skal udføre, hvilke kompetencer der forventes og hvilke vilkår de har. Alle tiltag med brugerstøtte har forskellige programmer, organisationsstrukturer, interesser og mål.

I det følgende skal jeg præcisere, hvordan brugerstøtte skal forstås i denne afhandling.

## Brugerstøtte i denne afhandling

Praksissen med brugerstøtte praktiseres aktuelt rundt om i landet og på mange måder. Det er ikke min hensigt at legitimere en hvilken som helst brugerstøtteordning. Jeg vil derfor beskrive, hvordan jeg forstår begrebet brugerstøtte og i næste kapitel uddybe de forskellige interesser, der kan optræde i en praksis med brugerstøtte.

I denne afhandling anvender jeg begrebet brugerstøtte om en person, der har oplevet og har erfaringer med at blive diagnosticeret med en psykisk sygdom og som har erfaringer med indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Brugerstøtternes funktion er, at de skal støtte de patienter som aktuelt er blevet indlagt på en af de tre udvalgte psykiatriske afdelinger, som deltog i projektet, og følge patienterne i hverdagslivet efter udskrivelsen.

Praksissen med brugerstøtterne skal udgøre en alternativ praksis og være et supplement til den traditionelle psykiatriske behandlingspraksis. For personalet på de involverede afdelinger, vil det være en ny samarbejdsform omkring den psykiatriske patient.

Den konkrete brugerstøttepraksis går på tværs af den professionelt ledet praksis og den naturlige støtte blandtigestillede, da brugerstøtterne skal organiseres og gennemgå et læringsforløb, hvor de skal lære at anvende deres erfaringer og formulere ”den gode støtte” samt skabe forandring med udgangspunkt i egne hverdagserfaringer med psykisk lidelse.

Ideen med at sætte fokus på steder og kontekster, hvor folk lever deres liv – deres hverdagsliv – er ikke ny. I Ottawa Charteret om Sundhedsfremme, erklares det at: *“Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love”* (WHO, 1986). Der bliver dermed sat fokus på de steder og kontekster (settings), hvor folk lever deres liv, som en afgørende rolle for sundhed og velvære. Denne tilgang bygger på erkendelsen af, at sundhed i vidt omfang påvirkes af og bestemmes uden for sundhedsvæsenet og en forbedring i sundhed kræver investering i de sociale sammenhænge og systemer; hvor folk opholder sig (Carlsson, 2009). Der fokuseres dermed på at udvikle støttende kontekster der hvor folk lever deres liv.

I brugerstøttepraksissen træder brugerstøtterne ind i de psykisk lidendes hverdagsliv for en tid og bliver en del af den enkeltes kontekst. Brugerstøtterne bliver ikke en del af deres behandling, men bliver en del af deres liv. Det interessante for denne afhandling er betydningen af de nye læreprocesser.

Hvordan medvirker brugerstøtterne til at forandre de psykisk lidendes kontekster og hvordan bidrager de til at skabe nye relationer mellem de psykisk lidende og de kontekster, som de indgår i.

I næste kapitel vil jeg reflektere over, hvilke forskellige interesser, der kan optræde i en brugerstøttepraksis.

## 5. Brugerstøtte som brugerinddragelse

Brugerstøtte er en måde at inddrage brugerne i psykiatrien, men spørgsmålet er, hvilke interesser brugerinddragelse tjener. Det vil jeg forfølge i dette kapitel.

### **Brugerinddragelse – aktuelt i sundhedsvæsenet**

Begrebet brugerinddragelse er blevet et meget centralt begreb i udviklingen af sundhedsvæsenet, både set i et internationalt og nationalt perspektiv. I de foregående afsnit beskrev jeg, hvordan brugerinddragelse, i et internationalt perspektiv, har været en af hjørnestenene i det politiske arbejde med at forbedre psykiatrien. Her betragtes brugerinvolvering som nøglen til at transformere psykiatriens service til en recovery-orienteret service, hvor sundhed er målet i stedet for kun at respondere på sygdommen.

I Danmark peger Servicestyrelsen på, at Danmark på trods af intensionerne, har meget at lære af lande som Australien og England, når det drejer sig om at tage forpligtende initiativer til at inddrage patienternes perspektiver i planlægningen og udviklingen af sundhedsvæsenet. I følge servicestyrelsen er den grundlæggende tanke med brugerinddragelse, at brugernes viden er væsentlig for kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet og brugerinddragelse skaber bedre behandlingsresultater ligesom det giver større tilfredshed (Videnscenter for brugerinddragelse, n.d.).

I Danmark beskrives brugerinddragelse, på det psykiatriske felt, i den ”Nationale strategi for psykiatri” fra 2009, (Sundhedsstyrelsen, 2009) og konkret i regionernes strategier, f.eks. i pjecen fra Region Sjælland Psykiatrien ”Brugerstyret psykiatri - Hvad betyder det i praksis” (Region Sjælland, 2010). Fokus på brugerinddragelse er yderligere blevet skærpet med regeringens rapport ”Mere borger, mindre patient” fra maj 2013, hvor regeringen sætter fokus på

at styrke inddragelsen af patienter og pårørende i det danske sundhedsvæsen (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013). Endelig sætter psykiatriudvalgets rapport fra oktober 2013 også et stærkt fokus på brugerinddragelse. I rapporten er der en række initiativer til at betragte brugerinvolvering som en måde at få ændret psykiatriens perspektiv til en recovery-orienteret tilgang (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013). I Danmark har Sundhedsloven i flere år stillet krav om patientinddragelse, hvor reglerne bl.a. skal sikre, at patienters integritet og selvbestemmelsesret respekteres (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2010).

Intensionen om at øge kvaliteten i det danske sundhedsvæsen, har medført, at de danske regioner er forpligtet til at implementere Den Danske Kvalitetsmodel, som er et landsdækkende system. Det drejer sig om et kvalitetsarbejde, hvor alle afdelinger, enheder, etc. skal opfylde de standarder der er opstillet i Den Danske Kvalitetsmodel. Hver standard skal udmønter sig i et eller flere retningsgivende dokumenter, der skal efterleves i det daglige arbejde. Målene med Den Danske Kvalitetsmodel er blandt andet at skabe bedre patientforløb og ensartede retningslinjer for alle behandlinger. En af standarderne er målsætningen om at inddrage patienterne i beslutninger vedrørende egen behandling (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet - IKAS, 2009)

Internationalt og nationalt er der en øget tendens til, inden for social- og sundhedsvæsenet, at inddrage brugerne. Vibis, Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet<sup>2</sup>, skelner mellem to dimensioner i relation til brugerstyring/brugerinddragelse: den individuelle og den organisatoriske (Videnscenter for brugerinddragelse, n.d.). I det følgende vil jeg diskutere brugerinddragelse i forhold til brugerstøttepraksissen, som både rummer elementer af individuelle, organisatoriske og samfundsmæssige dimensioner.

## **Brugerinddragelse – forskellige interesser**

På trods af, at både politikere, fagfolk, brugere og frivillige interessenter tilsyneladende kan blive enige om, at brugerinddragelse er godt og på trods af forskellige måder at inddrage brugerinddragelse på, hersker der alligevel tvivl om, hvad brugerinddragelse betyder. En af de største udfordringer med bruger-

---

<sup>2</sup> Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet blev etableret i oktober 2011 af paraplyorganisationen Danske Patienter. Se: <http://vibis.dkdk>

inddragelse er, ifølge forsker Charlotte Bredahl Jacobsen, at man i sundhedsvæsenet ikke har en fælles forståelse af, hvad det rent faktisk betyder – og hvordan man rent faktisk kan inddrage brugerne i praksis (Videnscenter for brugerinddragelse, 2012). Den problematik, som Jakobsen fremhæver, skyldes, at brugerinddragelse anvendes i forskellige sammenhænge med forskellige betydninger og hensigter. Begrebet anvendes flertydigt og tolkes ind i forskellige politiske ideologier og betydningshorisonter.

Regeringens nedsatte Psykiatriudvalg, og de under udvalget nedsatte arbejdsgrupper, repræsenterer for eksempel et bredt sammensat udvalg med en række organisationer, eksperter og interessenter, som rummer mange forskellige typer af interesse i brugerinddragelse. Udvalget og arbejdsgrupperne repræsenterer, efter min mening, bl.a. humanistisk orienterede kritikere af psykiatriinstitutioners håndtering af psykisk lidelse, tilhængere af bedre efterlevelse af behandling, effektivitetsorienterede tilhængere af en bedre ressourceudnyttelse, tilhængere af det nære samfunds værdier og af tilhængere af offentlige nedskæringer<sup>3</sup>. I argumenterne for at gøre brugerinddragelse til en vigtig og væsentlig strategi for den fremtidige psykiatriske praksis, kan disse forskellige interesser mødes i forhold til fordelene ved brugerinddragelse. Problematikken er, at hver faggruppe, forskellige sektorer, institutioner, organisationer, brugere, frivillige interessenter m.m., hver har deres legitime fokus og særlige perspektiv på brugerinddragelse, som de hver især repræsenterer. Deres fokus og særlige perspektiver rummer ikke en fælles interesse, men handler om en mangfoldighed af særinteresser, som de hver især kæmper for at optimere.

Anvendelsen af begrebet afhænger derfor af de bagvedliggende interesser og ideologiske perspektiver og dermed af den erkendelsesmæssige interesse, der ligger bag ideologierne. En brugerstøttepraksis kan fungere som en markedsreguleret samfundsmæssighed, som resulterer i individualisme, men en brugerstøtte praksis kan også føre til samfundsmæssige relationer, som er baseret på solidaritet og på det myndige individs præmisser. Der eksisterer forskellige strategiske scenarier, som jeg vil forfølge i de næste afsnit.

---

<sup>3</sup> Se rapporten (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013) side 284 – 293 hvor udvalget og arbejdsgrupperne er præsenteret.



## **Perspektiver på brugerinddragelse og brugerstøttepraksis**

Psykiatriudvalget ønsker mere brugerinddragelse bl.a. i form af mere brugerstøtte. I den sammenhæng skriver de, at det ikke er lykkedes at etablere landsdækkende og systematiske programmer for udvikling af peer-støtte (brugerstøtte) som recovery-understøttende ressource (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013). Udvikling af programmer kan være en støtte og her kan der hentes inspiration fra udlandet, men det væsentlige er tilgangen til det andet menneske. Jeg mener, at man må forholde sig til, hvad formålet er med at involvere brugerne i en brugerstøttepraksis og reflektere over de forskellige perspektiver. Debatten rummer grundlæggende tre perspektiver, som indeholder forskellige interesser: liberalistiske interesser, velfærdsstatslige interesser og demokratiske – emancipatoriske interesser.

### **Brugerstøtte i et velfærdsstatsligt perspektiv**

I et velfærdsstatsligt perspektiv er der fokus på at inddrage borgerne. Mynigheder og offentlige institutioner er igennem internationale aftaler og konventioner i stigende grad blevet forpligtet til at involvere borgerne i planlægningsprocesserne, hvilket bygger på en erkendelse af, at en mere demokratisk planlægning er forudsætningen for, at politiske målsætninger overhovedet kan nås (Clausen & Hansen, 2007). Presset på velfærdsstaten medfører behov for nye velfærdsstrategier, hvor sociale serviceydelser med borgerinddragelse er en oplagt ressource- og kapacitetsopbygning i den sociale indsats (Lundgaard Andersen, 2012). I et velfærdsstatsligt og anvendelsesorienteret perspektiv, skal der netop rettes fokus på borgere, der er socialt og sundhedsmæssigt udsatte og den nationale civilsamfundsstrategi skal styrke inddragelse af civilsamfundet og frivillige organisationer i den sociale indsats (Regeringen, 2010). I denne optik kan brugerstøtte betragtes som et tilbud, målrettet sårbare grupper, som er socialt og sundhedsmæssigt udsatte og som er i fare for eller har mistet tilknytning til samfundet.

I vores velfærdssamfund er frivillighed blevet et bærende princip for et robust og velfungerende samfund. Vi skal vænne os til en langt højere grad af aktive-ring og ansvar for eget velbefindende samt på frivillighedsprincippet om at hjælpe hinanden, og ikke blot vente på at det offentlige eller forsikringsselskaberne hjælper os. Socialministeriets rapport fra 2010 viser, at mere end 68 pct. af danskerne gerne vil udføre frivilligt arbejde, hvis de bliver spurgt (Regeringen, 2010). Brugerstøtte kan være en styrkelse af civilsamfundet, men frivillighedsaspektet kan også betragtes i et ressourcebesparende og effektiv-

seringsperspektiv. For eksempel kan en brugerstøtte medvirke til at øge patientens compliance, medvirke til færre genindlæggelser, afhjælpe omsorgssvigt pga. effektiviserede arbejdsgange og personalebesparelser, samt perspektivet om en hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Men anerkendes brugerstøtternes erfaringsviden, er der snarere tale om en demokratisering af ekspertviden. Brugerstøtte kan i denne optik medvirke til udvikling af ressourcer og myndiggørelsesprocesser blandt svagere stillede grupper.

Den moderne velfærdsstat lægger vægt på individuel ansvarlighed, men er innovativ af andre grunde (Lundgaard Andersen, 2012). En brugerstøttepraksis kan skabe serviceydelser til socialt udsatte borgere. Derudover kan den skabe meningsfulde arbejdspladser til en anden udsat gruppe, nemlig brugerstøtterne selv, som ellers kun har få muligheder for beskæftigelse på arbejdsmarkedet. Endelig medfører projektet, at de involverede brugerstøtter får mulighed for at indgå i lærings- og demokratiseringsprocesser.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at de politiske perspektiver kombinerer demokratiske elementer, hvor der lægges vægt på borgernes ret til sundhed og på neoliberale elementer, hvor borgerne primært ses som ansvarlige for deres egen sundhed. Det sidste perspektiv vil jeg komme ind på i næste afsnit.

## **Brugerstøtte i et liberalistisk perspektiv**

Debatten om brugerinddragelse er præget af en mangfoldighed af interesser, som alle har det til fælles, at de tænker brugerinddragelse i statens perspektiv. Brugerinddragelse i et liberalistisk perspektiv er produktionsorienteret. Det er et perspektiv, der ser, at velfærdsstaten er i krise både i forhold til f.eks. økonomi og i forhold til den sociale integration. Her betragtes det civile samfund som en uudnyttet ressource, der kan kompensere for velfærdsstatens mangler og dysfunktioner. Kaare Nielsen hævder, at staten primært er interesseret i brugerinddragelse, hvis dette kan medvirke til en velfungerende social integration og til sikring af et kontinuerligt produktionsforløb (Kaare Nielsen, 2001). Brugerinddragelse i et liberalistisk perspektiv handler om, at brugerne skal inddrages og være med til at definere behov og formulere løsningsstrategier, så de opnår en større grad af selvstyre og mulighed for at forfølge egne mål. I den sammenhæng skal brugerinddragelse og det at få det bedre, ske ved, at den enkelte selv tager kontrol.

Brugerinddragelse og empowerment udgør en del af samme diskurs, om at sætte borgerne i centrum, og bane vejen for større selvansvar og direkte indflydelse på eget liv (Tanggaard Andersen, 2010). Det er et fokus, hvor brugeren skal tage ansvaret for egen sundhed og liv. Ifølge Sundhedsstyrelsen har kommunerne og regionerne en fælles opgave i at forebygge, at sygdom både opstår og udvikler sig, samtidig har den enkelte borger ansvar for eget liv og for de valg og handlinger, som er afgørende for den mentale sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2012). Det vil sige, at der er fokus på interventioner, hvor den enkelte får støtte til at modvirke afmagt og målet er det aktive og myndige menneske. I et statsorienteret perspektiv vil praksissen med brugerstøtte handler om, at brugerstøtterne skal inddrage patienterne og hjælpe dem til at definere behov og formulere løsningsstrategier, så de opnår en større grad af selvstyre, mulighed for at forfølge egne mål og opnår bedre compliance. Det er et perspektiv, hvor der er fokus på individualisme.

Patienterne og brugerstøtter, er som tidligere beskrevet, ofte socialiseret i forhold til de psykiatriske diskurser, hvilket betyder at praksissen med brugerinddragelse kan ses som en ny eller anden form for styringsteknologi. En styringsteknologi, som kan betragtes som magtudøvelse, fordi målet er at yde støtte til patienterne og give dem en ny handlekompetence, som er bestemt af systemets værdisæt; som en ændring af adfærd i en bestemt retning. Det er neoliberale elementer, hvor borgerne primært ses som ansvarlige for deres egen sundhed. I sidstnævnte tilfælde kan brugerstøtte ses som et middel, hvor brugerstøtterne bidrager til social innovation.

Det tredje perspektiv om brugerinddragelse handler om interesser, som er utopiske fremtidsforestillinger. Det vil jeg komme ind på i næste afsnit.

## **Demokratiske – emancipatoriske interesser**

Perspektivet om utopiske fremtidsforestillinger er bygget op omkring demokratiske - emancipatoriske interesser, som søger at bestemme det civile samfund som et princip for samfundsmæssiggørelsen. Det er et princip, som er inspireret af Habermas, der kræver et forandret styrkeforhold og det betyder, en indstilling til at generobre rummet for kommunikativ interaktion (Kaare Nielsen, 2001). Dette perspektiv er en samfundskritisk, solidarisk variant, hvor der er fokus på myndiggørelsen af det enkelte individ og af gruppen, og på forandring af ulighedsskabende strukturer. Her fokuseres der på en kollektiv bevidstgørelse og aktiv handling i forhold til ændring af livsbetingelser for

den marginaliserede gruppe. På længere sigt er der fokus på ændring af og regulering af markeds kræfterne og velfærdsordningerne. Når brugerinddragelse ses i dette perspektiv, handler det om at skabe demokratiseringsprocesser, som åbner muligheder for, at mennesker får adgang til at præge deres liv og omgivelser. Det drejer sig om at give støtte til personer, så de får mulighed for at skabe et bedre liv. Det handler om demokratiseringsprocesser af en given kontekst og af menneskers livsbetingelser. Det er nogle af disse perspektiver, som jeg sammen med brugerstøtterne vil søge at praktisere i brugerstøttepraksissen.

I demokratiseringsprocesser, må kernen i demokratiforståelse være partipartisk. Borgernes deltagelse er afgørende og nødvendige i demokratiske processer, men i et kompleks moderne samfund, mener Kaare Nielsen, at det er nødvendigt med en bearbejdning af borgernes erfaringsdannelse. Hvis målet for kritisk teoretisk engagement er en styrkelse af det civile samfund, så er man nødt til at inddrage og bearbejde borgernes modsætningsfyldte erfaringer (ibid.). Myndiggørelsesprocesserne skal tænkes som en kompleks proces, som tager udgangspunkt i og bearbejder borgernes modsætningsfyldte erfaringer.

Når Kaare Nielsen skriver, at målet for kritisk teoretisk engagement er en styrkelse af det civile samfund, er det væsentligt at nævne, at der i kritisk teori skelnes mellem stat, marked og civilsamfund. Det moderne samfunds problemer med bl.a. desintegration, tingsliggørelse og meningskrise, bliver forstået som et udslag af markedets og statens udbredelse af sine reguleringsmekanismer til stadig større områder af det sociale liv (ibid.). I kritisk teori skal det civile samfund forstås som den offentlige, kommunikative interaktion mellem samfundsborgerne. Kaare Nielsen skriver:

Det er her, i den fredelige, kompromis- og konsensusorienterede offentlige brydning mellem meninger, interesser og behov, at der udfolder sig et identificerbart princip for samfundsmæssiggørelse, som repræsenterer en modstandsform mod – og et reelt eksisterende alternativ til – markedets og statens formelle, koloniserede samfundsmæssiggørelsesformer (Kaare Nielsen, 2001, p. 35)

Brugerstøttepraksissen kan derved repræsentere en modstandsform og være et reelt alternativ til markedets og statens formelle samfundsmæssiggørelse af mennesker med psykisk lidelse. Det kræver, at brugerstøttepraksissen organiseres i regi af interesser, som arbejder for en universal, helhedsorienteret videreudvikling af de demokratiske institutioner.

En realisering af potentialet forudsætter læreprocesser i offentlige praksisrum og i en dialogisk udveksling med andre frisatte individer (ibid). Intensioner og visioner om det civilsamfundsmæssige potentiale indeholder en fin ambition, men i praksis er der tale om yderst komplekse processer. I det følgende vil jeg pege på de interesser, som skal danne udgangspunktet for brugerstøttepraksissen i denne afhandling.

## **Brugerstøttepraksissen**

De forskellige målsætninger og ideologiske tilgange til at opnå og understøtte en praksis med brugerstøtte, er forskellige måder til at forstå og arbejde med brugerstøtte i praksis. I spørgsmålene og visionerne om at praktisere brugerstøtte, er det derfor vigtigt at reflektere over, hvordan brugerstøttepraksissen skal struktureres og organiseres, og hvordan arbejdsdelingen skal være i forhold til hvilke målsætninger og værdier, man ønsker at udvikle.

Tiltag omkring brugerstøtte er altid præget af forskellige ideologiske perspektiver, som kommer til udtryk i forskellige strategier. Det handler om, hvilke muligheder og under hvilke vilkår brugerstøtterne og patienterne får til at udvikle, bevare eller genetablere deres personlige integritet og myndighed.

Psykiatriciudvalget fremhæver i deres rapport, at inddragelsen af peer-støtte (brugerstøtte) kan udgøre en unik og virksom ressource i indsatsen overfor andre mennesker med psykisk lidelse. At de udmærker sig ved, at de kan noget andet end de professionelle. Udvalget fremhæver, med henvisning til forskningsresultater, at brugerstøtter kan løfte opgaven som kontaktperson på linje med et professionelt personale, og at deres indsats har samme eller bedre outcome end fagprofessionelle kollegaers (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013). Psykiatriciudvalgets intensioner er velkomne, men den måde brugerinddragelse organiseres på, bestemmer myndiggørelsens og dermed læringens perspektiv.

Jeg mener, at brugerstøtternes civilsamfundsmæssige potentiale kan få et demokratisk perspektiv, hvis de organiseres i regi af interesser, som arbejder for en videreudvikling af de demokratiske intensioner. Brugerstøtterne skal organiseres som samfundsborgere, som vel at mærke har erfaringer med psykisk lidelse, men de skal ikke organiseres som psykiatriske patienter eller som enkelt personer med egne private interesser. De skal derfor organiseres som deltagende, reflekterende samfundsborgere, som har et fælles anliggende. De-

mokratiseringsperspektivet handler netop om at inddrage personer med psykisk lidelse i at skabe bedre muligheder for sig selv og andre ved at give adgang til bredere livssammenhænge. Det handler om overordnede samfundspolitiske spørgsmål om, hvilket liv og hvilke type samfund vi ønsker i fremtiden.

I det følgende afsnit vil jeg beskrive og reflektere over, hvordan det konkrete udviklingsprojekt med brugerstøtte blev til et forskningsprojekt.

## 6. Fra udviklingsprojekt til Ph.d. afhandling

I år 2010 indgik Psykiatrien, Region Sjælland og Roskilde Universitet et samarbejde, som medførte, at jeg fik mulighed for at forske i brugerstøtte.

Jeg blev ansat i Psykiatrien, Region Sjælland i september år 2009 – september 2012 for at lede et udviklingsprojekt. Projektet var baseret på ideen om, at personer, som selv har været diagnosticeret med psykisk sygdom, kan yde brugbar støtte til patienter, som er blevet indlagt på en psykiatrisk afdeling og støtte dem i hverdagslivet efter udskrivelsen. Fra september 2010 – september 2013 blev jeg indskrevet som Ph.d. studerende på Roskilde Universitet for at forske i denne praksis. Den grundlæggende ide med projektet blev ikke ændret af, at udviklingsprojekt blev til et Ph.d. projekt, men processen har medført betydelige ændringer i begrebsanvendelser, metoder og mulige perspektiver.

I det foregående kapitel har jeg reflekteret over de forskellige tilgange til brugerinddragelse. I det følgende vil jeg reflektere over de konkrete og forskellige interessenter, som kunne tænkes at have en interesse i brugerstøtteprojektet og i min forskning. Jeg vil også diskutere nogle af de konsekvenser som følger af, at jeg som Ph.d. studerende både var leder af et udviklingsprojekt og forsker i selvsamme praksisfelt.

### Mange interessenter

I forbindelse med udarbejdelsen af min Ph.d. afhandling har der været mange forskellige interessenter og interesser på spil samtidigt.

For det første var udviklingsprojektets design, metode etc. beskrevet af den daværende forskningsoverlæge inden jeg blev ansat i regionen. Projektet var endvidere blevet godkendt af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Compliancepuljen, som finansierede den praktiske del af projektet.

Kort tid efter min ansættelse fusionerede forskningsenhederne til én enhed og jeg blev organisatorisk tilknyttet et bestemt distrikt i regionen og fik dermed en ny leder.

I september 2010 blev jeg indskrevet som Ph.d. studerende på Roskilde Universitet, institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, hvor jeg blev tilknyttet Center for sundhedsfremme forskning.

Jeg befandt mig således i et krydsfelt mellem forskellige interesser henholdsvis Ministeriet, Regionen/Forskningsenheden, Distriktet, Universitetet og mine egne interesser. Interesser, der havde mange forskellige og til tider modsat rettede interesser.

I det følgende vil jeg reflektere over de forskellige interesser der var på spil og samtidig problematisere over den betydning de forskellige interesser kunne få for min vidensproduktion.

## **Flere interesser på spil**

Når universitetet og praksisfeltet indgår i et samarbejde, er det vigtigt at forstå de involverede interessenters mening med og indflydelse på ens forskning. Jeg skulle være opmærksom på de involverede interessenters organisering, deres principper, den finansielle situation og hvordan dette fik indflydelse på mine interesser, mit forskningsområde og på den måde, som jeg forpligtede mig på i min forskning. Alle disse påvirkninger, fra det individuelle til det organisatoriske niveau, markeds kræfter og så videre, måtte jeg indplacere i en bredere sammenhæng, hvilket jeg vil give et billede af i de følgende afsnit.

## **Universitetets perspektiv**

Ifølge Nielsen og Nielsen er universiteternes opgave at forske og undervise, men i 90'erne blev universiteternes tredje opgave formuleret som at mediere vidensskabelse og forandringsprocesser. Konkret betød det, at universiteterne skulle bidrage til at skabe vækst og udvikling regionalt igennem praktisk rette-

de projekter (Steen Nielsen & Aagaard Nielsen, 2006). Samarbejdet mellem Psykiatrien, Region Sjælland og Roskilde Universitet kan ses som en konsekvens af denne politiske interesse.

Oprindeligt var universiteterne selvstændige institutioner, der repræsenterede en samfundsmæssig forpligtethed til at søge det almene eller den klassiske ide om at søge "sandheden". Egmosen nævner, at i denne periode, også kaldet modus 1, handlede paradigme diskussionerne i de videnskabelige kredse om kriterierne for "hvad er god videnskab". I teorierne om modus 2, handler diskussionerne ikke om at søge det almene eller "sandheden", men om validitetskriterier for skabelsen af social robust viden (Egmosen, 2011). I modus 2 teorierne er interessen samlet om den samfundsmæssige nødvendighed af en anderledes organisering af vidensskabelse og et samfundsmæssigt krav om, at vidensskabelsen skal nyttiggøres og at forskningen skal være anvendelsesorienteret (Steen Nielsen & Aagaard Nielsen, 2006). Universiteternes samfundsmæssige forpligtelse har dermed ændret karakter, hvilket betyder, at universiteternes autonomi er på spil. Samarbejdet mellem Psykiatrien, Region Sjælland og Roskilde Universitet kan ses som en konsekvens af denne politiske interesse i at betragte vidensskabelse som en samfundsmæssig nødvendighed. Strukturen i samarbejdet er i sin grundlæggende form berørt af denne realitet, hvilket medfører en risiko for en instrumentalisering af universitetsforskningen.

Roskilde Universitet har en lang tradition for at forankre forskningen i en konkret problemstilling i praksis, men fra et forskningsmæssigt perspektiv er det væsentligt, at forskningen ikke reduceres til en instrumentel evalueringsopgave. Set fra dette perspektiv, måtte jeg være opmærksom på, at min opgave som Ph.d. studerende ikke var at evaluere brugerstøtte som middel til en bedre psykiatri i forbindelse med min ansættelse som projektleder for et udviklingsprojekt. Set fra universitetets perspektiv var interessen, at min Ph.d. afhandling blev relateret til sundhedsfremmende perspektiver inden for hverdagslivets psykologi og læreprocesser, udvikle kvalificeret viden til sundhedsfremmende processer og udvikle metoder til sundhedsfremme.

Det samfundsmæssige krav om, at vidensskabelsen skal nyttiggøres og forskningen skal være anvendelsesorienteret, samt at universiteterne skal bidrage til at skabe vækst og udvikling regionalt igennem praktisk rettede projekter, rejser to spørgsmål: Hvordan skal jeg håndtere betydningen af, at jeg både er



projektleder og forsker? Hvorvidt jeg skal betragte viden som kontekstbunden.

Jeg vender tilbage til disse spørgsmål, men først vil jeg kaste et blik på andre interesser, som var på spil i forbindelse med min afhandling. Først vil jeg kaste et blik på regionens interesse i projektet.

## **Regionernes interesser**

Den politiske intension om at øge kvaliteten i sundhedsvæsenet har medført, at regionerne har forpligtet sig til at implementere Den Danske Kvalitetsmodel, hvor en af standarderne er målsætningen om brugerstyring. Brugerstøtte kan ses som en indsats for mere brugerstyring og dermed styrke Regionens udviklingsstrategier og visioner for at opnå mere kvalitet i ydelserne.

Brugerstyring er blevet et centralt begreb, som anvendes i den Nationale strategi for psykiatri (Sundhedsstyrelsen, 2009) og i Regionens planer for psykiatrien (Region Sjælland, 2008). Brugerstyring er for eksempel et af de politiske flagskibe i Psykiatrien, Region Sjælland og Psykiatrilædelserne har i denne sammenhæng oprettet ”Enheden for Brugerstyret psykiatri” i oktober 2011.

Psykiatrien, Region Sjælland har endvidere forskningsmæssige mål om, at alle distrikter i psykiatrien skal have en Ph.d. studerende ansat. I dette perspektiv er regionens initiativer og visioner interessante, men forskningen og videnskabelsen kan få karakter af en strategisk ressource for Regionen. Man kan sige at vidensproduktionen i min afhandling kunne være i fare for at blive underlagt et rationalt om at initiere og evaluere brugerstøtte i en konkret praksis.

Region Sjællands og Roskilde Universitets samarbejde kan ses som konsekvensen af behovet for mere forskning tværvidenskabeligt, hvor forskningen i Psykiatrien, Region Sjælland tidligere har været mere naturvidenskabeligt orienteret. Min forskning, som lægger sig inden for det human- og samfundsvidenskabelige område, er blevet vurderet støtteværdigt af Region Sjællands Sundhedsvidenskabelige Forskningsfond.

Set fra dette perspektiv, står jeg i en ganske særlig position, hvorfra jeg kan undersøge og skabe ændringer i praksisfeltet. Min forskning rummer kompleksitet, giver mulighed for lære- og demokratiseringsprocesser for brugerstøtterne og af de involverede patienter og er samtidig innovativ i sin art.

Ifølge Costley kan flere positive sider fremhæves i den arbejdsbaserede forskning, bl.a. at arbejdsbaserede projekter kan spare tid og penge ved at lave forbedringer, fremlægge resultater til at øve indflydelse på politikere og beslutningstagere, samt gøre en forskel for den individuelle og kollektive praksis (Costley, 2010). Det vil sige, at der er mulighed for at fundene i denne afhandling kan integreres på forskellige niveauer.

I den sammenhæng er det væsentligt at være bevidst om og tage konsekvenserne af, at projektmål og fokus for forskningen ikke var sammenfaldende. Jeg kunne ikke, som forsker, give garantier for, at det praksisrettede projekt blev en succes enten i form af færre genindlæggelser, mere compliance eller om det ville skabe empowerment for de involverede og dermed skabe mere demokrati. Jeg rettede derfor henvendelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som var positivt indstillet overfor ændringer i retning af en mere kvalitativ tilgang i forhold til den første udviklingsprojektbeskrivelse, som ministeriet havde godkendt.

Generelt set, må der være interesse for, at et lokalt SATS pulje projekt blev til et Ph.d. studie med tilhørende videnskabelig viden, status og gennemslagskraft, hvilket ofte modsvarer SATS puljernes mindre synlighed eller gennemslagskraft.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, compliance puljen, finansierede den praktiske del af projektet, men jeg havde adgang til og ansvar for budgettet inden for rammerne af den økonomiske bevilling. Pengene fra ministeriet sikrede en frihed fra andre økonomiske magtforholds betydning for projektets gennemførelse.

I det næste afsnit vil jeg vende tilbage til spørgsmålet om, hvordan jeg skal håndtere betydningen af, at jeg både er projektleder og forsker.

## **Når forsker og udviklingsleder er samme person**

Ofte er forskeren og konsulent/udviklingsleder i konkurrence om de samme finansieringsmidler. I sådanne konkurrencer må forskeren tit vige af hensyn til sin forskningsmæssige integritet, bl.a. fordi han/hun ikke i samme grad som konsulenten kan udstede garantier eller løfter til rekvirenten. Forskeren er ikke leverandør af færdige løsninger eller koncepter og kan heller ikke udøve en særlig social eller politisk loyalitet overfor involverede særinteresser

såsom embedsmænd, politikere eller virksomheder (Clausen & Hansen, 2007). Det er et meget stort forskningsmæssigt problem, hvis forskeren bliver rådgiver for at imødekomme andres særinteresser.

Der hersker en spænding mellem forskeren og andre særinteresser, som handler om udbud og efterspørgsel, som er vanskelig forenelige. Ifølge Andersen er der konkurrence om forskningsmidlerne, hvor man så at sige skal søge sin forskning på det udbudte marked. Den uafhængige forskning er op imod stærke drivkræfter, som i mange tilfælde styrer forskningen i dag. Karriere- og meriteringskrav og forskningsforløb over også en ikke ubetydelig indflydelse på forskningen – ikke mindst i forskningsmiljøer, hvor publiceringskrav er gældende kriterier (Lundgaard Andersen, 2012). I sådanne tilfælde er der risiko for, at forskeren transformeres til virksomhedens konsulent.

Der er flere eksempler på at forskeren underskriver kontrakter med virksomheder, hvor virksomhederne skal godkende f.eks. rapporter og artikler inden de bliver publiceret. Det er meget problematisk, når man som forsker går efter bestemte resultater. Når forskeren varetager virksomhedens særinteresser og når forskningsresultaterne bliver underlagt virksomhedernes særinteresse, fratages forskerens autonomi. I forbindelse med forskning i antidepressiv medicin, er der eksempler på, at der er rapporteret flere skævheder karakteriseret ved multiple publikation, selektiv publikation og selektiv rapportering i undersøgelser, der er sponsoreret af medicinalfirmaer (Melander, Ahlqvist-Rastad, Meijer, & Beermann, 2003). Medicinalvarefirmaer finansierer store mængder af forskningen. Når det i overvejende grad kun er de favorable fund, der bliver publiceret eller rapporteret og de mindre gunstige fund bliver fravalgt, fordrejes resultaterne i en så alvorlig grad, at patienterne i denne sag, risikerer ikke at få den optimale medicin. I juli 2012 krævede den tyske medicinalkoncern Fresenius Kabi for eksempel, at en dansk forsker, som havde forsket i en standardbehandling med blodplasma-erstatning, skulle trække sin artikel tilbage, rette en række oplysninger og i et revideret manuskript meddele, at der tidligere var blevet anvendt ukorrekte oplysninger (Lyngklip Svansø & Steen Pedersen, 2012).

Risikoen eksisterer ikke alene på det naturvidenskabelige område, men er en realitet også inden for human- og samfundsvidenskaberne. Det øgede samarbejde mellem universiteterne og andre interesser er yderst komplekst og rummer risiko for, at forskningsresultaterne bliver underlagt virksomheders særinteresse.

Risikoen for at tjene virksomheders interesser afføder mistænkelighed og uro blandt forskere. Hvor kommer midlerne til forskningen fra? Hvilke formål og mål er der med forskningen? Og hvilke interesser hytter forskningen? Mistænkelighederne kan føre til, at forskere indberetter hinanden for videnskabelig uredelighed og datamanipulation, som i eksempelvis den meget omtalte sag, hvor Københavns Universitet politianmeldte hjerneforsker Milena Penkova for dokumentfalsk. Den videnskabelige uredelighed kommer under lup, når forskningen finansieres eksternt.

Det nye samarbejde har medført, at forskere i endnu højere grad skal være opmærksomme på de ofte skjulte dagsordner, der er indlejret i forskningsinteresserne. Forskellige fonde, som udadtil er værdige samarbejdspartnere i et forskningsprojekt, kan meget vel være finansieret af andre, som har særlige interesser i forskningsprojektet. Forskeren skal forsøge at fastholde en forskning, som er kritisk, systematisk og konsistent, og være opmærksom på, at vedkommende ikke bliver fanget ind af den gode ide, selvom bagvedliggende processer og særinteresser kan være svære at gennemskue.

Andersen peger på at staten, forskningsråd og forskningspuljer og andre bevilligende myndigheder, som initierer og finansierer forskningen også er styrende parametre for vidensproduktionen (Lundgaard Andersen, 2012).

Den praktiske del i mit projekt er et eksempel herpå. Projektets praktiske del er finansieret af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Compliancepuljen. Compliancepuljen er et resultat af medicinaftalen i år 2004. Her blev der mellem regeringen og Folketingets øvrige partier truffet aftale om, at der i 2005 – 2008 skulle afsættes et fast beløb på Finansloven til studier og initiativer vedrørende lægemiddelforbruget og lægemiddelanvendelsen for diverse patientgrupper, herunder compliance. Der blev nedsat et Complianceudvalg, som bestod af repræsentanter for Danske Patienter, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Institut for Rationel Farmakoterapi, Lægeforeningen, Lægemiddelstyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Udvalget skulle pege på de projekter, som skulle støttes finansielt.

Jeg har anmodet Ministeriet om at godkende ændringer fra den mere kvantitative undersøgelse til et kvalitativt forskningsprojekt med fokus på brugerstøtte i et empowerment og recovery perspektiv og som en alternativ og supplerende praksis til de eksisterende psykiatriske institutioner. Ministeriet har meddelt, at de indholdsmæssige ændringer er accepteret. Projektet fik således en ny drejning efter det blev et forskningsprojekt. Problemstillingen ses nu i

relation til det komplekse liv, som leves i hverdagen med psykisk lidelse og på brugerstøtte som en alternativ og supplerende praksis.

Jeg har måttet forholde mig til de involverede parter og kritisk forholde mig til, hvordan forskellige ideologier og særinteresser var indlejret i forskningsfeltet og som derved nemt kunne komme til at styre forskningen. Derudover skal vidensskabelsen, som tidligere nævnt, være nyttig og forskningen skal være anvendelsesorienteret, hvorfor universitet måtte bidrage med at skabe vækst og udvikling regionalt igennem dette praktisk rettede projekt. I den sammenhæng vil jeg vende tilbage til spørgsmålet om, hvorvidt jeg skulle betragte den skabte viden som kontekstbunden.

## **Viden som kontekstbunden eller almen**

Min forskning var lokalt forankret og foregik i en bestemt kontekst, hvilket betød, at den producerede viden blev kontekstualiseret. Egemose mener, at inden for human- og samfundsvidenskaberne er vidensskabelse mere eller mindre blevet afløst af en tendens, der peger i retning af, at forstå viden som radikalt kontekstbundet og lokal (Egmose, 2011). Det bliver betragtet som en samfundsmæssig nødvendighed, at den skabte viden er praksisnær.

I et videnskabsteoretisk perspektiv er de poststrukturalistiske tendenser blevet dominerende. Nielsen og Nielsen skriver, at kritik, som den kendes fra kritisk teori, er foreldet (Steen Nielsen & Aagaard Nielsen, 2006). Det skal forstås på den måde, at de poststrukturalistiske retninger betragter viden som radikal kontekstbunden og lokal, hvorimod viden i kritisk teori både betragtes som lokal bundet til en praksis, men som også har en almen samfundsmæssig dimension, som rækker ud over denne praksis.

Min hensigt med og mit valg af kritisk teori er at udfolde det almene i det konkrete og derved problematisere, hvordan den lokale praksis og de samfundsmæssige strukturer er forbundne. Uden denne vekselvirkning ville brugerstøtteprojektet være i risiko for at blive en programmerklæring og ikke en kritik af og forestillinger om demokratiske processer i samfundet. Videnskabsteoretisk og i forhold til mit genstandsfelt er jeg op imod den poststrukturalistiske mainstream, da jeg placerer mig inden for en kritisk teoretisk referenceramme.

Når jeg som forsker og projektleder skulle fungere i samme rolle var det væsentligt, at der både blev skabt nærhed og distance til empirien. Det krævede refleksion på forskellige niveauer, hvilket jeg vil uddybe i næste afsnit.

## **Forskellige refleksions niveauer**

I udviklingsprojektet, var der praktiske opgaver, som skulle løses, samtidig med at jeg kontinuerligt skulle forholde mig til forskellige interaktionsprocesser og endelig var der forskningsspørgsmål, som skulle studeres. At skulle agere mellem praksisfeltet og universitetsfeltet med tilhørende forskellige interesser og perspektiver krævede refleksion.

Nielsen og Nielsen nævner, at det er vigtigt at skelne mellem to praksisniveauer; at gøre praksis til refleksionsniveau for videnskabelig erkendelse (faglig praksishorisont<sup>4</sup>) og at gøre videnskabelig erkendelse til et umiddelbart moment i problemløsningsstrategier (konsulentens praksishorisont) (Steen Nielsen & Aagaard Nielsen, 2006). Det var gennem denne dialektik, at universitetspraksissen kunne yde et bidrag til regionens udvikling, hvilket som nævnt betragtes som universiteternes tredje opgave. Samarbejdet mellem universitetet og Psykiatrien, Region Sjælland rummede derved både et velfærdsstatsligt og et videnskabeligt potentiale.

Udviklingsprojektet var den nære praksis, som jeg så ”indefra”, hvor universitet var stedet, hvor jeg via hjælp fra andre fik skabt refleksion over praksis. Det var nødvendigt, fordi det var meget svært at se det oplagte og tydelige i feltet, når jeg var i begge positioner. Afstand og nærhed til praksis blev derfor væsentlige dimensioner. Universitetet blev konteksten og rummet for videnskabelig refleksion og refleksionen over det almene i det særlige. Min vejleder på universitetet fik derved en ekstra funktion, da hun måtte være særlig opmærksom på min dobbelte funktion og på nødvendigheden af at skabe refleksive rum for den videnskabelige erkendelse, men også for refleksion over praksis. Min vejleder og min deltagelse i forskellige workshops blev helt centrale for mine refleksionsprocesser.

---

4 Faglighed forstået som en videnskvalitet, der er relateret til en systematisk videnskabelig undersøgelsesform, der er kendetegnet ved en fri afstand til den ”umiddelbare praksis”.

Kortlægningen af interessenter og den indflydelse disse kunne få for mine forskningsmæssige interesser, har været vigtige refleksioner og afsættet for denne afhandling.

I det næste kapitel vil jeg redegøre for det psykiatriske system som brugerstøtterne og de indlagte personer kom i berøring med.

## 7. Det psykiatriske system

Psykiatrien har gennem tiderne været organiseret meget forskelligt. De nye tanker om psykiatriens organisering kom i 1977 med Betænkningen om principper for psykiatriens udbygning. Heri skulle psykiatrien, for det første, ligestilles med somatikken bl.a. med det formål, at mindske stigmatiseringen af den psykiatriske patient og gøre de daværende amter opmærksomme på, at opgaven var ligeværdig med de øvrige sundhedsopgaver. Endvidere skulle der ske en decentralisering af den psykiatriske organisering, hvor målet var den distriktpsykiatriske model (Lindhardt, 2002). Denne udvikling førte til et drastisk fald i sengepladserne på de psykiatriske sygehuse, da tanken var at distriktpsykiatrien fremover skulle behandle patienten i sit nærmiljø i samarbejde med vedkommendes praktiserende læge og et behandlerteam fra hospitalet.

I Danmark er sundhedsvæsenet organiseret i fem regioner, der hver er ansvarlig for såvel somatisk som psykiatrisk behandling af borgerne. Regionerne får årligt et beløb (bloktilskud) af staten, som primært anvendes til at drive sundhedsvæsenet for, herunder psykiatrien. Udgifterne til socialpsykiatrien afholdes hovedsageligt af kommunerne.

Den 16. maj 2014 præsenterede den nuværende sundhedsminister Nick Hækkerup regeringens handlingsplan for psykiatrien., der skal styrke indsatsen overfor mennesker med psykiske lidelser. I planen bliver der tilføjet området 1,6 milliarder kroner. Pengene fordeles over fire år fra 2014 – 2018. Hovedpunkterne i regeringens plan er bl.a.: forebyggelse og tidlig indsats, herunder bedre udredning for fysiske sygdomme, reduktion af overdødelighed, nedbringelse af tvang, ligeværdig behandling og arbejde for ligestilling med bl.a. øget patientinddragelse, højere kvalitet, bedre rehabilitering og større sammenhæng i indsatsen (Regeringen, 2014).

Derudover bliver behandlingspsykiatrien finansieret via øremærkede midler, først og fremmest fra satspuljen, hvor regeringen udstikker nogle retningslinjer for, hvilke områder i psykiatrien, der skal fokuseres på. I satspuljeaftalen for 2012-2015 blev der for eksempel afsat ca. 62,4 mio. kr. til, at regionerne kan afprøve projekter med brugerstyrede senge i psykiatrien (Regeringen, 2012). Det er projekter, hvor patienterne i forskellig grad selv bestemmer, hvornår de har behov for indlæggelse.

I 1980'erne blev der lagt tre behandlingsspor ud: sygehusbehandling, ambulant behandling og sociale institutioner i amtslig regi. Senere blev det suppleret med et fjerde spor – socialsektorpsykiatrien – som blev placeret hos kommunerne. Dette spor tager udgangspunkt i dem, som opholder sig i eget hjem eller er hjemløse. Alle institutioner for sindslidende blev med strukturreformen samlet hos kommunerne, og sygehusbehandlingen / distriktspsykiatrien i regionerne (Greve et al., 2012).

I følgende tabel fremgår det, at de psykiatriske behandlingsinstitutioner er placeret i regionerne og socialsektorens indsats i kommunerne:

|                             | Sundhedssektor i regionen                                                                                | Socialsektoren i kommunen                                                                               |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Døgntilbud                  | Sygehus behandling                                                                                       | Botilbud                                                                                                |
| Dagtilbud –<br>hjemmeboende | Psykiatriske skadestuer<br>Distriktspsykiatri<br>Opsøgende psykoseteam<br>Privatpraktiserende psykiatere | Støttekontaktpersonordning<br>Bostøtteordning<br>Væresteder/aktivitetssteder<br>Beskyttet beskæftigelse |

(Greve et al., 2012, p. 27)

I hver region er der psykiatriske afdelinger med højt skærmede (lukkede) sengeafsnit, integrerede og lavt skærmede (åbne) sengeafsnit samt distriktspsykiatriske centre, hvor der flere steder er oprettet opsøgende psykiatriske team. Behandlingen er primært medicinsk. Der bliver ikke eller der bliver meget sjældent tilbudt psykologsamtaler eller psykoterapeutiske samtaler. Den praktiserende læge kan henvise til psykologhjælp med 60 % tilskud fra det offentlige, hvis patienten har en let til moderat depression og er fyldt 18 år eller har let til moderat angst og er mellem 18 og 38 år (Sundhed.dk, 2012).



Diagnostik og behandling af psykisk sygdom varetages både i den primære og den sekundære sektor. Den primære sektor omfatter de praktiserende læger samt speciallæger i psykiatri. Den sekundære sektor omfatter de psykiatriske hospitaler med tilbud om indlæggelse og behandling og dertil knyttede ambulante enheder. De distriktspsykiatriske enheder tilbyder tværfagligt ambulant behandling i lokalområdet f.eks. i form af medicinstatus, samtaler med personalet, gruppesamtaler m.m. Derudover er der specialiserede team, som er tilknyttet de enkelte centre.

Kommunerne varetager først og fremmest de opgaver i psykiatrien, som er af social karakter. Socialpsykiatrien yder støtte på områder som bolig, beskæftigelse, sociale tilbud og problemer i hverdagslivet. Socialpsykiatrien yder en social indsats med henblik på at fremme den sindslidendes integration i samfundet, samt evnen til at fungere selvstændigt i hverdagen (Greve et al., 2012). Hovedparten af de socialpsykiatriske institutioner, fx bosteder, væresteder er under kommunalt regi.

Der er også mulighed for, hvis personen er visiteret hertil, at benytte kommunernes væresteder, hvor der foregår forskellige aktiviteter f.eks. madlavning, smykkeværksted, sløjdværksted, etc.

Derudover findes der en støtte-kontaktpersonordning, som er et kommunalt tilbud til mennesker med psykosociale problemer. Ordningen er et opsøgende arbejde, hvor personalet tager kontakt til de mest udsatte og isolerede personer med sindslidelse og/eller misbrug samt hjemløse personer, som ikke selv magter at tage kontakt til de etablerede tilbud (Socialministeriet, 2011).

Hvis man ikke kan klare sig i sit eget hjem, findes der midlertidige bosteder, som er beregnet for borgere, der har behov for en akut bolig af midlertidig karakter. Tilbuddet retter sig mod personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for en midlertidig bolig (Socialministeriet, 2006). Der findes også længere varende bosteder, som er et tilbud til personer, der på grund af betydelig og varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige daglige funktioner, pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse på almindelig vis (ibid.). Ligesom i somatikken findes der også dagspladstilbud, hvor man er på bostedet om dagen, men er hjemme om aften og natten.

Med denne organisering af psykiatrien, skulle sigtet være en mere mangfoldig interventions- og behandlingsindsats end tidligere, men den helhedsorienterede indsats har været svær at praktisere. Eplov, som vandt Helsefondens pris i 2011, peger på områder, som vanskeliggør en helhedsorienteret indsats. Hun peger bl.a. på det manglende samarbejde mellem behandlings- og socialpsykiatrien med uklar opgave- og ansvarsfordeling og manglende udvikling af fælles samarbejdsmodeller og metoder, der ikke kun skal sikre samarbejde i overgange fra den ene sektor til den anden, men sikre et løbende samarbejde (Falgaard Eplov, 2011). Eplov argumenterer derfor for en fælles faglig udvikling, klar ansvarsfordeling, integrerede samarbejdsmodeller og andre tilgange til den sindslidende, som bl.a. er baseret på rehabilitering og recoverytilgange. Den helhedsorienterede indsats, som har været svær at praktisere påvirker også kvaliteten af ydelserne. I det følgende vil jeg se nærmere på kvaliteten.

## **Kvalitet i psykiatrien**

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er et landsdækkende system, der skal udvikle kvaliteten i hele sundhedsvæsenet og dermed også på det psykiatriske felt. Det er et kvalitetsarbejde, der drejer sig om, at alle afdelinger, enheder, etc. skal opfylde de standarder, der er opstillet i DDKM. Hver standard skal udmønter sig i et eller flere retningsgivende dokumenter, der skal efterleves i det daglige arbejde (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet - IKAS, 2009).

Målene med DDKM er blandt andet at skabe bedre patientforløb og ensartede retningslinjer for alle behandlinger, som skal sikre ensartethed i patientforløb og behandlinger på tværs af geografier. Som patient, vil man derfor blive mere sikker på at modtage samme behandling for samme lidelse, uanset hvor man behandles (ibid.).

I praksis viser det sig ikke være helt så enkelt. Det kan f.eks. ses på Psykiatrisk Center Glostrup, hvor både overlæger og Foreningen af Yngre Læger klagede over høje medicindoser til patienterne. Først efter en anonym henvendelse til embedslægen i marts 2012 blev der iværksat en grundig undersøgelse af doseringen af olanzapin på hospitalet. Den viste, at de maksimale anbefalede doser blev overskredet i et omfang, som var uacceptabelt. Det viste sig, at der blev anvendt midlertidige instrukser, som ikke var tilstrækkeligt gennemarbejdede og som ikke fulgte Region Hovedstadens Psykiatri's egne procedurer (Region Hovedstaden, 2012).

Det er muligt, at forholdene er taget ud af deres rette sammenhæng og at medicindoser er meget individuelle, men med landskampagnen mod dødsfald i psykiatrien bliver der sat fokus på medicinrelaterede dødsfald. Ifølge LAP, dør psykisk lidende personer hvert år på grund af den medicin, en læge eller psykiater har givet dem, men dødsfaldene undersøges som regel ikke. Sundhedsstyrelsen afviser, at de døde psykiatribrugere skal obduceres, selv om retsmedicinerne kraftigt opfordrer Styrelsen til at ændre opfattelse (Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere LAP, 2012).

Sundhedsstyrelsen bliver kritiseret fra flere sider. Fornylig blev sundhedsstyrelsen, som skal føre opsyn med lægerne, kritiseret for ikke at have ført det nødvendige opsyn og grebet ind i forhold til en psykiater. Dette skete selvom psykiateren havde fået kritik i Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn 11 gange for at overmedicinere og fejlbehandle patienter. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn fandt grundlag for at kritisere speciallægen i psykiatri for at have overtrådt både lægeloven og autorisationsloven. Desuden har Disciplinærnævnet påpeget, at lægen skal udvise større omhu og at han ikke, som sundhedsperson, har handlet i overensstemmelse med ”normen for almindelig anerkendt faglig standard” (Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, 2014).

Den massive kritik af Sundhedsstyrelsen har medført, at den daværende sundhedsminister Astrid Krag i september 2012 bad Sundhedsstyrelsen om at undersøge muligheden for at oprette et overvågningsprogram for lægemidler i psykiatrien. Samtidig kom der en pressemeddelelse den 5. juni 2013 om, at den daværende Sundhedsminister Astrid Krag ville have eksperter udefra til at gennemgå Sundhedsstyrelsens tilsynsvirksomhed.

Inden jeg beskriver de tre afdelinger, der deltog i projektet, vil jeg først beskrive vejen igennem det psykiatriske system.

## **Vejen igennem systemet - at blive indlagt**

Den omtalte decentralisering har medført, at de psykiatriske hospitaler primært tager sig af personer med akut sindslidelse, og at de bliver udskrevet hurtigst muligt til distriktskykiatrien eller en primær behandler i lokalområdet.

Indlæggelse kan foregå både via henvisning fra egen læge, fra privatpraktiserende psykiater, fra distriktpsychiatrien, eller man kan møde op på den psykiatriske akutmodtagelse, som er en slags skadestue.

Når en person bliver indlagt på en psykiatrisk afdeling bliver vedkommende kategoriseret som en psykiatrisk patient og skal observeres for psykisk sygdom. Behandlingsplanen skal udarbejdes inden for en uge og skal inkludere en udskrivesdato. Behandlingsplanen skal aftales i et samarbejde mellem patienten, en kontaktperson og den behandlingsansvarlige læge/overlæge. Det er således fokus på en hurtig diagnostik og behandling og patienten bliver inddraget i planen. I behandlingspsykiatrien er målet at opnå et godt behandlingsforløb og behandlingsresultat, hvor fokus er på den diagnostiske fase, behandlingsfasen og opfølgningsfasen. Behandlingen er som oftest medicinsk. I næste afsnit vil jeg beskrive de tre afdelinger, som indgik i projektet.

## **Beskrivelse af de tre afdelinger**

De tre psykiatriske afdelinger er beliggende i smukke fredede bygninger på et stort område med smuk natur med skovarealer og nær vandet. Bygningerne ligger nær indkøbscentre med shopping muligheder. På trods af den smukke beliggenhed kan bygningerne også vække uro, da bygningerne i sin tid blev opført som psykiatrisk hospital med dertil hørende opsyn og skrækindjagende pleje- og behandlingsmetoder samt opsynsvagter med schæferhunde.

På afdelingerne er der ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, plejere, pædagoger, fysioterapeuter, socialrådgiver og lægesekretærer. Sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne fungerer som kontaktpersoner for patienterne.

Afdelingernes målgruppe er voksne personer mellem 18-75 år, der lider af skizofreni, affektive sindslidelser, personlighedsforstyrrelser, angst, depressioner, obsessive-compulsive disorder (OCD), samt patienter med misbrug. Indlæggelserne foregår primært ved overflytning fra et lukket afsnit og fra det psykiatriske modtageafsnit. Nogle gange sker indlæggelse efter aftale med distriktpsychiatrien. De tre afdelinger er lavt skærmede afsnit. Principperne for plejen og behandlingen er, at patienterne skærmes fra påvirkninger, der forværrer sygdomssymptomerne, og skærmes imod at skade sig selv eller andre. Afdelingerne modtager patienter, når personer i en kortere eller længere periode ikke kan behandles ambulant. Afdelingerne forsøger at modtage pati-

enter fra hvert deres lokalområde, så der er kontinuitet og genkendelighed ved genindlæggelser. To af afdelingerne modtager også patienter, som har brug for høj skærmmning dvs. en form for lukket afdeling, hvor personen bliver skærmet for hverdagens mange indtryk.

På afdelingerne vil patienten inden for 24 timer få tildelt 2 kontaktpersoner, som vil være patientens faste personalekontakter under indlæggelsen. Kontaktpersonerne vil i samarbejde med patienten, pårørende (hvis patienten ønsker det), primær behandler og læge planlægge og koordinere indlæggelsesforløbet med henblik på samtaler, aktiviteter og for at indgå aftale om udskrivelser. Ved forventet kortvarig indlæggelse, tilstræber personalet, at udskrivningen påbegyndes allerede ved indlæggelsen. Efter længerevarende indlæggelse vil personalet i god tid lave en udskrivningskonference med inddragelse af relevante parter. Det vil sige, at patienten inden for den første uge vil få lagt en individuel behandlingsplan. Denne danner udgangspunkt for forløbet. Det tilstræbes, at patienten er aktivt inddraget i dette arbejde, og personalet anbefaler, at patientens pårørende medinddrages. Hvis patienten samtidig er tilknyttet et ambulant team, vil primærbehandleren derfra også være en vigtig samarbejdspartner. Kontaktpersonerne har desuden et tæt samarbejde med socialpsykiatrien, hvis patienten er tilknyttet denne, eller det skønnes, at der vil blive behov for støtte efter endt behandling.

De pårørende tilbydes samtaler med læge efter behov, såfremt patienten er indforstået med det. De pårørende kan kontakte afdelingens personale døgnet 24 timer. Afdelingerne har ressourcepersoner i forhold til pårørendesamarbejde med fokus på børn af psykisk syge. De pårørende tilbydes sammen med patienten at deltage i samtaler således, at deres samlede viden om sygdommen og behandlingen af denne øges til fordel for alle parter. I de tilfælde, hvor patienten ikke ønsker, at personalet udtaler sig til de pårørende, kan de pårørende få kontakt med personalet i form af lyttende og støttende samtale.

Alle afdelingerne tilbyder trygge rammer, forudsigelighed og personale hele døgnet. Personalet søger at etablere gode relationer, sikre kontinuiteten i plejen og behandlingen, samt medvirke til et godt samarbejde med pårørende og patientens øvrige netværk. På afdelingerne findes tv, dvd, mulighed for pc og de indlagte personer har enestuer med eget bad og toilet.

Patientens dag er individuelt tilrettelagt i samråd med kontaktpersonen og under hensyntagen til den lagte behandlingsplan. En typisk dag indeholder

samtale med kontaktperson, udførelse af tildelt opgave f.eks. borddækning og kaffebrugning, færdighedstræning, fysisk aktivitet i form af gåture og benyttelse af motionsrum samt socialt samvær med personale og patienter. Fysioterapien tilbyder motion, styrketræning, kropsterapi m.m., individuelt eller i grupper. Patienten får samtaler med lægen to gange om ugen.

I det følgende afsnit vil jeg redegøre for vores aftaler og samarbejde med afdelingerne i relation til brugerstøttepraksissen.

## **Samarbejdet med afdelingerne**

De patienter, som kunne få besøg af en brugerstøtte skulle være mellem 18-65 år og være indlagt for 1. gang og op til 2.- 3. gang. Begrundelsen for det begrænsede antal indlæggelser var, at brugerstøtterne skulle have en bedre mulighed for at indgå i et samarbejde med de indlagte personer ud fra et hverdagslivs perspektiv. De inkluderede patienter skulle kunne indgå i dialog med brugerstøtterne, hvorfor personer med for eksempel demens blev fravalgt. Af sikkerhedsmæssige årsager blev personer, der var retspsykiatriske patienter, personer i surrogatfængsel eller indlagt af anden retslig foranstaltning, fravalgt. I virkeligheden besøgte brugerstøtterne flere patienter, der var over 65 år og flere patienter, som havde været indlagt mere end 3 gange. Grunden hertil var at det var vanskeligt at få nyindlagte patienter til projektet.

Samarbejdet med personalet foregik forskelligt på de tre afdelinger. Den ene afdeling havde indført tilbuddet til næsten alle patienter, som en fast rutine i forbindelse med indlæggelsessamtalen, hvorfor hele personalegruppen var aktiv. Afdelingens personale mailede til mig, når de havde patienter, der ønskede besøg. Denne afdeling havde 43 patienter til projektet. Den anden afdeling havde ingen faste rutiner i forbindelse med projektet. De ringede til mig, når de havde personer der ønskede besøg. Denne afdeling havde 7 patienter, der ønskede besøg. På den sidste afdeling var det afdelingssygeplejersken, som var primus motor. Hun opfordrede personalet til at spørge patienterne om de ønskede besøg. Brugerstøtterne deltog også flere gange på afdelingens morgenmøder, hvor de fortalte om projektet til de indlagte patienter. Afdelings-sygeplejersken og personalet ringede eller mailede til mig, når der var patienter, der ønskede besøg. Afdelingen havde i alt 15 patienter, der ønskede besøg. En patient blev henvist fra distriktpsykiatrien.

Når afdelingerne havde kontaktet mig, kontaktede jeg brugerstøtterne for at arrangere et besøg. Jeg forsøgte at matche alder, køn og problemstillinger, men ofte har geografien, brugerstøtternes hverdagsliv og antallet af patienter, som de besøgte, været afgørende faktorer. Disse omstændigheder bevirkede også, at det var forskelligt om brugerstøtterne gik på besøg alene eller om de fulgtes to og to.

I alt besøgte brugerstøtterne 66 patienter. Heraf var 4 genindlagt, som dermed fik besøg af to omgange. 62 patienter fik jævnlige besøg i op til 3 måneder. Fem af patienterne, som jeg interviewede i forbindelse med afhandlingen, fik jævnlige besøg i 1 år. Patienterne valgte selv om de ville have deres mand/kone/kæreste eller andre med til samtalerne.

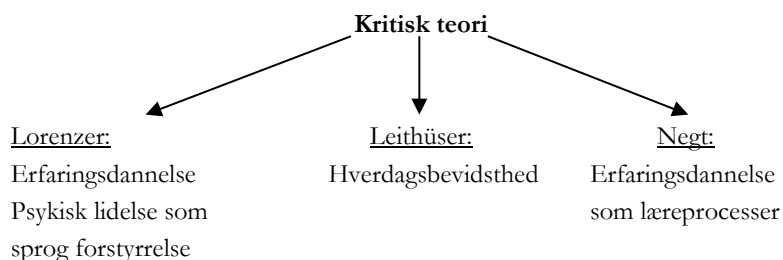
Patienterne, som brugerstøtterne besøgte, var en meget heterogen gruppe. Gruppen bestod af personer med henholdsvis få og mange indlæggelser, nogle havde været indlagt tidligt i livet og andre sent, nogle havde korte indlæggelser og andre langvarige indlæggelser og de havde meget forskellige diagnoser. Gruppen bestod både af mænd og kvinder mellem 18 – 70 år, som havde forskellig social status, uddannelse, netværk, beskæftigelse, økonomi, etc.

I analyseafsnittene reflekterer jeg over udvalgte dele af projektet med brugerstøttepraksissen, men først vil jeg redegøre for mit erkendelsesmæssige fundament og den teoretiske ramme.

## 8. Afhandlingens erkendelsesmæssige fundament og den teoretiske ramme for undersøgelsen

Først redegør jeg for afhandlingens videnskabsmæssige fundament og derefter gør jeg rede for de vigtigste teoretiske inspirationskilder, forståelser og begreber, som jeg benytter i analyserne af det empiriske materiale

I afhandlingen følger jeg primært tre teoretiske perspektiver, som vil blive anvendt til at analysere det empiriske materiale:



Disse analytiske perspektiver har fokus på erkendelsesprocesser og på den fordring, som handler om, at den enkelte skal udvikle erfaringsbaseret dømmekraft, så vedkommende bliver i stand til at reflektere sig selv i forhold til omverdenen, som et myndigt individ. Først lidt om kritisk teori og valget af Lorenzers materialistiske socialisationsteori.

I forhold til mine analytiske perspektiver, er det vigtigt for mig at understrege, at mit erkendelsesmæssige fundament og den teoretiske ramme er en konsekvens af min problemstilling, men det har også været samspillet med praksisen med brugerstøtterne, min empiri og de begyndende analyser, der har ført til de teoretiske perspektiver. Mine analyser er med andre ord ikke et produkt af en deduktiv tilgang, men har været en proces over tid. Det har været en bevægelse over tid, hvor jeg hele tiden har opdaget nye nuancer og fået nye perspektiver på læreprocesserne og på brugerstøtte som en alternativ og supplerende praksis.

## Kritisk teori

Mit erkendelsesmæssige fundament trækker på kritisk teori. Kritisk teori lægger vægt på socialisationen, den historiske foranderlige produktion af den menneskelige subjektivitet (Salling Olesen, 2012). Når jeg har valgt kritisk teori, hænger det sammen med, at jeg er overbevist om, at der eksisterer en virkelighed, en materiel virkelighed. Mit valg af kritisk teori skal også ses i relation til, at kritisk teori konsekvent fastholder subjektet og det dialektiske syn på samfundet. I kritisk teori lægges der ikke vægt på individet alene, men på socialisationen, den historiske foranderlige produktion af den menneskelige subjektivitet. Det betyder samtidig, at viden er en dynamisk størrelse og at viden altid er uafsluttet.



Det særlige ved kritisk teori er, at det ikke bare er en videnskabsteori, men en blanding af samfundsteori og videnskabsteori. I kritisk teori er der fokus på de bagvedliggende strukturer og skjulte processer, hvorfor man skal forholde sig kritisk til de samfundsforhold man undersøger. Frankfurterskolen ser kritikken som nøglen til forestilling og utopiske ideer. Kritikbegrebet har derved et emancipatorisk sigte, hvor socialkritikken handler om at komme bagom udviklingstræk i samfundet. Det er en virkelighed, som skal beskrives og forklares.

I den sammenhæng inddeles kritisk teori som regel i 3 generationer. Den første generation består af den kritiske tænkning med Max Horkheimer (1898-1973) og Theodor Adorno (1903-1969), som ledere af Institut für Sozialforschung i Frankfurt. Den anden generation forbindes som regel med Jürgen Habermas (1929-) og hans kommunikative og sprogfilosofiske paradigme. Den tredje generation sættes i forbindelse med Axel Honneth (1949-) og hans anerkendelsesteori (Juul, 2012).

Jeg har valgt at arbejde med Alfred Lorenzers materialistiske socialisationsteori. Lorenzer tilhører den anden generation og er måske ikke så kendt som f.eks. Habermas, men Lorenzer har inspireret mange forskere i Danmark og Tyskland særligt omkring problemstillinger vedrørende læring i arbejdslivet. Herhjemme har Professor Birger Steen Nielsen anvendt Lorenzer i forbindelse med hans arbejde med, hvordan man udvikler social fantasi og demokrati i relation til arbejde og hverdagsliv (Steen Nielsen, Aagaard Nielsen, & Olsen, 1999). Professor Kirsten Weber har trukket på Lorenzer i forbindelse i sin professionsforskning (Weber, 1995). Professor Henning Salling Olesen har anvendt Lorenzer i sin forskning i subjektive dynamikker i arbejdsliv og professionel identitet (Salling Olesen, 1985). Professor Betina Dybbroe har forsket i den subjektive videns betydning for omsorgsarbejdet, hvor hun bl.a. har trukket på Lorenzers teori (Dybbroe, 1999).

Kritisk teori er inspireret af både psykoanalysen og den historiske materialisme, men det er to tilgange som udelukker hinanden. Psykoanalysen forstår menneskelige oplevelsesstrukturer som driftsbestemte og den historiske materialisme fastholder, at disse strukturer er afhængige af historien, af menneskets opgør med den ydre natur. Olesen skriver, at det først var i 60'erne, at der blev åbnet op for dialogen herimellem, og hvor der blev udviklet nye teorier. Lorenzers materialistiske socialisationsteori er et væsentligt bidrag hertil

(Salling Olesen, 2012). Olesen og Weber peger på, at Lorenzer førte en vigtig dimension til Frankfurterskolens kritiske teoretiske tænkning med sin forståelse af det kritiske og utopiske potentiale i det ubevidste (Salling Olesen & Weber, 2012). En kritisk analyse skal, som konsekvens heraf, åbne for det skjulte og ubevidste potentiale til samfundsmæssige forandringer. Lorenzer udviklede også den dybde-hermeneutiske kulturanalyse, som en metodologi for empirisk kvalitativ forskning, som jeg finder anvendelig for mine analyser og fortolkninger.

I det næste kapitel vil jeg præsentere Lorenzer og hans materialistiske socialisationsteori, som han udviklede i årene 60'erne og 70'erne.

## 9. Den materialistiske socialisationsteori

### Introduktion til Alfred Lorenzer

Alfred Lorenzer er født år 1922 i Tyskland. Lorenzer blev udannet læge i år 1952 og arbejdede inden for det medicinske felt, men allerede i 1954 fik han en Ph.d. i psykiatri. I den følgende periode var Lorenzer interesseret i socialpsykologiske temaer, som førte ham fra psykiatrien til psykoanalysen, hvor han i 1963 blev ansat på Sigmund-Freud instituttet. Lorenzer var optaget af fænomenet KZ-lejr-skader, hvor han erkendte, at traumatiske neuroser ikke kunne forstås alene ud fra et psykoanalytisk perspektiv. Lorenzer mente, at hvis man skulle forstå lidelserne, måtte man analysere, hvordan den psykiske struktur skabes i overensstemmelse med den samfundsmæssige (Nagbøl, 2002) (Lorenzer, 1975a, pp. 7–22).

I 1971 blev Lorenzer ansat ved Bremen Universitet og i 1976 blev han professor ved Frankfurt Universitet ved det sociale psykologiske institut. I de følgende 15 år arbejdede han med sin socialisationsteori. Dette arbejde blev et afgørende vendepunkt, hvor Lorenzer ændrede perspektivet fra et fokus på den enkeltes lidelse til et udvidet fokus på kollektive og samfundsmæssige dimensioner af ubevidste processer (Nagbøl, 2002). Lorenzer skabte med sin materialistiske socialisationsteori forbindelsen mellem de ubevidste dynamikker i subjektet og de ubevidste dimensioner i samfundsmæssige og kulturelle processer. Lorenzer blev 80 år og døde i 2002.

## Den materialistiske socialisationsteori

I Lorenzers materialistiske socialisationsteori er omdrejningspunktet, hvordan subjektet interagerer med den sociale verden. Lorenzer, betragter subjektet som konstitueret af en proces af interaktion med den sociale verden og mener at sociale fænomener, herunder psykisk lidelse, altid må ses i forhold til den historiske specifikke kontekst. Lorenzer var særlig optaget af, hvordan barnets udvikling kan ses som en naturproces og social dannelsesproces på en gang og dermed hvordan den psykiske struktur skabes i overensstemmelse med den samfundsmæssige.

Lorenzer var inspireret af den psykoanalytiske fremgangsmåde, hvor han bl.a. trak på erkendelsesgenstanden i Freuds videnskab om det ubevidste. I udviklingen af hans teori, taler Weber og Olesen om den kopernikanske vending i forhold til Freuds teori. Freud ser udviklingen af personlighedsstrukturerne og deres indflydelse på psyken, som overvejende forvrængninger, forstyrrelser og som blokeringer for biologiske drifter i subjektet, hvor Lorenzer ser de sociale interaktioner og de kropslige erfaringer med interaktion, som en dialektisk formning af drifterne i individet og som afstedkommer psykodynamikker, som sociale fænomener (Salling Olesen & Weber, 2012).

Lorenzer var også inspireret af objektrelationsteoretikere bl.a. af Klein og Mahler, men Lorenzer kritiserede disse teoretikere for at have et uafhængigt forhold til samfundsmæssige bestemmelser, hvor subjektet foruddiskonteres en autonom basis (Lorenzer, 1975a, pp. 7–23)(Lorenzer, 1975b, pp. 7–41). Lorenzer omtolker i stedet interaktionsbegrebet til et socialpsykologisk begreb, som han benævner interaktionsform. Interaktionsformer er et helt centralt begreb i hans teori.

Lorenzer tog dermed et kritisk opgør med psykoanalysen og forstod psykoanalysens metode som kritisk hermeneutisk, psykoanalysens genstand som interaktionsformer og mente, at de psykiske strukturer og erfaringsdannelsen har en materiel baggrund i socialisationsbetingelserne. Lorenzer ændrede psykoanalysen til en materialistisk interaktionsteori, hvor formålet var at belyse socialisationsprocessernes nedslag i subjekterne.

Lorenzer mener, at problemet med diskussionerne af den samfundsmæssige praksis er, at den emancipative dimension er hæmmet af vores blindhed overfor vores egen socialisering. Han taler om, at objektive strukturer sætter sig igennem hen over hovederne på subjekterne, som bl.a. ubegrebne modsigel-

ser i interaktionsformerne. Lorenzer mener, at der er tale om falsk bevidsthed (Lorenzer, 1975a, pp. 128–155). Lorenzer ønskede derfor at undersøge mulighederne for en velbegrunderet rekonstruktion af undertrykte sociale relationer, som er samfundsmæssig indlejret i de enkelte subjekter og i deres interaktioner.

Det er heri, at det kritiske element i teorien skal findes. Lorenzer afviser teleologiske og aprioriske garantier for kritikken. Hos Lorenzer har kritik begrebet et emancipatorisk sigte, hvor socialkritikken handler om at komme bagom udviklingstræk i samfundet, som hindrer eller besværliggør interaktionsformer i at udvikle sig. Teorien bidrager til at identificere de betydningsfulde områder i et fordrejet eller et ikke umiddelbart identificerbart mønster af begivenheder og handlinger, som medfører forvrængninger i interaktionsformerne. Det vil sige, at der er fokus på de bagvedliggende strukturer og skjulte processer. Lorenzer søger dermed ikke det almene i abstrakt eller generel forstand, men i et historisk perspektiv, hvilket er en vigtig dimension i forhold til kritisk teori.

I det følgende vil jeg beskrive Lorenzers teori om udviklingen af og konstitueringen af det myndige subjekt, som danner grundlag for forståelsen af erfaringsdannelsen og arbejdet med det sanselig symbolske, samt forståelsen af psykisk lidelse. Et centralt begreb i Lorenzers teori er interaktionsformer.

## **Interaktionsformer**

Lorenzer udviklede, med sin materialistiske socialisationsteori, grundbetingelser for vellykkede menneskelige interaktioner og hvad der hindrer eller vanskeliggør interaktionerne i at udvikle sig. I forhold til mit forskningsspørgsmål, er erfaringsdannelse helt centralt, for at opnå forståelse for forskellige erkendeformer og dermed få indsigt i forskellige læreprocesser.

Et centralt begreb i Lorenzers teoridannelse er interaktionsformer, hvor både det ubevidste niveau ligesom det bevidste niveau, er et resultat af livshistoriske erfaringer med sociale interaktioner. Interaktionsformer rummer oplevelsesmønstre og praksiserfaringer, som former og bestemmer subjektets livsudkast og dermed også forarbejdning af livshistorien. Lorenzer skelner mellem tre interaktionsformer: de specifikke interaktionsformer, det sanselige symbolske og med sproget som symbolsk interaktionsform. I det følgende vil jeg uddybe disse områder.

## Specifikke interaktionsformer og det sceniske indhold

Lorenzer udviklede begrebet specifikke interaktionsformer, også kaldet sensuelle symbolske interaktionsformer, for at forstå de førsproglige praksiserfaringer og relationserfaringer, som repræsenterer den tidligste erfaringsdannelse.

De specifikke interaktionsformer er en registrering af konkrete interaktioner mellem barnet og moren eller den primære omsorgsperson og som bliver kropsliggjorte. Lorenzer hævder, at disse erfaringer med interaktion indlejres som engrammer i dets sensomotoriske system (Lorenzer, 1975a). Disse tidlige erfaringer med interaktion rummer en mangfoldighed af sanseindtryk, emotioner og kropsfornemmelser, som hænger sammen, i det, som Lorenzer kalder sceniske interaktionsformer.

Lorenzer beskriver det sceniske, som et affektivt og kropsligt indlejret register af mening og erfaring, som har sin oprindelse i de tidligste faser af livet, men som fortsætter gennem hele livet og som ikke er bevidst (ibid.). Det sceniske er dermed tæt forbundet med det ubevidste og viser sig via vores emotioner og krop. De sceniske oplevelser udgør stærke mønstre, da interaktionerne bliver gentaget et utal af gange f.eks. når moren ammer, beroliger, vasker, kommunikerer og spejler barnet i sin pleje. Det er disse gentagne interaktionsformer som Lorenzer kalder for det sceniske. De er udgangspunktet for barnets senere handlinger med nye interaktionsformer, som igen indlejres i nye interaktionsformer.

Lorenzer beskriver det tidlige mor-barn forhold som en overenskomst, som et samspil mellem mor og barn. Lorenzer mener, at mor og barn på en eller anden måde må blive enige om den følelsesmæssige indstilling og det fysiske samarbejde, som bliver etableret (ibid.). Interaktionsformerne er dermed resultater af en læreproces i den forstand, at det er skridtvise indøvelser i et fælles interaktionsspil, som danner basis for en struktur i et ethvert menneske, som et ubevidst og dynamisk lag i subjektet. Den vellykkede udvikling/socialisation er indøvelsen af en relation eller en kommen-overens relation. Erfaringsdannelse er dermed subjektive processer, som er forankret i livshistorien, men er samtidig sociale og kulturelle erfaringer med interaktion.

Ifølge Lorenzer er det via moren eller de primære omsorgspersoner, at de samfundsmæssige forhold og de kulturelle normer bliver formidlet videre til barnet. Forhold og normer som hun selv er blevet socialiseret ind i og brudt

af hendes egen livshistoriske tilegnelse (ibid.). Moren skal med andre ord ses som repræsentant for samfundet, fordi hun er en del af den civilisation, som hun er vokset op i. Interaktionsformer handler altså om, hvordan samfundsmæssige relationer er følelsesmæssig- og kropsliggjorte i det enkelte individ samtidig med, at de subjektive kropsliggjorte, relationelle, sociale og kulturelle erfaringer er individuelle. Kort sagt foregår der en individuel reproduktion af den kollektivt oplevede samfundshistoriske virkelighed.

De specifikke interaktionsformer er med andre ord et udtryk for de sanseforankrede sceniske interaktionsformer, som repræsenterer den tidligste erfaringsdannelse, som et betydningssystem af sanselig karakter. Lorenzers materialistiske standpunkt har den konsekvens, at følelse ikke er nogen klar biologisk kategori, da følelsen opstår i en interaktion, der er kulturelt betinget. Følelser skal altså forstås som et kulturelt fænomen som en erkendelsesform, der er knyttet til senso-motoriske aktiviteter.

Det næste led i erfaringsdannelsen er det sanseligt symbolske, hvilket jeg vil redegøre for i næste afsnit.

## **Det sanseligt symbolske**

Lorenzers teori om det sanseligt symbolske kan betragtes som et opgør med det gængse syn på erkendelse, hvor der sker en opsplitning mellem den sanselige erkendelse, som relateres til følelser og den kognitive erkendelse til tanke. I Lorenzers forståelse er den sanselige symbolske erkendelse formidlingspunktet herimellem, og er samtidig en særlig måde at erkende verden på. Det sanseligt symbolske er meget væsentligt at forstå, fordi det medvirker til at formidle overgangen mellem det ubevidste og bevidste.

I det foregående afsnit viste jeg, at de specifikke interaktionsformer er ubevidste. For at gøre erfaringerne med de specifikke interaktionsformer bevidste, skal de sprogliggøres. I overgang mellem de specifikke interaktionsformer og sproget indfører Lorenzer det sanseligt symbolske, hvor han henter inspiration i Winnicotts teori om overgangsobjekter, som han videreudvikler i forhold til sit eget udgangspunkt.

Lorenzer eksemplificerer det med Freuds garmspole eksempel, hvor barnet lærer at beherske den ulystbetonede situation, når moren ikke er til stede. Barnet lærer at overvinde sin angst ved hjælp af en garmspole i snor, som det

kaster ud over kanten og trækker tilbage igen. Gensynet bringer tilfredsstillelse. Lorenzer mener, at hele det betydningsfelt, som ligger i moderfiguren, skydes over på garnspolen, som derved opnår en symbolværdi (Lorenzer, 1975a). Garnspolen er en konkret ydre ting, som bliver et sanseligt symbol, som beholdere for komplicerede affekter og relationer. Det er et eksempel på symboldannelse, hvor en scene erstattes af en anden. Det sanseligt symbolske rummer med andre ord forhold, der ikke kan identificeres og som opleves som smertende. Oplevelserne og erfaringerne er endnu ikke kommet på begreb, men det sanseligt symbolske med garnspolen som eksempel, formidler overgangen mellem de specifikke interaktionsformer og den sproglige symbolske interaktionsform, hvor sproget bliver indført. På den måde bliver garntrisen formidler mellem de ubevidste, sanselige interaktionsformer og den sproglige bevidsthed – mellem sanselig oplevelse og refleksion. Det er et erfaringsområde, som ligger mellem fantasi og virkelighed og er stedet, hvor de kulturelle oplevelser mellem subjektet og samfundet foregår.

Det er en særlig erkendelseform med en erfaringsdannelse som rummer betydning, der formidles i en anden form end den sproglige og kognitive, og som danner udgangspunkt for, at det usigelige kan få form og udtrykkes. Lorenzer taler om kreative dialoger og kreative processer. Kreative processer kan med andre ord medføre, at afviste oplevelser og desymboliserede interaktionsformer, som opleves smertelige, kan få form. De kreative processer kan derved føre til overenskomst om nye interaktionsformer.

Symboldannelse er en betingelse for personens udvikling af realitetsdygtighed og myndighed, fordi det kun er på de områder, hvor symbolet har formidlet overgangen mellem den kropslige-sanselige erfaring og sproget som betydningssystem, at personen bliver i stand til at forholde sig bevidst reflekterende og indgribende i forhold til sin praksis. De sanseligt symbolske interaktionsformer rummer et emancipatorisk potentiale med hensyn til på myndig vis at bearbejde sine livshistoriske erfaringer. Set i forhold til min afhandling, danner det sanseligt symbolske baggrund for en bestemmelse og indkredsning af den sanselige erkendelsesformerne i forhold til læreprocesser i relation til psykisk lidelse.

Den rummer en særlig form for viden og kundskab, der kan komme til udtryk på forskellige måder, men som ikke kan formuleres i det diskursive sprog. Jeg betragter det sanselige symbolske for at rumme potentiale til udviklings- og læreprocesser i relation til psykisk lidelse.

I det følgende afsnit vil jeg supplere Lorenzers teori med Kaare Nielsens teori om det specifikke erfaringsrum, som jeg finder relevant i forhold til brugerstøttepraksissen.

## **Specifikke erfaringsrum og hverdagserfaringen**

I forhold til den sanseligt symbolske erkendelseform, har jeg suppleret enkelte dele med Kaare Nielsens teori om æstetiske læreprocesser. Det er en teori, som tager afsæt i Lorenzers teori om specifikke interaktionsformer og det sanseligt symbolske.

I forhold til Lorenzers teori om interaktionsformer, var de kunstneriske dialoger og kreative processer væsentlige for symboldannelsesprocesserne. Kaare Nielsen trækker på Lorenzers teori, men anvender i stedet begreberne æstetiske dialoger og æstetiske læreprocesser<sup>5</sup>.

Det er ikke alle oplevelsesprocesser, mener Kaare Nielsen, der foregår i en æstetisk oplevelsesform. Oplevelsesprocesserne skal rumme en potenseret oplevelseskvalitet, som adskiller sig fra andre typer af oplevelser, som igen er underlagt historiske og individuelle forhold (Kaare Nielsen, 1996). I forhold til Lorenzers teori er det oplevelser med afviste eller desymboliserede interaktionsformer, som trænger sig på, og bliver aktiveret ved sanseoplevelser. Disse oplevelser har en potenseret oplevelseskvalitet og er materialet for de sanseligt symbolske erkendelseformer.

I teorien om æstetiske læreprocesser repræsenterer æstetiske artefakter ydre, håndgribelige realiseringer af ubevidste ønsker, ligesom i eksemplet med garnspolen. Artefakterne er konkrete udtryk for fantasiorganisering, som tager udgangspunkt i hverdagserfaringen, men uden at forblive bundet til dennes mønstre. I kraft af sin reaktivering af dynamikker og emotionelle kvaliteter fra det infantile sjæleliv, mener Kaare Nielsen, at den æstetiske fantasiorganisering skaber sit eget, specifikke erfaringsrum, som kan overskride sit udgangspunkt i hverdagserfaringen (ibid., p. 51). Det betyder, at den æstetiske

---

<sup>5</sup> Begrebet æstetik har en oldgræsk oprindelse, *aisthesis*, som betegner, den erkendelseform, som tager udgangspunkt i menneskets konkrete, sanselige omverdensrelation i bred forstand – i modsætning til den abstrakte matematiks-logiske erkendelseform (Kaare Nielsen, 2001, pp. 90–91).



dialog tager sit udgangspunkt i hverdagserfaringen, men i de æstetiske læreprocesser kan den frigøre sig fra hverdagslivets mønstre, hvorved der dannes et særligt erfaringsrum. Dette særlige erfaringsrum muliggør en overskridelse af udgangspunktet i hverdagserfaringen. Den æstetiske dialog har altså ikke til funktion at repræsentere hverdagserfaringen, selvom den heller ikke er et brud med den. Der er tale om æstetiske erfaringsprocesser, som overskrider hverdagserfaringen, men er alligevel ikke noget helt andet i forhold til den.

Lorenzers teori om sproget som betydningssystem, er udgangspunktet for næste afsnit.

## **Sproget som betydningssystem – symbolske interaktionsformer**

Lorenzer beskriver den sproglige symbolske interaktionsform, som indførelsen af sproget og sprogsystemer, som en diskursiv symbolsk betydningsstruktur. Lorenzer betragter sprogets indførelse som afgørende for forståelse og udvikling.

Ifølge Lorenzer er betydningen af ordet nært knyttet til meningen med interaktionen. Symboliseringen gennem sproget sætter den bestemte interaktion på begreb og gør dermed verden tilgængelig samtidig med at individet frigøres fra den oprindelige sceniske sammenhæng. Samtidig giver ordet os en verbal repræsentant for emotionelle rørelser og medvirker derved til affektreguleringen. Endvidere sammenfletter symboliseringen både den affektive og den pragmatiske funktion. Lorenzer eksemplificerer dette med den angst, der kommer over os, når vi ser en kniv falde ned over os fra et skab. Symboliseringen indeholder dermed også handlingsanvisning, men ikke kun en handlingsanvisning for det enkelte individ, men viser hen til handling med andre, til samfundsmæssiggørelse (Lorenzer, 1975a) (Lorenzer, 1975b, p. 122). Det vil sige, at symboliseringen gennem sprog er meningsbærende, affektregulerende og handlingsanvisende.

De forskellige interaktionsformer skal ikke forstås som en rækkefølge af afsluttede udviklingstrin. Der er tale processer, hvor der hele tiden udvikles nye interaktionsformer. I den sammenhæng taler Lorenzer om horisontale og vertikale processer. I de vertikale processer sker der en omorganisering af interaktionen i overensstemmelse med den forandrede driftssituation. Horisontalt

sker der en udvidelse af verdensbilledet, som først og fremmest er barnets interaktionsrammer (Lorenzer, 1975a, pp. 123 - 127).

Et vigtigt forhold som Lorenzer fremhæver, er, at sproget muliggør reflektive forståelsesprocesser, som giver mulighed for at individerne kan diskutere med hinanden om de alment gældende handlingsnormer (Lorenzer, 1975a, pp. 57–83) (Lorenzer, 1975b, pp. 7–42). Sproget gør det muligt at opnå en analytisk refleksion over praksis, at gennemspille prøvehandlinger og blive bevidst om egne handlemuligheder og herigennem opnå mulighed for processer af myndiggørelse. Sproget udvider subjektets kapacitet med hensyn til på myndig vis at bearbejde sine livshistoriske erfaringer.

Men sproget disciplinerer også, og binder subjektet yderligere til en samfundsmæssighed. I den sammenhæng taler Lorenzer om, at den emancipative diskussion skal opløse fordomme og ideologiske barrierer, der blokerer for solidarisk praksis og opløse den bevidste handlings indsocialiserede defekter (ibid.). Her mener Lorenzer, at der skal en politisk aktivitet til at ændre forholdene. Diskussionerne kan ikke sprænge den samfundsmæssige praksis, der sættes af de objektive, politiske og økonomiske strukturer. Dette forhold vender jeg tilbage til i afsnittet om reorganisering af erfaringsmaterialet.

Jeg har hidtil anvendt forskellige begreber som erfaring, oplevelse etc. Jeg vil i det næste afsnit klargøre, hvordan Lorenzer ser sammenhængen i disse begreber.

## **Oplevelser og erfaringer med interaktion**

I Lorentzers teori er der en indbyrdes sammenhæng mellem oplevelse, erfaring, mening og betydning.

I følge Lorenzer er oplevelse en indholdsmæssigt driftsbestemt oplevelse, som samtidig er erfaring med interaktion (Lorenzer, 1975a). Oplevelser er med andre ord erfaret legemsbestemt interaktion. Når barnet f.eks. er sulten og bliver ammet, får det oplevelsen af at blive mæt og opnår samtidig erfaring med interaktion. Det er det kropslige og det sanselige, som får betydning. I afhandlingen betragter jeg oplevelser og erfaringer med interaktion som en erkendelsesform, som via kreative sanseligt symbolske processer kan fungere som formidler mellem de specifikke interaktionsformer og det sprogligt symbolske.

Oplevelser er en indholdsmæssig driftsbestemt oplevelse, som skal ses i sammenhæng med driftsreguleringen. Denne regulering eksisterer i et spændingsfelt af modsætninger: tilfredsstillelse – frustration, realitets rettet handling – fantasi (som modsigelsen til det reelt opnåelige), objektrelationen – der vil altid eksistere spænding mellem to poler. Hvis subjektet ikke får tilfredsstillet sine drifter, rummer oplevelserne et overskud, som giver grunde til fantasier med andre om at få sine drifter opfyldt i forhold til en ønsket scene (ibid.). Der er tale om dynamiske relationer i subjektet og mellem subjekter, som hele tiden er på spil.

Den subjektive erfaring er formet af og gennem samfundsmæssige processer, men disse to niveauer, det sociale og subjektive, er ikke identiske og de kan ikke reduceres og er i spænding med hinanden. Lorenzer forklarer det bl.a. ved, at alle de desymboliserede interaktionsformer og alle de specifikke interaktionsformer, som ikke kunne symboliseres, medfører, at den subjektive erfaring rummer et overskud (Lorenzer, 1975b, pp. 150–151). Dette overskud samt drivkræfterne er dynamiske og virulente processer, som giver grunde til fantasier, som nævnt ovenfor. Menneskelig subjektivitet er dermed en dynamisk størrelse, præget af indre modsigelser og spændinger.

I de dynamiske relationer er det emotionelle engagement en nødvendig forudsætning for at kunne identificere sig med den anden. Via identificeringen sker der en intuitiv opfattelse af den anden, som giver en dybere forståelse af den anden. Men i interaktionerne taler Lorenzer også om en neurotisk modoverføring. Det er de emotionelle reaktioner, som vi alle hver især bringer ind i samtalen. Det er indre psykiske processer, som er affektive oplevelser, som er ubevidste ønsker, angst og fantasier, som er resultater af livslang internaliserede modsigelser med interaktionserfaring. (Lorenzer, 1975b, pp. 206–241). Man kan sige, at det er de ubevidste uløste konflikter, som ”taler” med i interaktionen, hvor der sker en overføring og modoverføring af hver deltagers indre psykiske processer. Det vil sige, at de personer, der er involveret i en samtale investerer flere interne forestillinger og fantasier end de faktisk repræsenterer for hinanden.

Den enkelte interaktionsform bliver indlemmet i et kæmpemæssigt net af betydninger, hvor interaktionserfaringerne danner mening i vores livshistorie. Erfaringsdannelsen er dermed indlejret i den personlige historie, som er indlejret i meningsfulde relationer, som igen er indlejret i kulturelle og politiske systemer. Vores livshistorie er med andre ord en subjektiv totalitet, som af-

stikker betydningsrammen for den enkelte oplevelse. I denne forstand danner oplevelser og erfaring mening til vores livshistorie, som danner betydning til vores oplevelser.

Det er centralt at være opmærksom på, hvilke erfaringer, der dannes i mødet med psykisk lidelse, fordi det danner mening til patienternes livshistorie, som danner betydning til deres oplevelser. Patientens livshistoriske erfaringer vil være til stede i mødet med psykisk lidelse og kan forandres i samspil med udviklingen i personens sociale praksissammenhænge. Det er med andre ord ikke uvæsentligt, hvilke læreprocesser, der igangsættes i mødet med psykisk lidelse.

## 10. Psykisk lidelse

Udover at forstå den vellykkede interaktion, har Lorenzer også et bud på, hvad der sker, når der opstår forstyrrelser i interaktionsformernes praksis både i den primære og sekundære interaktion, hvor mennesket bliver truet på sin subjektivitet. Lorenzer udviklede, som psykiater, et andet perspektiv på psykisk lidelse, som var et brud med den traditionelle medicinske forståelse. Det er et perspektiv, som jeg betragter som interessant og som et andet bud på forståelsen af psykisk lidelse

Psykisk lidelse kan diskuteres ud fra forskellige videnskabelige traditioner og der er andre forståelser at hente end den medicinske forståelse. Jeg betragter psykisk lidelse i relation til erfaringsdannelse, som en læreproces.

Jeg kan ikke afvise at psykisk lidelse kan være fysiologisk betinger, men i denne afhandling har jeg taget udgangspunkt i Lorenzers forståelse af psykisk lidelse, hvilket jeg vil uddybe i næste afsnit.

### **Indledning til psykisk lidelse som sprogbeskadigelse**

Lorenzer ønskede, som psykiater, at klarlægge hvorledes strukturen i den psykoanalytiske erkendelse adskiller sig fra den måde man søger sine oplysninger på i psykiatrien. Lorenzer ønskede at begrunde, hvordan man med det psykoanalytiske koncept, bedre kunne forstå personlighedsstrukturens kropslige og sociale bestemthed end inden for den traditionelle naturvidenskabelige forklaringsmodel. Lorenzers videnskabelige afsæt var et ønske om at bidrage til en

løsning af gåden om traumers psyko- og sociogenese (Nagbøl, 2002). Lorenzer beskæftigede sig med spørgsmålet om, hvordan man kunne nå til erkendelse af beskadigelser af den subjektive struktur, både i et neurofysiologisk perspektiv og i et socialvidenskabeligt perspektiv.

Tidligere viste jeg, at Lorenzer analyserer udviklingen af personlighedsstrukturer, som repræsenterer kropslige erfaringer med interaktioner. Lorenzer omtolkede derved spørgsmålet om forstyrrelser i den psykiske udvikling, som forstyrrede muligheder for at symbolisere individuelle sanseerfaringer i et genkendeligt sprog. Lorenzer taler derved ikke om psykisk sygdom i et naturvidenskabeligt sprog, men om forstyrrelser og systematisk deformation af erfaringer med interaktionsformer.

Det væsentlige for denne afhandling er, at Lorenzer ikke betragter psykisk lidelse som enten arv dvs. genetisk arveligt eller som forårsaget af miljøet f.eks. familiemønstre. Lorenzer foretager ikke et skel mellem natur og kultur, men betragter barnets udvikling som en naturproces og social dannelsesproces samtidigt, og som interagerer med hinanden. I det følgende afsnit vil jeg redegøre for Lorentzers opfattelse af psykisk lidelse.

## **Psykisk lidelse som sprogbeskadigelse**

Lorenzer betragtede langt fra alle socialisationsprocesser som vellykkede. I de tilfælde, hvor der opstår kontinuerlige frustrationer i mor – barn interaktionen, som barnet oplever som utålelige, kan det føre til forstyrrelser i barnets udviklingsproces. Her bliver frustrationen, ifølge Lorenzer, ikke længere motoren i udviklingen, og det formdannende moment bliver ikke til specifikke interaktionsformer (Lorenzer, 1975a). I overensstemmelsessituationerne mellem mor og barn fremmer interaktionsformerne ikke læreprocesserne, men blokerer dem.

Lorenzer giver to eksempler på forstyrrelser i mor barn interaktionen: det første eksempel er den ambivalente mor der snart giver, snart nægter barnet at amme (ibid.). Barnet kan ikke gennemskue denne modsigelsesfuldhed og får indtryk af utilregnelig vilkårlighed. Det andet eksempel er mor-barn scenen inden for renlighedstræning. Den allerede opnåede overenskomst kaldes tilbage og lyst fordrejes til ulyst (ibid.). Sagt på en anden måde: først bliver barnet rost for at have lavet afføring i bleen, men senere fordrejes denne scene til ikke længere at være okay. Der er tale om samme interaktionsform, hvor

normerne udskiftes. Ifølge Lorenzer kan mor og barn opnå forståelse af afløsningen gennem deres interaktioner, men opnår de ikke gensidig forståelse, så tvinges en ny overenskomst igennem. Lorenzer taler om dressur og tvangen kan lade sig gøre pga. barnets totale afhængighed. Barnet må i de enkelte tilfælde indordne sig den gennemtvungne overensstemmelse, fordi det er bundet til den dominante partners praksis. Lorenzer peger på, at denne modsigelsessituation skærpes med indføringen af sprog. Lorenzer skriver:

”Moderens normsystem, der bestemmer hendes interaktionsmulighed, som barnet i den præverbale fase konfronteres med udefra, bliver fra nu af indre som system af handlingsanvisninger, nemlig formidlet over identificeringen af sprogsymboler med interaktionsformer” (ibid., p. 131)

Barnet socialiseres i forhold til morens normsystem, som er ubevidst, men med indførelsen af sproget bliver modsigelsesfuldheden en erfaret modsigelse. Det får den konsekvens, at når barnet har en adfærd, der strider mod morens normsystem, kommer indsigelsen fra to sider: fra en ydre og for barnet en indre instans, da normerne er blevet internaliseret.

I begge eksempler må barnet fortrænge en lystbesat, sanselig interaktionsform. Den forbudte interaktionsform må skubbes væk. Lorenzer skelner mellem forskellige former for interaktion, der er udelukket af sproget, hvoraf to er relevant for denne afhandling:

- Interaktionsformer, der aldrig er optaget i det sproglige område
- Interaktionsformer, der under tvang udelukkes fra sproget, men som samtidig fikseres som interaktionsformer, som betegnes som klicheer. Klicheer er opstået i tilknytning til bestemte scener og er ubevidste og nonverbale. De kan derved ikke underkastes refleksion og diskussion. Det fortrængte indhold kan ikke fattes med forståelsen (ibid.) (Lorenzer, 1975b, pp. 110–135).

Klichedannelsen kan forklares ved, at det der tidligere er blevet symboliseret ved hjælp af sproget, nu er blevet desymboliseret, henholdsvis fortrængt, og gør dermed interaktionsformen utilgængelig for bevidstheden. Klicheer er ubevidste og utilgængelige for forståelsen, fordi de er udelukket af den sproglige kommunikation. Klicheer er derved påtrængende impulser på baggrund af en uløst og fortsat dynamisk konflikt.

Lorenzer betoner, at klicheerne ikke kun hænger sammen med reelle processer, de kan også udløses af fantasisituationer og de virker irrationelle og forstyrrende, som f.eks. ved gentagelsestvang (Lorenzer, 1975b, pp. 150–151). Klicheer er med andre ord dynamiske, rummer energi og fungerer selvstændigt i forhold til personens bevidste praksis og de kan aktiveres via en genaktivering af samme scene. Det betyder også, at klicheerne udebliver, hvis det lykkes at undgå de situative stimuli.

Lorenzer taler også om en tredje form for interaktion, der er udelukket af sproget:

- Lorenzer taler også om situationer, hvor symbolerne udvikles til tegn, hvor sammenhængen til de tilgrundliggende interaktionsformer er afbrudt. Lorenzer beskriver, at der opstår en interaktionsblind tingsliggørelse. Ifølge Lorenzer skyldes tegnene en isolering af forsvarsmekanismen. Tegnene danner modstykket til klicheerne, men de repræsenterer begge en spaltet praksis. Lorenzer nævner, at personen ikke længere er affektiv påvirkelig af objekterne og der sker en tiltagende objektivisering (Lorenzer, 1975a, pp. 128–145).

Klicheerne står altid i relation til den bestemte interaktionsform, hvorimod tegnene isoleres fra den tilgrundliggende interaktionsform og derved mister sin relationskarakter. Konsekvensen er, at personens psykologiske erfaring kommer til at fremtræde med manglende varme og liv, og kommer i stedet til at fremstå som intellektualisering og isolering. Den tiltagende objektivisering betyder en stigende afgrænsning af selv og objekt.

Klicher og tegn ligger ikke inden for sprogfællesskabets handlingsanvisninger og der kan ikke blive tale om at nå til en konsensus vha. drøftelse og diskussion. Den klichebestemte adfærd kan nås via det sanseligt symbolske, da klicheerne ikke har mistet sin relationskarakter. Det betyder, at der kan ske en bearbejdelse af det fortrængte og sprogtabet kan ophæves. Klicheerne kan med andre ord blive bevidste igen via det sanseligt symbolske og sprogliggørelsen.

Relationskarakteren skal forstås i forhold til de specifikke interaktionsformer, hvor sproget udvikles i tilknytning til det sanseligt symbolske f.eks. gestussen, hvor moren trøster barnet. Gestus er dele af scener, som adfærd ”i relation til”, hvor gestussen bliver til prog.

Tidligere viste jeg, at symbolet er med til at regulere affekter, hvilket er væsentligt, da driftsdynamikkerne kan kaldes frem i erindringen uafhængig af den sceniske sammenhæng. Lorenzer mener, at de vigtigste konsekvenser af dette forhold er, at scenen kan gennemspilles i tankerne før aktuel handling, og at handlingen kan erstattes af en forsøgshandling med små energimængder (Lorenzer, 1975). Klicheerne kan blive bevidste igen, men de kan samtidig uddybe sprogtabet. Uddybelsen af sprogska den foregår ved at det sceniske indhold bliver symboliseret, men ikke som den situation, som den virkelig var og der udvikles det, som Lorenzer kalder for et pseudo-kommunikerende privatsprog (ibid.). I bearbejdelsen sker der en forstyrrelse af symboldannelsen. Der foregår en resymbolisering af klicheerne, men de kobles ikke sammen med de oprindelige symboler, som de blev desymboliseret fra, og der opstår et privatsprog. Betydningerne er dermed ikke tilgængelige for hverken personen eller for andre. Der er ikke længere fælles sproglige betydninger, selvom sproget indeholder almindelige velkendte ord. Der er sket en forskydning af de sproglige symbolers betydning.

Når der opstår sådanne resymboliseringer, opfatter personerne aspekter af omverden som forvrænget. Det er ikke hele betydningsstrukturen, der er forvrænget kun aspekter af den. Hvis det er hele betydningsstrukturen, der er forvrænget, så er der tale om alvorlige psykosier. Denne situation er en forsvarsproces på baggrund af angst og overføring af aggressive ønsker. Situationen opstår, når konflikten ikke kan beherskes og den eneste udvej er en forsvarsmanøvre, hvor der sker en forandring af objektrepræsentanterne.

Jeg skal gentage, at det ubevidste indeholder et potentiale af social forestilling, enten fordi det ubevidste indeholder interaktionserfaringer, som er blevet ekskluderet fra bevidstheden eller fordi det indeholder ideer, som endnu ikke er realiseret. Weber og Olesen skriver, at det ubevidste rummer aspekter af det kollektive ubevidste og rummer derved et kritisk og utopisk potentiale (Salling Olesen & Weber, 2012). Det ubevidste er med andre ord potentialet i bestræbelserne på at få et bedre liv.

Den klassiske psykoanalyse er begrænset til at behandle de syge i samfundet eller tilpasse den syge til et formodet sundt samfund. Lorenzer udvider denne forståelse, hvilket jeg vil uddybe i dette afsnit.



## Sprogbeskadigelse og socialisation

Lorenzer ser lidelser eller forstyrrelser i en samfundsmæssig sammenhæng. I forrige afsnit viste jeg, at de endnu ikke symboliserede og de desymboliserede interaktionsformer kan føres tilbage til praksisforstyrrelser, men den subjektive livshistorie skal ses i sammenhæng med den objektive historie. Interaktionsformerne skal ses som en del af den samfundsmæssige dialektik, hvorfor det er nødvendigt at reflektere over de psykiske lidelsers samfundsmæssige sammenhæng.

Vi har vores umiddelbare bevidsthed, men kan ikke altid se den samfundsmæssige sammenhæng. Vi formår ikke at se det angstbetingede grundlag og gennemskue dette arrangements samfundsmæssige betingethed. Under socialiseringen bliver vi ført ind i interaktions- og sprogspillet samfundsmæssige formler. Lorenzer taler om blindhed overfor vores egen socialisationsstrategi og at indsocialiseringen af klichebestemt adfærd tjener samfundsmæssige formål (Lorenzer, 1975a).

Den subjektive og kollektive konstruktion af psykisk lidelse er en kompleks størrelse og rummer en langt større kompleksitet med subjektive livshistoriske erfaringer, som skal ses i en bredere social kontekst, hvor subjektiviteten tager form.

Det interessante i Lorenzers teori er, at klichebestemt adfærd viser hen til modsigelser mellem sprogspil og kollektive interaktionsformer. I det næste afsnit vil jeg beskrive sprogsillet, som et vigtigt analytisk greb.

## Sprogspil

I teorien om sprogspil, er Lorenzer inspireret af Ludwig Wittgenstein (Lorenzer, 1975a, pp. 57–83). Lorenzer videreudviklede konceptet med sprogspil til også at omfatte de ubevidste dimensioner ved at inkludere de desymboliserede interaktionsformer.

Lorenzers begreb om sprogspil, ligger inden for teorien om den symbolske interaktionsform, hvor de desymboliserede interaktionsformer fortsat er bundet til det sprogløst indøvede, men er udelukket af den reflekterbare livshistorie. Ifølge Lorenzer glider de desymboliserede interaktionsformer ikke ud af sproget, men træder frem i sproget og kendetegnes ved, at det udelukker den

anden for direkte at forstå det talte ord og udelukker dermed samspillet (Lorenzer, 1975b, pp. 150–151).

Lorenzer skriver:

Sprogspillene, og dvs. de symbolske interaktionsformer, er ansatspunktet, er den kontekst, der gør det muligt at tyde enkeltfænomenet i systemets helhed (ibid. p. 40).

Det betyder, at tydningen af sprogspillene som symbolske interaktionsformer er bundet til livshistorien, men bliver fremstillet på ny og muliggør en større forståelse af de enkelte fænomener. Sprogspillene kan derved kun forstås i relation til den sociale kontekst og er altid et resultat af social praksis.

Sprogspillet er et meget centralt analytisk greb, da det åbner adgang for den fremmedgjorte mening i interviewene. Olesen og Weber udtrykker det på denne måde, at det er redskab med hvilket man kan søge at spore relationen mellem den manifeste sprogbetødning og den samfundsmæssige betydning, der er henvist til ubevidste interaktionsformer (Salling Olesen & Weber, 2012). Det er et begreb, som betegner de subjektive strukturers samfundsmæssige bestemthed.

## 11. Hverdagsbevidsthed

Til forståelsen af hverdagsbevidsthed har jeg valgt at anvende det begreb, som socialpsykolog Thomas Leithäuser m.fl. anvender. Leithäuser er pensioneret professor ved Bremen Universitet, men er i dag adjungeret professor på Roskilde Universitet på Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning og Skolen for Livslang Læring. Med begrebet hverdagsbevidsthed samtænker Leithäuser kritisk samfundsteori og psykoanalyse.

I afhandlingen argumenterer jeg for, at subjektiviteten skal ses som historisk produceret gennem en række dynamiske interaktioner mellem den enkelte person og omverden. Sen-modernitetens betingelser har på mange måder ændret det sociale livs strukturer og meningssammenhænge og rummer et kompliceret samspil mellem forskellige livssammenhænge og rummer samtidig modsætninger i hvert område (Weber & Salling Olesen, 2001). Det enkelte menneskes tilvante værdiforestillinger, livsverdensstrukturer og mellem-menneskelige interaktioner bliver derved konstant udfordret. Det er i dette

komplicerede samspil, at vi danner, det man i dagligsproget kalder hverdags-erfaringer.

Hverdagslivet er karakteriseret af kollektive og habituelle rutiner. Hverdagens bevidsthedsdannelse er indlejret i praktisk interaktion med omverden og integrerer betydninger i den subjektive erfaring, de følelser der er forbundet med situationen og forståelsen af en selv (Leithäuser, 1976) (Salling Olesen, 2006b). Hverdagserfaringen er altså en form for viden eller forståelse, som er indlejret i et mere omfattende helhedsbillede af situationen, en selv, samt mulige forestillinger og handlinger. Men det pres, der udøves på det enkelte menneske, kan ikke bare omgås kognitivt eller refleksivt. Det sætter sig igennem i hele den psykiske struktur (Weber, 1992). Hverdagens bevidsthedsdannelse er dermed ikke nødvendigvis verbal og eksplicit.

Denne bevidsthedsdannelsesproces benævner Leithäuser med begrebet hverdagsbevidsthed, som betegner den aktive psykiske og kulturelle redigeringsproces. I et socialpsykologisk perspektiv, er hverdagsbevidstheden en socialt organiseret forsvarsmekanisme, som tilrettelægger realiteten og perceptionen af realiteten på en måde, som hjælper den enkelte med at undgå det ubehag og den angst, som er forbundet med bestemte livshistoriske grundlagte konflikter (Salling Olesen, 2006a). Hverdagsbevidstheden rummer dermed dobbeltheden af tilegnelse og forsvar. Forsvaret handler om de forsvarsmekanismer, hvor det er nødvendigt at fortrænge, skubbe eller på anden måde holde ubehag og angst til side. Forsvarsmekanismerne forhindrer, at ubehagelige og angstfulde oplevelser bliver bevidste. Hverdagsbevidstheden indeholder et komplekst samspil mellem omverden og den enkeltes subjektive livshistoriske erfaringer og rummer dermed bevidsthedsstrukturer, som ikke kun er bevidste, men som tidligere nævnt også indeholder ubevidste og førbevidste erfaringer med interaktion.

I forhold til psykisk lidelse kan det eksistentielle sammenbrud ses som en situation, hvor det ikke længere er muligt at opretholde de socialt organiserede forsvarsmekanismer. At blive psykisk lidende kan altså betragtes som en krise. En krise, hvor der opstår nogle dynamikker mellem subjekt og omverdenpersonen, hvor personens livshistoriske erfaringer, forudsætninger og ressourcer ikke længere er tilstrækkelige til at opretholde de socialt organiserede forsvarsmekanismer. En krise, hvor personen derfor ikke længere kan opretholde og føre et almindeligt hverdagsliv.

Jeg vover den påstand, at disse subjektiveringsprocesser har så vanskelige betingelser i dag, at det afspejler den generelle stigning af mennesker med psykisk lidelse i vores samfund. Mennesker med psykisk lidelse betragter jeg derfor ikke som væsentlig anderledes end andre, men ser snarere nogle dynamiske interaktioner mellem den enkelte person og omverden, hvor der er sket et brist i de socialt organiserede forsvarsmekanismer, så personen efterlades i ubehag og eksistentiel angst.

Det komplekse samspil mellem subjektet og omverden er aktive og dynamiske krævende processer, der både rummer smerte og som kan åbne op for nye muligheder. De nye muligheder er ønskeforestillinger om fremtiden og de lever i hverdagslivet. Det væsentlige er, at hverdagsbevidstheden på den måde er ønskedannelser om, hvordan livet egentlig er og/eller kunne være (Leithäuser, 1992). Med teorien om hverdagsbevidsthed som rammeforståelse må patienternes og brugerstøtternes læring og ønsker om fremtiden ses som afgørende indlejret i deres hverdagsliv, hvor alle de bevidste som ubevidste hverdagserfaringer er potentialet til læring. Det handler om at danne sig forestillinger om den livsmening, som ikke umiddelbart fremgår. Læring foregår med andre ord på grundlag af livserfaringerne og de mulige læreprocesser må ses som formidlingen mellem de kulturelle diskurser og den sanselige erfaring. Det vil jeg uddybe i næste kapitel.

## 12. Erfaringsdannelse som læreprocesser

Jeg betragter læring som erfaringsdannelse. I dette perspektiv, er det personens allerede eksisterende livshistoriske erfaringer set i et hverdagslivsperspektiv, der er det centrale i læreprocessen. Deltagernes læring er derved indlejret i deres hverdagsliv, som står i forbindelse med deres livserfaringer. I den sammenhæng er jeg inspireret af Oskar Negts videreudvikling af teorien om den eksemplariske læring og sociologisk fantasi. Først en kort introduktion til Oskar Negt.

Negt er født i 1934 i Tyskland og betragter sig selv som politisk filosof, som er tæt forbundet med hans politiske praksis. For Negt handler det ikke kun om at fortolke verden, som filosofferne gør, det handler om at forandre verden. Negt påpeger, at utopiske forestillinger skal og må være åbne, og at den objektive samfundsforandrings mulighed afhænger af, at hverdagserfaringens konflikter omsættes i kollektive læreprocesser (Weber, Steen Nielsen &

Salling Olesen, 1997). Negt har haft særlig indflydelse på teoriudvikling inden for bl.a. pædagogik og sociologi.

Negt har en socialisationsteoretisk og materialistisk tilgang til forståelsen af erfaring og forsøger at samtænke kritisk samfundsteori og psykoanalyse. Negts arbejde er rettet mod klassebevidsthed hos arbejderne med den eksemplariske læring som bærende princip. Målet for Negts arbejde var at give arbejderklassen mulighed for gennem læreprocesser, at kollektivisere bevidste såvel som ubevidste erfaringer, og give dem en politisk retningsbestemmelse. Målet var en samfundstilstand, der var befriet for undertrykkelse, udbytning og uretfærdighed (Negt, 1975). Den eksemplariske læring anerkender dermed de produktive erfaringsdimensioner, der hindres eller udskilles af de eksisterende magtstrukturer. Jeg mener ikke, at den eksemplariske læring kun er relevant for arbejderuddannelsen, men har almen relevans, fordi den er samfundskritisk og tager afsæt i personernes hverdagsliv og livssammenhænge, som et alment begreb om menneskers hverdagslæring.

## **Den eksemplariske læring og sociologisk fantasi**

I det eksemplariske princip handler læreprocesserne om to forhold. Det første forhold handler om at undersøge de samfundsmæssige fremmedgørelsesmekanismer, som ligger til grund for bevidstheden. Det andet forhold handler om at bestemme de frigørende indholdselementer, som er bundet til konflikter og sprogmonstre, og som kan udgøre indholdet i læreprocesserne (Negt, 1975). Ideen med den eksemplariske læring er på den måde indholdsbestemt af de to forhold samtidig med, at indholdet og formen i læreprocesserne er en samfundsforanderende praksis. I den eksemplariske læring handler det om specifikke læreprocesser og ikke om alment dannede læreprocesser. I den eksemplariske læring skal der tages udgangspunkt i deltagerens forudsætninger, og læreprocesserne skal udvikle deltagerens hverdagserfaringer i et subjektivt og samfundsmæssigt perspektiv. Det er lærerprocesser, hvor indhold og metode ikke kan adskilles.

Den kritiske erkendelse er central i den eksemplariske læring, hvor kernebegrebet er sociologisk fantasi, som er evnen til at overgå fra en synsvinkel til en anden. For at kunne foretage perspektivskifte kræves det, at komplekse informationer reduceres og videnskabelige sagsforhold oversættes til anskuelige sprog- og tankeformer (ibid.). Komplicerede erfaringer skal med andre ord forenkles, så de bliver tilgængelig for såvel intens oplevelse som fokuseret re-

fleksionsmæssig bearbejdning. Det handler om at forvandle forhold, som er uoverskuelige og komplekse til forhold, der er lettere at overskue og opfatte. Den sociologiske fantasi er væsentlig for den kritiske erkendelse, fordi læringen får mulighed for at række ud over de fremherskende normer og realitetsprincipper.

Teorien om den eksemplariske læring og sociologiske fantasi er et erfaringsbaseret bud på, hvordan der kan skabes kontinuiteter og orienteringsrammer, som kan forankres i overskuelige forløb.

I teorien om den eksemplariske læring og den sociale fantasi er der tale om dialektiske processer, hvor man ikke kan argumentere generaliserende for en bestemt måde at forstå på. I stedet skal der skabes mulighedsfelter, som er åbne for en mangfoldighed af konkrete meninger og betydninger i forhold til den enkeltes livshistoriske erfaringer. Det kompleksitetsreducerende afsæt i hverdagserfaringen åbner dermed for særlige betydningsdannelser, som kan antage en mangfoldighed af former.

Kritisk erkendelse og social fantasi er væsentlige sider i eksemplariske læreprocesser, som kan medvirke til frigørelsesprocesser på individ niveau og forandringer på et samfundsmæssigt niveau.

## **De umiddelbare og middelbare erfaringer**

I den eksemplariske læring lægger Negt ikke kun vægt på den kritiske erkendelse, men også på den sanselige erkendelse eller de umiddelbare erfaringer, som findes i det offentlige sprog. Det offentlige sprog er kendetegnet ved, at det er komplekst, mangler den videnskabelige logik og er knyttet til betydningsdannelse. Det offentlige sprog er et praktisk-frigørende bevidsthedsprog (Negt, 1975). De umiddelbare erfaringer er med andre ord knyttet til den enkeltes livshistorie og livssammenhæng. I afhandlingen kalder jeg det offentlige sprog for hverdagssprog.

Der skal ikke kun tages udgangspunkt i deltageres konkrete konflikt- og kriseerfaringer, men læreprocesserne skal også synliggøre en dybere sammenhæng, som betegner den sproglige grundstruktur i tænkningen og adfærden, som formelle betingelser for selv- og virkelighedsforståelsen. Det formale sprog indeholder de middelbare erfaringer, som den teoretiske forarbejdning og sammenfatning af samfundsmæssig erfaring (ibid.). Det formale sprog og

den middelbare erfaring er altså tilegnet på anden hånd, i allerede bearbejdet form. Det formale sprog eller det videnskabelige sprog anvendes til at forstå samfundet og det er en situationsuafhængig viden.

De formelle betingelser for selv- og virkelighedsforståelsen er underindflydelse af institutionaliserede mønstre, som er indskrevet i de enkeltes livshistoriske erfaringer og som dermed har været en del af den enkeltes forventningsstruktur, der fungerer som horisonten for betydningsdannelsen. Denne forventningsstruktur kan bekræftes eller på forskellig vis blive udfordret og ombrudt (ibid.). Sproget regulerer med andre ord hele personlighedens opbygning og former, hvori erfaringer og forestillingsindholdet organiseres.

I den eksemplariske læring, handler det om at omsætte det videnskabelige sprog til deltagernes praktiske selvforståelse. Det er følelsen af f.eks. ulighed der er bestemmende for den enkeltes bevidsthed. Det er et engagement overfor det givne, men kun som umiddelbart og subjektivt indhold, der først gennem videnskabelig bevidsthed kan antage form af almenhed (ibid.). Det drejer sig med andre ord om at udvikle en dialektik mellem det formale sprog og den praktiske hverdagsbevidstheds sprog, hvor udgangspunktet er den umiddelbare erfaring, hvorfra den middelbare erfaring skal tilegnes, og tilbage til den umiddelbare erfaring, til livssammenhængen.

Det centrale i den eksemplariske læring handler altså om at igangsætte læreprocesser, hvor den sociologiske fantasi kan medvirke til at reducere kompleksiteten som støtte til dialektikken mellem de umiddelbare og middelbare erfaringer, så der skabes mulighed for at forandre subjektiv og kollektiv indstilling og bevidsthed. Det afgørende er, hvad der i konkrete erfaringsprocesser fremmer konkrete personers vækst og myndiggørelse.

I forhold til denne afhandling er det spørgsmålet om, hvorvidt der åbnes op for den enkeltes komplekse livsverdens problematikker. Og det er spørgsmålet om hvorvidt forventningsmønstrene bliver brudt, så der kan blive åbnet op for nye bud på kontinuiteter og orienteringsrammer. I et erfaringssteoretisk perspektiv handler det om social fantasi, som en kritisk utopisk produktion af alternative praksis forestillinger. I dette perspektiv kan læreprocesser føre til forandring af de givne mønstre for erfaringsbearbejdningen.

Det er et dannelses- og frigørelsesperspektiv, som forudsætter at tilvante og ubevidste betydningsmønstre bliver udfordret og brudt. På den måde kan en

praksis rumme et emancipatorisk potentiale, hvorimod en bekræftelse af de herskende normer og forståelser tværtimod styrker desymboliseringens og tegnenes opsplitning af sanselighed og sproglig bevidsthed.

Det er processer, som kræver en åben holdning. Steen Nielsen kalder det en æstetisk holdning, som er karakteriseret ved at være båret af en åben og interesseret holdning til verden, som en dimension i menneskelig praksis (Steen Nielsen, 2010). Dette vanskeliggøres af, at erfaringsdannelse ikke kun er behagelig og bekræftende, men også forbundet med smerte.

I forhold til denne afhandling handler læreprocesser om at gøre sig erfaringer med handlemuligheder i forhold til hverdagslivets betingelser og håndteringerne heraf i forbindelse med psykisk lidelse.

## **Tid og magtforhold**

Betingelserne for, at der kan skabes læreprocesser som dialektiske processer, er, at der skal være tale om langvarige læreprocesser samtidig med, at læresituationen skal befris for den irrationelle autoritet, som cementerer de eksisterende samfundsmæssige magtforhold (Negt, 1975). Læreprocesserne skal basere sig på interaktioner som f.eks. gruppediskussioner, som gensidigt afklarende diskussioner mellem deltagerne. Læreprocesserne skal være rettet mod bevidsthedsdannelse, men det handler ikke om at påtvinge nogen en bevidsthed. Tiden, magtforhold og tilrettelæggelsen af læreprocesserne er med andre ord afgørende for om der kan skabes læreprocesser som dialektiske processer i den konkrete brugerstøttepraksis.

## **13. Analyseledende begreber**

I forhold til afhandlingens teoretiske afsæt, lægger jeg i tolkningen af empirien, ikke kun vægt på det enkelte menneske med psykisk lidelse og deres subjektbårne viden, men også på socialisationen og på de måder, der produceres menneskelig subjektivitet. Jeg tager med andre ord ikke kun udgangspunkt i det enkelte subjekts lidelseserfaringerne, men forsøger at overskride den livshistoriske ramme for at se kritisk på den måde socialisationen producerer subjektivitet.



Jeg betragter læreprocesser som erfaringsdannelse, hvor intensionen er, at skabe rum for læreprocesser ved at igangsætte processer, hvor det bliver muligt at forarbejde oplevelser og erfaringer med psykisk lidelse set i et hverdagslivsperspektiv.

I afhandlingen ser jeg læreprocesser, som forbundet med udvikling af ressourcer, kapacitet, kreativitet og strategier, som kan øge handlemulighederne for patienternes og brugerstøtternes livsudfoldelse. Læreprocesser handler om at gøre erfaringer med at udvikle, øge eller ændre handlerummet for egen og andres livsudfoldelse. Det er samtidig en forestilling om individuel og kollektiv erfaringsdannelse, som rækker ud over den aktuelle praksis med brugerstøtte. Erfaringsdannelsen skal ses som en sammenhængende proces over tid.

Det er centralt, hvilke erfaringer, der dannes i mødet med psykisk lidelse, fordi det danner mening til personernes livshistorie, som danner betydning til deres oplevelser. De livshistoriske erfaringer kan forandres i samspil med udviklingen i personens sociale praksissammenhænge. Det er med andre ord ikke uvæsentligt, hvilke læreprocesser, der igangsættes i mødet med psykisk lidelse.

Praksissen med brugerstøtte er en organisering af personer, hvor det er tanken, at der kan ske en udvikling af de individuelle og kollektive erfaringsdannelse, som igen kan gøres til drivkraft for forskellige subjektive, kulturelle og politiske interesser og processer. Jeg vil undersøge om der bliver skabt mulighed for myndiggørelsesprocesser, som tager udgangspunkt i og bearbejder deltagernes modsætningsfyldte erfaringer. I relation til brugerstøtteprojektet betyder det, at samfundsmæssiggørelsen kræver, at brugerne organiserer sig som samfundsborgere og ikke som psykiatriske patienter eller som enkelt individer med private interesser. Brugerstøtterne skal organiseres som deltagende, reflekterende samfundsborgere med et demokratisk og frigørende sigte.

I bearbejdningen af deltagernes erfaringsdannelse må vi tage udgangspunkt i den enkeltes livsverden med psykisk lidelse, som hænger sammen med overordnede samfundspolitiske spørgsmål om, hvilket liv og hvilken type samfund vi ønsker i fremtiden. Brugerstøtteprojektet var, som nævnt, i sit udgangspunkt en ide om myndiggørende læreprocesser, og at deltagernes potentiale skulle udvikles og organiseres som demokratiske processer, så deres erfaringsmateriale kunne komme andre til gode.

I tolkningen af empirien vil jeg fokusere på subjektets interaktion med de objektive samfundsmæssige strukturer på det individuelle niveau og på gruppe/det kollektive niveau. Weber skriver, at denne tilgang indkredser en systematisk objektivisering af deltagerne, der subjektivt producerer afmagt, men objektiveringen medfører også et psykisk forsvar, som er aktiv. Weber skriver: *"Der er mange kræfter involveret i at leve under disse samfundsmæssige betingelser, og der udvikles kulturelle mønstre, der er præget af individuelt og kollektivt forsvar* (Weber, 1995, p. 28). Psykisk forsvar skal forstås som den psykiske proces, hvor en – nødvendig – del af realiteten fornægtes eller fortrænges, til fordel for omgangen med en anden lige så nødvendig realitet (ibid.).

Jeg vil undersøge dette, ved at undersøge det strukturelle i brugerstøtternes og patienternes udtryks- og interaktionsformer. Jeg vil særligt sætte fokus på, hvilke erfaringer, der tematiseres og jeg vil forsøge at undersøge, hvilke erfaringer der blokeres eller hindres, som muliggør eller hindrer handlemuligheder.

Jeg vil anvende hverdagsbevidsthedsbegrebet til at analysere empirien med og se på, hvilke forståelseshorisonter der bliver tematiseret. Jeg vil undersøge, hvordan interviewpersonernes hverdagsbevidsthed spiller ind på deres opfattelse af psykisk lidelse og de lærerprocesser som muliggøres eller hindres.

Med teorien om sprogspil vil jeg forsøge at identificere dynamikker som er i konflikt, hvor det er vigtigt at forsøge at forstå dynamikkerne i relation til den sociale kontekst. I mit forsøg på at forstå sprogspillene, drejer det sig ikke om at rekonstruere reelle begivenheder, men om at udarbejde en dybdehermeneutisk analyse. I analysen vil dynamikkerne i driftsregulationen blive anvendt. Her tænker jeg på: tilfredsstillelse – frustration, realitetsrettet handling – fantasi, og objektrelationen. Begrebet om det sceniske er også et analytisk begreb, som vil blive anvendt i tolkningen af empirien. Det sceniske, som en affektiv og kropslig indlejret register af mening og erfaring, har sin oprindelse i disse tidlige faser af livet, men som fortsætter gennem hele livet og som ikke er bevidst. Det sceniske register er dermed tæt forbundet med det ubevidste og viser sig via vores emotioner og krop.

Det sanseligt symbolske, er et andet væsentligt teoretisk begreb for analysen. Det sanseligt symbolske rummer for det første symboldannelsesprocessen, som en formidlingsproces, som væsentlig til at forstå brugerstøtternes og patienternes læreprocesser. For det andet er det centralt, at afviste oplevelser

med interaktionsformer kan blive symboliseret ved hjælp af overgangsobjekter og kreative dialoge, og derved gøres tilgængelig for bevidstheden og danne baggrund for nye interaktionsformer.

Den symbolske interaktionsform, som indførelsen af sproget og sprogsystemer er også et væsentligt analytisk begreb, som vil blive anvendt i forhold til patienternes og brugerstøtternes læreprocesser. Sprogliggørelsen er med til at gøre verden tilgængelig. Sprogliggørelsen kan medvirke til at regulere brugerstøtternes og patienternes affektive oplevelser, medvirke til at skabe mening i en brudt livshistorie og medvirke til at diskutere de alment gældende handlingsnormer, samt skabe nye interaktionsformer. Symboldannelse er en betingelse for subjektets udvikling af realitetsdygtighed og myndighed, fordi det kun er på de områder, hvor symbolets enhed af sprog og kropslig-sanselig erfaring er blevet etableret, at personen er i stand til at forholde sig bevidst reflekterende og indgribende i forhold til sin praksis og dermed for udvikling af nye interaktionsformer.

I analysen er det vigtigt at forstå, at psykisk lidelse ikke er et individuelt fænomen. De samfundsmæssige forhold bliver formidlet via de primære omsorgspersoner, men disse personer er blot repræsentanter for samfundet, fordi de selv er socialiseret ind i samfundet og agerer på en kulturel scene. De specifikke interaktionsformer handler om, hvordan samfundsmæssige relationer er følelsesmæssig- og kropsliggjorte i det enkelte individ samtidig med, at de subjektive kropsliggjorte erfaringer er individuelle. Det får den betydning, at psykisk lidelse ikke kan forstås udelukkende som et individuelt problem eller de primære omsorgspersoners problem, men også som et samfundsmæssigt problem.

Psykisk lidelse skal betragtes som fortrængte interaktionsformer eller interaktionsformer, der aldrig er optaget i det sproglige område og hvor behovstilfredsstillelse bliver til en fiksering af undertrykte driftsimpulser, som er virulente og dynamiske. I begge tilfælde er interaktionsformerne udelukket fra sproget og er derfor ikke tilgængelig for bevidstheden, men bevidstheden kan nås via symboler. De fortrængte interaktionsformer er desymboliserede klicheer og tegn.

Derudover vil jeg være opmærksom på, om der bliver skabt et særligt erfaringsrum, hvor uoverskuelige og komplekse forhold bliver lettere at overskue og opfatte. Her er det deltagerens anderledes forhold til hverdagerfaringer-

nes forventningsstruktur, der spiller en afgørende rolle i betydningsdannelsen. Heri ligger et dannelses- og frigørelsesperspektiv, som forudsætter, at tilvante og ubevidste betydningsmønstre bliver udfordret og brudt.

I afhandlingen vil jeg være opmærksom på strukturer, som rummer eller hindre et emancipatorisk potentiale. Et potentiale, som kan medføre overenskomst om nye interaktionsformer i forhold til de omgangsformer, som den eksisterende samfundsmæssige situation tillader.

I afhandlingen drejer det sig ikke om at identificere, hvad patienterne og brugerstøtterne finder vanskeligt eller hvilke problemer de har med at symbolisere. Det handler heller ikke om at give en terapeutisk respons til disse problemer ligesom i psykoanalytisk praksis. Jeg skal heller ikke identificere den enkelte brugerstøttes og patients psykiske lidelse i form af diagnoser. Det handler om at afdække, hvad der er på spil i eksisterende sociale arrangementer.

## 14. Empiri

I dette afsnit vil jeg redegøre for min empiri, som mine analyser og fortolkninger er baseret på.

Min empiri består af feltnoter fra lære- og udviklingsprocesserne i læringsrummet og fra erfaringsudvekslingsmøderne. Jeg skrev både enkelte deltageres udsagn ned, og de områder/temaer som gruppen diskuterede i relation til læreprocesserne og til udviklingen af den gode støtte. Empirien rummer også brugerstøtternes evaluering af det samlede forløb i læringsrummet, som blev afholdt i august 2010, hvor 8 brugerstøtter deltog. Forløbet blev lydoptaget.

En stor del af empirien i afhandlingen består af interviews med både patienter og brugerstøtterne. Jeg interviewede fem patienters oplevelser og erfaringer med brugerstøttepraksissen. De fem patienter havde fået besøg af én eller to brugerstøtter i et år. Jeg valgte fem patienter, som var blevet indlagt for første gang og som var blevet diagnosticeret med psykisk sygdom. Dette valg er truffet ud fra ideen om, at brugerstøtterne havde en større mulighed for at støtte deres læreprocesser ud fra et hverdagslivsperspektiv, hvis patienterne ikke havde haft så meget kontakt til behandlingspsykiatriens institutionaliserede diskurser. Valget af fem patienter var også bestemt af, at det var vanskeligt at

komme i kontakt med personer, der var indlagt for første gang. Personalet oplyste ikke altid om projektet, hvorved personerne ikke fik tilbuddet. Jeg har også oplevet, at tre personer ønskede at blive interviewet, men hvor jeg efterfølgende ikke kunne få kontakt med dem.

Hver enkelt patient er blevet interviewet to gange. Første interview fandt sted ca. tre måneder efter udskrivelsen og anden gang ca. et år efter udskrivelse. Tanken var at følge deres læringsprocesser over tid. Interviewene foregik primært i patienternes eget hjem og varede som regel en times tid. Et enkelt interview fandt sted på en af de psykiatriske afdelinger. Jeg ringede altid først for at bekræfte vores aftaler. Ved en af disse opringninger ønskede én af patienterne ikke at blive interviewet anden gang. Interviewene er lydoptaget og transskriberet.

De brugerstøtter, der besøgte de fem patienter, er blevet interviewet med henblik på at undersøge deres forståelser af deres egen praksis. De blev interviewet 3-4 måneder efter deres første besøg hos patienten. En brugerstøtte besøgte to patienter, hvilket resulterede i to interviews. Fire brugerstøtter besøgte i forskellige kombinationer tre patienter, hvilket resulterede i tre interviews med hver to brugerstøtter. Det er i alt blevet til fem interviews, som er lydoptaget og tre er blevet transskriberet.

Jeg har også undersøgt brugerstøtternes forståelse af deres egen praksis som en gruppediskussion, hvor fem brugerstøtter deltog. Jeg fungerede som diskussionsleder. Gruppediskussionen er foretaget efter 1½ år med brugerstøttepraksissen og er lydoptaget samt transskriberet.

Min empiri består også af min ”daglige” kontakt med brugerstøtterne fra 1. september 2010 – 1. december 2012. Min telefon har været åben alle ugens dage. Jeg noterede vanskeligheder, bekymringer, sejre etc. som brugerstøtterne oplevede i deres praksis. I den sammenhæng inddrager jeg ikke brugerstøtternes personlige vanskeligheder. Endelig anvender jeg brugerstøtternes logbøger fra deres brugerstøttepraksis.

## 15. Metodologi

I interviewene har jeg anvendt en narrativ livshistorisk tilgang og en tematiseret gruppediskussion. Det vil jeg uddybe i dette afsnit.

## Interview med en narrativ livshistorisk tilgang

Den livshistoriske tilgang er en teoretisk tilgang med et utal af forskellige metoder. Jeg har valgt en metode, der i sit udgangspunkt, er inspireret af Lorenzers sprogspil, hvor sprogspillet er niveauet for formidling af personlighedsteori og samfundsteori. I den sammenhæng, skriver Olesen, at i de livshistoriske interview sættes fortællingen ind, som formidler mellem det subjektive og kulturelle, de historiske og samfundsmæssige forhold (Weber & Salling, 2001). Jeg valgte de livshistoriske narrative interviews, fordi fortællingerne formidler sammenhænge mellem den enkeltes livshistorie og den historiske og samfundsmæssige kontekst for historien.

Med de livshistoriske interviews var jeg interesseret i patienternes og brugerstøtternes fortællinger i relation til psykisk lidelse og til deres erfaringer med brugerstøttepraksissen. Jeg tog udgangspunkt i det enkelte subjekts erfaringer, men samtidig var intensionen med denne tilgang, at de livshistoriske interviews rummer mulighed for at overskride den livshistoriske ramme, så forskeren kan se kritisk på den måde socialisationen producerer subjektivitet.

Den livshistoriske narrative metode giver mulighed for at høre om socialt uacceptable områder og tabuemner, fordi det giver en særlig indsigt i de forhold, der præger det enkelte menneske og de strategier de anvender i relation til nye betydnings- og handle rum (Salling Olesen, 2006a) (Ahrenkiel, Bild, Dybbroe, & Hjalager, 2007) (Hollway & Jefferson, 2013). Den narrative livshistoriske tilgang gav mig mulighed for at opnå indsigt i patienternes og brugerstøtternes brudfyldte erfaringer med psykisk lidelse og opnå indsigt i de betydnings- og handlerum som en praksis med brugerstøtte gav mulighed for.

Forskeren anvender ikke en interviewguide med strukturerede spørgsmål i de fortællende eller narrative interviews. Forskeren anvender i stedet et bredt tema i relation til formålet med forskningen (Ahrenkiel et al., 2007). Tematiseringen i mine interviews var givet på forhånd, da patienterne og brugerstøtterne var udvalgt i forhold til, at de havde erfaringer med psykisk lidelse og praksissen med brugerstøtte. Metoden med et bredt tema, gav mulighed for, at patienterne kunne fortælle frit om deres oplevelser og erfaringer, og var ikke begrænset af mine perspektiver eller strukturerede spørgsmål. Metoden gav mulighed for at fortælle om oplevelser, erfaringer og situationer, som jeg overhovedet ikke havde overvejet at spørge om.

Mit indgangsspørgsmål var kort, da de fleste havde meget på hjerte, som de ønskede at fortælle, samt at flere af patienterne og brugerstøtterne, var synligt nervøse over situationen. Jeg åbnede f.eks. interviewet med spørgsmålet til patienterne: ”Prøv at fortælle mig, hvad der er sket siden at du blev indlagt?”

Jeg styrede ikke indholdet i patienternes og brugerstøtternes fortælling med mindre indholdet var uden for konteksten. Dette medførte, at jeg ikke kunne forudse eller planlægge indholdet af interviewene på forhånd. De involverede kunne tale om deres situation fra den vinkel han/hun foretrak. Den narrative struktur medførte, at de interviewede personer selv valgte mellem betydningsfulde oplevelser og erfaringer, som blev oplevet som relevant. Det er således ikke mig, som forsker, der bestemte og kontrollerede, hvad der var vigtigt at tale om, hvad der blev oplevet som meningsfuldt eller relevant for de interviewede personer.

Ifølge Ahrenkiel og Dybbroe er det ikke forskerens opgave at spørge til andre områder eller forhold (ibid.). Under interviewet spurgte jeg nysgerrigt og spørgende ind til de områder og forhold som interviewpersonerne selv bragte op, for at få personen til at uddybe et område og for at få en større forståelse af det fortalte. Det betød ikke, at jeg forholdte mig stille eller passiv under interviewet. Jeg lyttede aktivt og var deltagende, når historien blev foldet ud. Jeg forholdte mig lyttende og viste, at jeg var interesseret i historien og dermed i selve personen. Jeg havde en accepterende attitude i modtagelsen af den andens fortælling.

Costley noterer, at selvom den interviewede deltager på et frivilligt grundlag, så skal man være opmærksom på den gensidige afhængighed i engagementet. Interviews kan medføre en befriende følelse, men det er vigtigt at være opmærksom på magten, der er indlejret i interaktionen (Costley, 2010). På den måde kan narrative livshistoriske interviews være en meget sensitiv og magtfuld metode til at undersøge subjekters private liv. For eksempel kan tillid og empati facilitere åben og ubevogtet tillid, så patienten eller brugerstøtten får fortalt mere end de ønskede.

Patienterne og brugerstøtterne tilbød deres levede erfaringer med psykisk lidelse, problemer i deres hverdagsliv og oplevelser af smertefulde begivenheder og relationer. De udstillede deres sårbarhed, hvilket på en måde, er en afsløring af sig selv. Særligt patienterne var ofte nervøse for interview situationen, havde psykiske problemer, følte sig utilpas over ikke at kunne klare sig i

hverdagen og havde ofte lavt selvværd. Costley hævder, at dette kræver en moralsk forpligtelse og bevidsthed om, hvad han kalder, et omsorgsansvar (ibid.). Jeg erfarede, at jeg følte et omsorgsansvar, som medførte, at jeg involverede mig i situationen og udviste empati. Jeg var ikke blot en observatør. Jeg opnåede at få de interviewedes tillid, hvilket medførte, at jeg fik en privilegeret og magtfuld position. Jeg var opmærksom på ikke at bruge min autoritet til at manipulere eller udnytte den anden. Jeg forsøgte at undersøge forskningsspørgsmålet med en omsorgsfuldhed, hvilket krævede en bevidsthed på egne og på den andens reaktioner følelsesmæssigt og kropsligt, samtidig med en kontinuerlig refleksiv proces over interaktionsforløbet. Under det sidste interview med en af patienterne, måtte jeg flere gange spørge, om vi skulle holde en pause eller skulle stoppe interviewet, fordi han var så plaget af syns- og høreindtryk, som virkede forstyrrende på hans fortælling.

Relationen mellem interviewer og den interviewede person producerer mange betydninger. For at få adgang til denne flertydighed er det essentielt ikke kun at være optaget af historien som tekst, men også være opmærksom på relationen mellem forsker og personen, der bliver interviewet. I det relationelle rum er det vigtigt at være imødekommende og modtagende overfor hele den anden person. Fogh nævner, at et interview ikke er en virkelig samtale, men det er vigtigt at være til stede i relationen, så man er i stand til at bekræfte og acceptere den anden og den andens andethed (Fog, 1998). Jeg prøvede at tilbyde en kontakt under interviewet, som rummede mulighed for, at den interviewede person fik mulighed for at føle sig anerkendt og accepteret. Måden jeg modtog den enkeltes historie, måden jeg lyttede på, måden jeg reagerede på og måden jeg blev rørt af historien, var meget væsentlig. Under interviewet blev jeg således medskaber af den skabte fortælling, hvor den latente mening af dybere konflikter, socialitet og kultur blev udfoldet.

Min interesse, min ikke-dømmende lytning, min accept af den anden og den andens andethed var væsentlig for, at jeg opnåede den andens tillid og til fortællingens dybde og kvalitet. Samtidig er interviews og fortolkningen en intersubjektiv oplevelse med en anden persons specifikke kulturelle iscenesættelse. Det er ikke kun min subjektive erfaring eller en objektiv beskrivelse, men en intersubjektiv balance. Disse forhold samt det som Tietel benævner ”det relationelle rum” er uddybet i kapitel 20.



Efter interviewet skrev jeg mine oplevelser med interviewet ned, så jeg havde refleksionerne til min analyse og fortolkning af forskellige strategier af overføring og modoverføring under interviewet. Se kapitel 20.

## **Gruppediskussion**

Udover de livshistoriske interviews havde jeg også en gruppediskussion med brugerstøtterne. I udgangspunktet er alle de nævnte områder fra det forrige afsnit også gældende for den afholdte gruppediskussion. Forskellen er, at gruppediskussionen rummer et særligt potentiale, fordi det er et diskussionsforum, hvor deltagerne kan associere i forhold til hinandens udsagn, men også kan udfordre hinandens meninger. Gruppediskussionen rummede dette potentiale, da brugerstøtterne og jeg havde været i en læreproces over længere tid, hvor vi var vant til, at vores forforståelser kontinuerligt blev udfordret. Gruppediskussionen afspejlede denne proces.

I følge Weber, er det gruppens og de enkelte diskussionsdeltagernes subjektive erfaringer, sådan som de produceres i situationen, der er det centrale, men udtalelserne afdækker alligevel nogle dybere betydningslag (Weber, 1995). Gruppediskussionen er foretaget for at forstå brugerstøtternes oplevelse af deres praksis og til forståelse af, hvad denne praksis betød for deres hverdagsliv og hvilken betydning praksissen havde for deres individuelle og kollektive læreprocesser. Jeg forsøgte at relatere temaet og spørgsmålene til deres umiddelbare erfaringshorisont. Temaet var: ”Hvad kan en brugerstøtte”. Temaet var relateret til deres umiddelbare erfaringshorisont.

Temaet rummer væsentlige konfliktflader, forstået som, at de skal være historisk som subjektivt relevante (ibid.). Diskussionen var åben og dynamisk og den enkelte oplevede temaet som yderst relevant.

Min primære funktion, som diskussionsleder, var at fastholde temaet og få brugerstøtterne til at uddybe de områder, som de diskuterede, men også at udfordre deres umiddelbare erfaringer.

## **Dybdehermeneutisk analyse og tolkning af empirien**

Lorenzers kulturanalyse bliver også kaldt for dybdehermeneutik. Jeg har valgt den dybdehermeneutiske analysemetode, fordi den retter sig mod en rekonstruktion af ubevidste meningsdimensioner, når man skal analysere en tekst

og giver mulighed for at få indsigt i subjektive erfaringer med samfundsmæssige dynamikker.

Den dybdehermeneutiske tilgang skal begribes som en hermeneutisk forståelsesproces. I dybdehermeneutikken er man mindre optaget af at forstå livshistorien og selve hændelsesforløbet som en realitet, men mere optaget af de psykosociale dynamikker og hvordan de opleves af individet (Weber, 1995). Det vil sige, at det er de subjektive oplevelser af hvad der er sket og hvad det betyder for vedkommende, der er det væsentlige og ikke så meget, hvad der faktisk skete. Fokus skal med andre ord være på de fænomener, som bliver tillagt betydninger og meninger. Det betyder samtidigt, at den fortalte historie er væsentlig, da sproget i historien relaterer sig til en psykosocial realitet og forskellige måder at tilpasse sig realiteten.

I mine analyser har jeg valgt at give et billede af og fortolke to patienters oplevelser af deres situation med henblik på at undersøge deres opfattelse af den hjælp som de tilbydes. Det er en forståelsesproces, der tager udgangspunkt i det enkelte subjekts lidelse, men den skal ikke forveksles med psykoanalyse. Jeg analyserer ikke det enkelte menneskes grundkonflikter, men er interesseret i, hvordan konflikterne kommer til udtryk i den sociale praksis. I et socialvidenskabeligt perspektiv og med udgangspunkt i Lorenzers teori, er formlingspunktet mellem individ og samfund holdepunktet for analysen. Jeg forsøger dermed at skelne mellem en terapeutisk og en social analyseproces. Med henvisning til Lorenzer, skriver Olesen og Weber, at, i terapien kredser interessen sig for, hvordan individuelle konflikter viser sig, hvor den kulturelle analyse er optaget af, hvilken slags konflikt, der er tale om (Salling Olesen & Weber, 2012). Det skal nævnes, at dynamikkerne i interaktionerne er mere komplekse, end begrebet konflikt kan rumme.

I den dybdehermeneutiske analyse er forskerens egne reaktioner en væsentlig del af analysen og fortolkningen af empirien, da man lader sin undren styre tolkningen. Ifølge Weber er det her, at det psykoanalytiske og psykodynamiske aspekt skal findes i metoden (Weber, 1995). Ved at inddrage egne reaktioner kan det til forveksling ligne psykoanalytisk terapi. Det er vigtigt for mig at understrege, at metoden er inspireret heraf, men at det ikke er hensigten at foretage psykoanalytiske tolkninger af de involverede personer. Jeg kan ikke via denne metode nå frem til sandheder om andre menneskers psykosociale liv, hvilket heller ikke er formålet med metoden. Det styrende er i udgangspunktet at få indsigt i subjektive erfaringer med samfundsmæssige dynamik-

ker for at forstå den umiddelbare psykosociale virkelighed og dermed den almene dimension, der eksisterer bag den aktuelle praksis. Lorenzers teori om sprogspil er velegnet hertil. I det følgende vil jeg beskrive den dybdehermeneutiske tolkningspraksis.

## **Den dybdehermeneutiske tolkningspraksis**

Leithäuser og Volmberg har, med udgangspunkt i Lorenzers dybdehermeneutiske kulturanalyse, udviklet den empiriske funderede dybdehermeneutiske tolkningspraksis, som en analyseprocedure for socialvidenskabelige tekster.

Ifølge Leithäuser og Volmberg er forskerens opgave at opdage de forskellige lag af betydning, som man ifølge Lorenzer eksponerer gennem sproget; herunder det autonome niveau af meningsdannelse, det latente niveau, under forskningsmaterialets manifesterede niveau (Leithäuser, 1988). Forskerens opgave er at opdage den latente mening, som rummer sociale og kollektive dimensioner.

I det følgende fremstiller jeg analysemetoden ud fra et arbejdspapir fra det årlige internationale seminar i Dubrovnik. Arbejdspapiret er skrevet af Birgit Volmberg.

For det første er det vigtigt at have en horisontal-hermeneutisk tilgang til hele transskriptionen af den enkelte tekst. Forskeren læser hele transskriptionen igennem og overvejer hvilke emner, der træder frem og som kan identificeres i bredere temaer. I denne læsefase skal forskeren være opmærksom på egne reaktioner og egen emotionelle involvering i læsning af teksten. Er der nogle mærkelige eller irriterende sætninger og hvordan virker det på læseren. I denne fase inkluderer man alle tilgængelige data.

I denne første læsning er det vigtigt, at forskeren ikke fortolker eller teoretiserer over teksten, men bringer sin hverdagskulturelle forståelse af mening og betydning i spil med læsningen af teksten. Ifølge Lorenzer må analysen være en kritisk fremgangsmåde, der går ud fra subjektive oplevelsesmåder med udgangspunkt i sanselige erfaringer (Lorenzer, 1975a). Det vil sige, at analysen i første række retter sig mod affektive og kropslige processer.

Jeg forsøgte at bringe mine sanselige erfaringer og hverdagskulturelle forståelse i spil ved at læse teksterne igennem flere gange for at finde temaer, men jeg

lyttede også til lydoptagelserne flere gange, da tonen og betoningen er med til bringe reaktioner og følelse frem, som er anderledes end den læste tekst.

Den næste fase består af en dybdehermeneutisk læsning af teksten. Her skal forskeren fordybe sig i de udvalgte temaer og nærlæser teksten linje for linje. Der er særligt tre spørgsmål, som er med til at fokusere analysen: Hvad bliver sagt, hvordan bliver det sagt og hvorfor bliver det sagt på denne særlige måde. Disse spørgsmål er relateret til forskellige niveauer af forståelsen. Hvad der bliver sagt, korresponderer med den proportionelle mening. Hvordan bliver det sagt, korresponderer med den metakommunikative mening. Hvorfor bliver det sagt på denne særlige måde korresponderer med den intentionelle mening.

I forhold til Lorenzers betydningsniveauer, relaterer det første spørgsmål, hvad bliver sagt, sig til det manifeste niveau i teksten. Dette niveau kan blive genfortalt præcist. Konkret lyttede jeg til og læste efter, hvordan personen præsenterede sin historie. Jeg kiggede efter om der var en bestemt struktur i begivenhederne eller særlige pointer i historien. Jeg var opmærksom på, hvad personen fortalte om sine oplevelser, om særlige oplevelser, specifikke erindringer og erfaringer. Jeg lyttede også efter, hvad der ikke blev sagt, da dette spørgsmål kan frigøre nye og andre spørgsmål.

Det næste spørgsmål, hvordan bliver det sagt, har to niveauer. Først skal relationerne undersøges. Hvordan kommer interaktionerne til udtryk i teksterne, hvordan henvender personerne sig til hinanden og hvordan taler de sammen, hvordan reagerer de og hvordan relaterer de sig til hinanden. Det andet niveau handler om den underliggende tone i interviewet, som udtrykker relationen til genstandsfeltet, som han/hun taler om. Fortællingen vil altid blive formidlet på en særlig måde, som kommenterer indholdet og fortællerens forhold til indholdet (Salling Olesen, 2006a).

Jeg lyttede til og kiggede på, hvordan historien blev fortalt, eller hvordan der blev talt om hvad. Jeg kiggede på og lyttede til, hvordan følelserne blev udtrykt gennem fortællingen og til tonen i historien. Kunne jeg f.eks. høre tristhed, angst etc. Jeg så efter og lyttede til, hvordan personen talte om sig selv, om sine ideer om og oplevelser af sig selv. Jeg var opmærksom på hvordan personen relaterede sig til andre og i forhold til fortid, nutid og fremtid. Jeg lagde også mærke til ordforråd, tøven, repetitioner, hvad der bliver und-

gået, fordringer i tonen. Jeg lyttede og kiggede efter, om der var kongruens mellem indhold og forhold.

Dette niveau i tolkningen trækker på Lorenzers forståelse af det sceniske, som en affektiv og kropslig indlejret register af mening og erfaring. Personerne, som er repræsenteret i fortællingerne, involverer sig i de konkrete sociale situationer, som i et drama. Personerne er interesserede i at fortælle historien i overensstemmelse med eller i harmoni med sin selvopfattelse, som samtidig stabiliserer det. På dette tolkningsniveau kigger man efter, om der er lignende scener, typiske mønstre, inkonsistens etc. Dette niveau åbner op for en tolkning af overføring og modoverføring, samt giver en mulig forståelse for den ubevidste scene, idet det er på dette niveau, at jeg som fortolker reagerer på det fortalte. Dette niveau kan give værdifulde indsigter i det empiriske materiale.

I følge Olesen og Weber er det en affektiv kommunikation med teksten, også kaldet modoverføring. Det, som forskeren reagerer på, kan forstås, som tekstens ubevidste producerede latente mening (Salling Olesen & Weber, 2012). Det er scenisk indhold, som er udelukket fra sproget, men som presser sig på, forstyrrer, skaber liv til det talte og som hos forskeren opleves som irritation eller provokation. Scenerne kan også være produkter af forskerens ubevidste fantasier. Forskeren leder med andre ord efter noget, der umiddelbart ikke er synligt og måske heller ikke er bevidst for de involverede.

Det tredje spørgsmål, hvorfor bliver det sagt på denne måde, kan deles op i en manifest og i en latent intension. Den manifeste intension kan læses i teksten, men det er muligt, at den manifeste intension følger en ubevidst strategi, et formål, som kun kan blive forstået, når forskeren er opmærksom på sine egne følelser i forhold til overførings- og modoverføringsreaktioner. Jeg lyttede efter, hvorfor historien blev fortalt på denne måde. Ved at stille disse spørgsmål skabes der mulighed for, at den subjektive betydning, som rummer mere end de enkelte ords betydning, træder frem. Det, der siges og måden hvorpå det siges, fortæller forskeren, hvad der opleves som mere betydningsfuldt end andet. Herved skabes der samtidig mulighed for at nå frem til det overskud i teksten, som rummer den ikke sprogliggjorte erfaring. Forskeren skal, med andre ord, involvere sig følelsesmæssigt i hele tolkningen og det fordrer at forskeren indgår i et samspil med den interviewede og konteksten for interviewet.

Det er en tolkningspraksis, hvor den ubevidste mening i en scene kun kan gribes ved, at forskeren sætter sin egen ubevidsthed på spil. Forskeren må opdage sin egne forforståelse, tabuer og forsvarsmekanismer, som psykosociale strukturer i sig selv, som spejlinger af de psykosociale strukturer i samfundet. Forskeren skal bruge sig selv som ressource til at undersøge det før- eller ubevidste, som er blevet udgrænset af individets bevidsthed pga. samfundsmæssige og sociale dynamikker, som er uhensigtsmæssige, skamfyldte eller uforståelige for individet. Det er derfor væsentligt, at hele konteksten i og omkring empirien sættes ind i en bredere social og politisk kontekst. Det vil sige, at det ikke er selve individet der er i centrum for forskningen, men den umiddelbare fremtrædende sociale virkelighed.

Den beskrevne analysemetode og tolkningspraksis kan måske gribes i et teoretisk perspektiv, men i praksis, er der tale om en yderst kompliceret tilgang, fordi der er tale om indhold, som forsker og informant ikke er bevidst om, som noget ubevidst. Det fordrer derfor en tolkningspraksis, som ikke kun kræver forskerens egne personlige tolkninger, men at tolkningsprocessen samtidig er en kollektiv proces, hvor andre kan medvirke til og hjælpe forskeren til at nå frem til så uddybende forståelse og tolkning som muligt.

Jeg har deltaget i tre former for analysefællesskaber. Det ene var på Roskilde Universitet, arrangeret af Forskerskolen i Livslang Læring, hvor jeg sammen med andre kollegaer, deltog i en analyse- og fortolkningsworkshops en gang om måneden gennem to år. Det andet analysefællesskab, som jeg har deltaget i, er et europæisk fortolkningsseminar benævnt, The International Research Group for Psycho-Societal Analysis. I seminaret deltager forskere fra forskellige europæiske universiteter, som har interesse i psykosocial forskning. Forskerne mødes en gang om året i Dubrovnik og seminaret varer en uges tid. Jeg har deltaget i seminaret i to år i træk. Derudover har jeg sammen med to forskere dannet et analyse- og fortolkningsværksted, hvor vi analyserer og tolker forskellige empiriske tekster. Vi mødes 2 -3 gange om året.

Det har været vigtigt at deltage i disse analysefællesskaber for at få så mange nuancerede forståelser og fortolkninger af mine interviews og konteksterne for mine interviews, som muligt. På den måde reflekterer jeg ikke kun over mine egne subjektive fortolkninger af teksterne, men også i forhold til delte sociale og kollektive forståelser af det latente niveau i det empiriske materiale. Jeg anvender derved både min egen intra-subjektivitet som inter-

subjektiviteten med andre, som en kilde til og som et analytisk redskab i den dybdehermeneutiske analyse og tolkning af min empiriske produktion.

I kapitel 20 har jeg reflekteret over min forskersubjektivitet og tolkningspraksis og hvordan jeg fik hjælp til at begribe min reaktioner overfor det, som rørte ved mine før- eller ubevidste psykiske betydninger og ubevidste fantasier. I kapitlet reflekterer jeg over, hvordan min tolkningsproces og tolkningspraksissen med andre, fik betydning for min tolkning af den almene dimension, som rakte udover den specifikke interaktion og konkrete kontekst.

I det næste kapitel vil jeg beskrive og reflektere over brugerstøtte projektet og nogle af de konkrete udfordringer vi stod overfor.

## 16. Brugerstøtte projektet

For at forstå brugerstøttepraksissen, som det kommer udtryk i denne afhandling, er det nødvendigt at give en indsigt i projektets praktiske del. Jeg vil beskrive dele af projektet, men det skal ikke betragtes som en formidling af alt, hvad der skete i projektets 2½ års forløb. Beskrivelsen af forløbet er min fortælling om de valg og fravalg, som jeg gjorde mig undervejs i forløbet ud fra den særlige position, jeg havde. Det er således ikke en lineær beskrivelse af forløbet, men en række nedslag, som har fanget min opmærksomhed og givet anledning til undren.

Inden jeg viser en række nedslag og reflekterer over projektets enkelte dele, skal jeg først give en oversigt over projektets design, så læseren får en forståelse for projektet i sin helhed.

### Design af brugerstøtteprojektet

I februar 2010 ansatte jeg og en projektmedarbejder 15 personer, som havde erfaring med psykisk lidelse, til at varetage funktionen som brugerstøtter.

Læringsrum: foregik fra den 16. marts – 15. november 2010

Sammen med 15 brugerstøtter skabte vi i fællesskab et læringsrum for udvikling af læreprocesser og til udvikling af den gode støtte. I alt 120 timer fordelt over den nævnte periode.

Pilotprojekt: varede fra den 19. maj - 19. juli 2010. For at høste erfaringer med en praksis med brugerstøtte, besøgte brugerstøtterne patienter, som var indlagt på tre udvalgte psykiatriske afdelinger. Erfaringerne var få, da kun én afdeling havde to patienter, som ønskede besøg.

Praksissen med brugerstøtte: forløb fra den 1. september 2010 – 31. september 2012. I projektperioden besøgte brugerstøtterne 68 patienter på de 3 udvalgte psykiatriske afdelinger og fulgte dem i hverdagslivet efter udskrivelse i 3-4 måneder. Fem af disse patienter, som var indlagt for første gang, fik besøg i et år. Alle besøg fandt typisk sted én gang om ugen af ca. 2 timers varighed.

Erfaringsudveksling og supervision: foregik fra den 1. september 2010 – 31. august 2012. Brugerstøtterne og jeg havde erfaringsudvekslingsmøder, som begyndte i efteråret 2010 sideløbende med de sidste timer i læringsrummet. Erfaringsudvekslingsmøderne foregik ca. 1 gang om måneden og varede 3 timer.

Inden jeg reflekterer over dele af brugerstøtteprojektet, vil jeg redegøre for rekrutteringen af brugerstøtterne.

## **Rekruttering af personer til projektet**

Inden jeg skulle rekruttere personer til projektet, måtte jeg forholde mig til mine egne forudsætninger. Min viden og mine erfaringer inden for det psykiatriske system var begrænset til min elevtid som sygeplejeelev for 30 år siden. Mine erfaringer, som sygeplejerske og som lektor på en professionshøjskole gennem 25 år, lå primært inden for det somatiske område. Mit kendskab til og mine erfaringer på det psykiatriske felt var meget begrænset. Den 1. februar 2010 ansatte jeg derfor en projektmedarbejder med erfaring med psykisk lidelse, så hun kunne bidrage med dette perspektiv.

I forbindelse med den oprindelige projektplan skulle projektmedarbejderen og jeg ansætte 6-8 vejledere, som havde erfaringer med psykisk lidelse og som var interesseret i at støtte personer, som var blevet indlagt på en psykiatrisk afdeling.

En annoncering i de lokale dagblade medførte, at 118 personer henvendte sig på opfordring om at blive brugerstøtte. De 118 henvendelser, som kom fra et



lille lokalområde, tyder på, at projektet havde en stor borgerappel. Henvendelserne kom fra borgere, der var pårørende til en person med psykisk lidelse og 67 af henvendelserne kom fra personer, som selv var blevet diagnosticeret med psykisk sygdom. Den markante henvendelse blandt lokalbefolkningen afspejler en stor interesse i at gøre en forskel på det psykiatriske område. De personer, som henvendte sig, udtrykte både mundtligt og skriftligt et stort ønske om at yde en indsats på en anderledes måde og et stort ønske om, at bruge egne erfaringer til hjælp for andre. Henvendelserne bestod af en bred sammensætning af mennesker med forskelligt køn, alder, social og kulturel baggrund.

Vi skulle ansætte 15 personer. Antallet på 15 personer blev truffet ud fra erfaringer med et lignende projekt i psykiatrien, Region Sjælland i 2007 – 2010. I dette projekt, blev der ansat ca. 65 brugerstøtter, men ved projektets afslutning var der kun 5 brugerstøtter tilbage. Ifølge Nielsen og Nielsen er det et velkendt fænomen at deltagelse i frivillige projekter formindskes over tid (Aagaard Nielsen & Steen Nielsen, 2007). Disse overvejelser medførte, at vi ansatte 15 personer, i forhold til den oprindelige plan om at samarbejde med 6-8 personer, da vi forventede et frafald under forløbet.

I forsøget på at sikre, at de som havde henvendt sig, ville deltage i hele projektperioden, indkaldte vi 18 personer til en uddybende samtale om projektets ide, formål, etc. Til samtalerne udvekslede vi forventninger til projektet og orienterede om, at deltagelsen i projektet var frivilligt, men at vi håbede på en kontinuerlig deltagelse i lære- og udviklingsprocesserne, som var uden løn, men med forplejning og kørselsgodtgørelse. Vi orienterede også om, at når vi havde arbejdet med de forskellige lære- og udviklingsprocesser ville de derefter modtage 120 kroner i timen + kørselsgodtgørelse. Af økonomiske hensyn fravalgte vi de personer, der boede geografisk langt væk fra projektets konkrete praksis.

I udvælgelsen, blev de personer, som havde oplevet at være indlagt og diagnosticeret med en psykisk sygdom prioriteret, da besøgene skulle begynde på de psykiatriske afdelinger. Dernæst prioriterede vi, at deltagerne skulle repræsentere en bred sammensætning af køn, alder, social og kulturel baggrund, diagnoser og endelig skulle de brænde efter at hjælpe andre mennesker. Vi indgik samarbejde med 15 af de 18 indkaldte personer.

De 15 deltageres baggrunde var meget forskellige. Der var deltagere med akademiske baggrunde, deltagere med mellemlange og korte uddannelser, deltagere under uddannelse, samt nogen uden uddannelse. En bruger var erhvervsaktiv, en bruger arbejdsløs, men ellers modtog de fleste førtidspension. Der deltog 6 mænd og 9 kvinder. Deltagernes alder var mellem 35 – 60 år. Alle 15 deltagere havde mange erfaringer med psykiske vanskeligheder, mange erfaringer med de psykiatriske institutioner og det psykiatriske system. Samtidig vidnede deres livshistorier om, at de havde oplevet både stigmatiserings- og marginaliseringsprocesser både af det psykiatriske system og i civil samfundet.

Prioriteringen og udvælgelsen har været et vigtigt led, både som praktisk navigering i relation til de menneskelige og økonomiske ressourcer og fordi projektet på forhånd var et sårbart projekt. Sårbart forstået som, at deltagelsen krævede, at de involverede personer skulle afsætte 120 timer til undervisnings-/udviklingsprocesser. Samtidig skulle de være indstillet på at gennemføre en personlig udviklingsproces, hvor de lærte at anvende deres erfaringer. Desuden skulle de medvirke til at udvikle en alternativ og supplerende praksis, som på forhånd var op imod de eksisterende dominerende diskurser i samfundet.

Det viste sig, som forventet, at der var et markant frafald i projektet. I foråret 2010, hvor processerne i læringsrummet var mest intensive frafaldt 7 ud af de oprindelige 15 deltagere. To deltagere fortalte, at de valgte at stoppe, fordi de alligevel ikke kunne afse tid hertil. En tredje deltager stoppede med at møde op uden begrundelse og det lykkedes ikke at få kontakt med ham igen. En fjerde person flyttede med sin familie til en anden landsdel. En femte person fik associationer til sit tidligere arbejdsliv og valgte at stoppe. En sjette person oplevede, at hans lidelse blev forværret og måtte afbryde sin deltagelse. En syvende person måtte jeg tage ud af projektet pga. misbrugsproblemer. Der var således otte deltagere tilbage, da de skulle til at besøge patienterne.

Under pilotprojektet oplevede endnu en af deltagerne, at hans lidelse blev forværret og måtte stoppe. I de næste mange måneder var der ikke frafald, men efter ca. 9 måneder valgte en af vejlederne at stoppe på grund af samarbejdsproblemer.

Fra foråret 2011 til foråret 2012 var seks deltagere aktive, men i foråret 2012 måtte endnu en af brugerstøtterne afbryde pga. forværring i sin livssituation.

Ud af de 5 tilbageværende brugerstøtter afbrød endnu en person i maj 2012. De sidste fire måneder fra maj indtil den 31. september var der således 4 brugerstøtter tilbage i projektet.

Det store frafald i gruppen var forventet og det viste sig, at der var 6 brugerstøtter i perioden fra den 1. september 2010 til foråret 2012, som vi fra begyndelsen havde satset på. Det er vigtigt at nævne, at selvom der har været et frafald, har alle 15 brugerstøtter bidraget med at udvikle den gode støtte ud fra deres hverdagslivserfaringer med psykisk lidelse samt deltaget aktivt i læreprocesserne, hvorfor alle noter og materiale fra de forskellige processer og faser vil indgå som empiri.

Brugerstøtterne og jeg skulle sammen skabe forandringer i en bestemt kontekst og skabe viden om brugerstøtte som en alternativ og supplerende praksis set i et hverdagslivsperspektiv. Det var derfor nærliggende at blive inspireret af aktionsforskningen, som jeg vil komme ind på i næste afsnit.

## **Inspiration til brugerstøttepraksissen**

Der findes forskellige retninger inden for aktionsforskningen, men særligt tre traditioner tegner billedet: den sociotekniske, den dialogiske og den kritisk utopiske aktionsforskning, som kan betragtes på flere måder afhængig af forskerens erkendelsesinteresser, samt på demokratiseringsperspektivet i aktionsforskningsprocessen (Husted & Tofteng, 2005). Greenwood peger på, at aktionsforskning hverken er en metode eller en teknik, men en tilgang til at leve i verden (Greenwood, 2007). Det betyder i praksis, at det er vanskeligt at anvende en bestemt gren af aktionsforskningen eller en bestemt model, som værende den ideelle. Tilgang og design af aktionsforskningen afhænger af de konkrete problemstillinger og den bestemte situation som aktionsforskningen skal foregå i.

Jeg var inspireret af den kritisk utopiske aktionsforskning både med hensyn til det videnskabsteoretiske udgangspunkt og i forhold til metodologien. Den kritisk utopiske aktionsforskning, som Nielsen & Nielsen har udviklet, er inspireret af kritisk teori og fra den tyske fremtidsforsker Robert Jungks arbejde med utopidannelse. Brugerstøtteprojektet var ikke opbygget efter de tre faser i den kritiske utopiske aktionsforskning: et fremtidsværksted, et forskningsværksted og en præsentation af værkstedets arbejde for en større offentlighed. Men jeg forsøgte at lade mange af værdierne og perspektiverne fra de tre faser

være styrende for forløbet og lade de participatoriske, demokratiske og myndiggørende perspektiver være fremherskende.

Tilgangen i kritisk utopisk aktionsforskning forudsætter, at der i den pågældende konkrete praksis skal eksistere et demokratisk og socialt forandringspotentiale, problemstillingen skal give mening for deltagerne og problemstillingen skal kunne relateres til deltagernes eget hverdagsliv. Deltagelsen og involveringen er ikke bare et ydre krav, men et konstituerende element i forskningen som videnskab. Grundlæggende for denne type af aktionsforskning, er en praksis, som danner platform for deltagelse, praktisk forandring og kooperativ videnskabelse. Kendetegnene er, at det er borgerne og ikke myndighederne, som formulerer planlægning og forandring, modsat traditionel praksis (Steen Nielsen & Aagaard Nielsen, 2010), (Aagaard Nielsen & Steen Nielsen, 2007). Aktionsforskning som en særlig samfundsvidenskabelig og demokratisk metode, er netop kendetegnet ved at inddrage deltagerne i forskningens tilrettelæggelse og gennemførelse.

Metoden er særlig velegnet til at skabe ny viden og forandring omkring demokratiseringsprocesser, da forskningen grundlæggende sigter på at sammenkoble bevidstgørelse, frigørelse og forandring (Clausen & Hansen, 2007). Demokratiseringen af videnskabelse og demokratiseringen af samfundet udgør det normative grundlag i denne forskningstradition (Steen Nielsen & Aagaard Nielsen, 2010). Den kritisk-utopiske aktionsforskning rummer dermed en social og samfundsmæssig forandringsagenda, da ønsket er social nyskabelse, ændringer af systemer og strukturer, demokratisere processer og at myndiggøre deltagerne.

Brugerstøtteprojektet rummede disse ideologiske krav. Med hensyn til det demokratiske og sociale forandringspotentiale, er den grundlæggende ide med brugerstøttepraksissen at orientere forskningen mod at styrke forholdene for stigmatiserede og marginaliserede grupper i samfundet, samt at udfordre traditionelle magtforhold i psykiatrien. En brugerstøttepraksis kan bidrage med viden om og udforske potentialet for brugerstøtte i psykiatrien, undersøge mulighederne for en alternativ og supplerende praksis og på længere sigt skabe mere borgerdeltagelse i planlægningen og reguleringen af praksissen for mennesker diagnosticeret med psykisk sygdom.

I den kritiske utopiske aktionsforskning er det centralt at overskride de eksisterende forhold og arbejde med alternative fremtidsmuligheder. Kritikbegre-

bet tager udgangspunkt i hverdagslivets subjektive flertydighed (ibid.). Husted beskriver det på den måde, at der ikke er tale om et moralsk kritikbegreb om det gode eller dårlige, men om subjektive flertydigheder og kollektive erfaringer med uværdige, umyndiggørende eller undertrykkende udformninger af liv (Husted & Tofteng, 2005).

Brugerstøtteprojektet skal ikke ses som et modbillede til den psykiatriske praksis, men som en alternativ og supplerende praksis til den eksisterende praksis. Arbejdet med de utopiske udkast og alternative veje, skulle være en læreproces, der fik deltagerne til at se konstruktiv kritisk på den nuværende virkelighed og som skulle bane vejen for forandring og frigørelse. Den kritiske utopiske aktionsforskning er netop en kulturel orientering, der sigter mod at gøre mennesker mere myndige fra undertrykkende forhold. Brugerstøtteprojektet rummer mulighed for forandringer på disse områder; at skabe demokratiseringsprocesser for både brugerstøtterne og de indlagte personer i form af øget evne til at forme egen fremtid og give øget mulighed for at lære at opnå magt og kontrol over deres liv. Brugerstøtteprojektet skal betragtes som en anderledes demokratisk tilgang med praktiske forandringsperspektiver med udvikling af støttende og rummende tilgange, der hvor folk lever deres liv.

I forhold til læreprocesserne og tilgange til personer med psykisk lidelse var jeg også inspireret af erfaringerne med brugerstøtte og recoverytilgange fra både USA, Australien og England. Jeg var især inspireret af Shery Mead, som har udviklet en uddannelse til brugerstøttefunktionen og som har været leder af tre brugerdrevne alternative hospitaler, der tidligere er benævnt som respite houses. Uddannelsen kaldes: Intentional Peer Support: An Alternative Approach (Mead, 2005). Derudover var jeg inspireret af Mary Ellen Copeland, PhD, forfatter og underviser i forbindelse med recovery fra psykisk lidelse (Copeland, 2002).

Jeg var også inspireret af Slotsvænget i Lyngby, som er et bosted, der arbejder med recovery og som har udarbejdet et kursus og en arbejdsbog i recovery benævnt, "Projekt Styr Livet" (Projekt Styr Livet, 2010). Brugerstøtterne i dette projekt, har fået kurset "Håbets sti" af to personer fra Slotsvænget, som begge har erfaringer med psykisk lidelse.

I de følgende afsnit vil jeg komme ind på læreprocesserne i brugerstøttepraksissen.

## Læringsrummet – udgangspunkt i hverdagslivserfaringerne

I brugerstøtteprojektet skulle vi skabe et læringsrum til forskellige lære- og udviklingsprocesser. Læringsrummet skulle danne platform for to kontinuerlige parallelle læreprocesser, hvor deltagerne for det første skulle lære at anvende og bringe deres erfaringer i spil. For det andet skulle læringsrummet fungere som platform for en udviklingsproces, hvor vi i fællesskab skulle udvikle ”den gode støtte”. Sammen skulle vi kvalificere erfaringerne, så deltagerne både lærte at passe på sig selv, lærte at prioritere hvilke erfaringer de ønskede at dele med andre og lærte at anvende deres erfaringer på en situationel måde. Læringsrummet dannede platform for disse lærerprocesser.

At deltage i brugerstøtteprojektet var at deltage i læreprocesser, hvor indholdet handlede om hver enkelt deltagers livshistoriske erfaringer i forbindelse med psykisk lidelse, og hvordan hver enkelt havde fået sit hverdagsliv til at fungere igen. I forhold til disse perspektiver, var det vigtigt at åbne et rum for tillid og tryghed, hvor hver enkelt deltager vovede at inddrage sine hverdagslivserfaringer med psykisk lidelse. Det kræver mod at fortælle om sine oplevelser og erfaringer, fordi feltet er fyldt med fordomme og myter. Flere af deltagerne havde oplevet at være blevet stigmatiseret og marginaliseret på grund af deres psykiske lidelse. Komplexiteten stiger, når der fokuseres på hverdagslivet, da de forskellige mønstre, dybder og dramaer træder frem (Bech-Jørgensen, 2001). Alle deltagere havde oplevet forskellige traumatiske begivenheder eller kriser i deres hverdagsliv, hvor deres hverdagsrutiner og erfaringer, var blevet rystet på særlige måder. At fortælle sin historie medførte, at forskellige mønstre, dybder og dramaer blev synlige og genoplevet igen.

Jeg forsøgte at skabe et rum, hvor alle kunne deltage og hvor dialogen var det primære. Jeg forsøgte at skabe et rum, hvor der herskede og blev realiseret en lyttende og anerkendende kultur, så deltagerne kunne reflektere over deres hverdagsliv, livsførelse og sammenhængen med de overordnede samfundsmæssige strukturer og logikker, hvorfra der skulle formuleres ideer, ønsker og utopier om ”den gode støtte”. I tråd med den eksemplariske læring, forsøgte jeg at etablere et rum, som gav plads til udvikling af social fantasi, så den ”utopiske horisont” kunne blive etableret og konkretiseret. Det var læreprocesser, som krævede frirum. Det eksemplariske princip kræver frirum, hvor der skabes mulighed for at afprøve perspektivskifte, som kan overskride enkeltinteresser og begrænsninger. Engagement er væsentlig for læringen, men der skal også være mulighed for diskussioner uden autoritære eller bestemmende rammer. Jeg forsøgte at skabe rum og struktur for de frie diskussioner.

Deltagerne havde forskellig politisk, social og uddannelsesmæssig baggrund, hvilket også krævede et rum, hvor der blev taget hensyn til og blev åbnet mulighed for, at forskellige personlige udviklingsperspektiver kunne blive tænkelige, mulige og håndgribelige.

I fællesskab, udarbejdede vi en skriftlig aftale om, hvordan vi skulle være sammen, hvilke principper der skulle være de herskende, og hvordan man kunne gøre opmærksom på, når stemningen, verbalt eller nonverbalt var uhensigtsmæssig. Langt hen ad vejen lykkedes det at oparbejde en anerkendende og respektfuld kultur gennem hele projektperioden, men allerede meget tidligt i forløbet opstod der gruppedannelser inden for gruppen og med tiden opstod der også en hierarkisering af deltagerne indbyrdes. Hierarkiseringen betød, at jeg måtte være særlig opmærksom på kommunikationen i gruppen.

Brugerstøtteprojektet handlede om demokratiseringsprocesser for svagere stillede grupper og for social forandring hen imod større social lighed ved at afhjælpe nogle af de forhold, der er med til at stigmatisere og marginalisere mennesker med psykisk lidelse, men projektet rummede også risiko for at reproducere selvsamme processer. Udfordringen blev i praksis at skabe rummelighed og anerkendelse af forskellighed. Rummelighed var netop brugerstøtteprojektets utopiske horisont.

## **Fokus på modsigelsesfyldte erfaringer**

Inspireret af Negts teori om eksemplarisk læring og sociologisk fantasi, forsøgte jeg at tage udgangspunkt i deltageres forudsætninger og subjektive interesser, som de kom til udtryk på hver deres individuelle måde. Jeg lagde vægt på, at deltagerne erkendte indholdet som meningsfuldt i relation til deres hverdagssituation med psykisk lidelse. I læreprocesserne forsøgte vi i fællesskab at afmystificere det, der omgiver personer med psykisk lidelse, og sammen bearbejde erfaringerne, hvor vi skulle medvirke til at reducere og konkretiserer det almene indhold i de samfundsmæssige modsigelser. Hensigten var at fremme forståelsen af fænomener, der har betydning for deltageres liv. Læreprocesserne skulle så at sige konkretisere modsigelserne og gøre deltagerne bevidste om forhold, hvor forskellige interesser gør sig gældende. I forhold til Negts teori om den eksemplariske læring er der ikke bare fokus på informationer, der skal bearbejdes, men også på vores modsigelsesfulde erfaringer.

ger. Samtidig skulle læreprocesserne medvirke til at skabe sammenhæng, ved at gøre de grundlæggende mekanismer synlige.

## **Synliggøre dybere sammenhænge**

I forhold til Negts teori skal der ikke kun tages udgangspunkt i deltageres konkrete konflikt- og kriseerfaringer, men læreprocesserne skal også synliggøre en dybere sammenhæng, som betegner den sproglige grundstruktur i tænkningen og adfærden, som formelle betingelser for selv- og virkelighedsforståelsen. Sproget regulerer hele personlighedens opbygning og former, hvori erfaringer og forestillingsindhold organiseres. Det var således også vigtigt, at vi forsøgte at synliggøre sproglige og handlingsmæssige strukturer, som betingelser for opfattelsen af sig selv og omverdenen. Det var vigtigt at arbejde med det sproglige udtryk, hvor brugerstøtterne f.eks. satte lighedstegn mellem sig selv og sygdommen: jeg er skizofren.

I læringsrummet havde vi planlagt mange øvelser, hvor deltagerne skulle inddrage deres erfaringer, hvorefter vi mødtes til fælles diskussion. I de fælles diskussioner forsøgte vi sammen at stille spørgsmål ved de forståelser der kom frem, så der opstod et spændingsforhold mellem deres umiddelbare erfaringer, erfaringer fra andre personer, der har et andet blik på psykisk lidelse og fra de middelbare erfaringer, som er den teoretiske forarbejdning og sammenfatning af samfundsmæssig erfaring. I de praktiske øvelser blev dette spændingsforhold yderligere knyttet til deres egne erfaringer og interesser. Sammen forsøgte vi at bearbejde hinandens erfaringer og interesser og kaste et nyt lys over dem. Det var i disse specifikke rum, at forholdet mellem det virkelige og mulige åbnede sig.

## **Erfaringsudvekslingsmøder**

I litteraturen og forskningen om brugerstøtteprogrammer understreges nødvendigheden af, at brugerstøtterne mødes til erfaringsudveksling og supervision. Vi mødtes ca. én gang om måneden af tre timers varighed, hvor der var fokus på praksisoplevelser. De mange besøg førte til mange oplevelser, spørgsmål og tanker, som skulle bearbejdes. Møderne var samtidig rummet for personlig privat erfaringsudveksling, som væsentlige for deres egen livssituation og for deres deltagelse i projektet samtidig med at det var rummet for et arbejdskollegialt mødested.



De to første timer var afsat til erfaringsudveksling i forhold til de personer, som brugerstøtterne havde besøgt. Den sidste time på udviklingsmøderne var afsat til refleksion, hvor en særlig oplevelse blev fokus for refleksion. De sidste par måneder var møderne afsat til frustrationer over, at projektet snart skulle afslutte.

I forhold til Negts teori, kræver det tid, hvis der skal skabes læreprocesser, som dialektiske processer. Tid til læring er vigtig, da det handler om at udvikle erfaringsindhold, der ikke er gjort eksplicit. Tanken med møderne var også, at læring er en proces, som foregår over tid både inden for og uden for læringsrummet. Der skal gives tid og rum for deltagernes erfaringsdannelse, da læring er kompleks og har sin egen individuelle dynamik.

Ideen med møderne og de mange øvelser i læringsrummet var også at danne rum for læreprocesser, hvor gentagne afprøvninger blev mulig, så der kunne dannes nye erfaringer. Erfaringsdannelsesprocessen indebærer en stadig gentagende afprøvning og udvikling af ny erfaring, og det handler om at gøre nogle erfaringer mulige, som ellers ikke havde været mulige (Salling Olesen, 1985).

Vi forsøgte kontinuerligt at skabe nye erfaringer både med brugerstøtte som en alternativ og supplerende praksis og med at anvende og udvikle egne erfaringer til hjælp for andre og for sig selv. Det betød, at erfaringsdannelsen i brugerstøtteprojektet voksede frem over tid i en fortløbende proces, hvor refleksion og handling foregik i en fortsat cyklus, hvor vi sammen genererede viden.

I de følgende afsnit vil jeg give nogle nedslag, som har fanget min opmærksomhed, skubbet til mine forforståelser og vagt min nysgerrighed.

## **Projektets rammer: imellem utopi og realitet**

Tidligere nævnte jeg, at rummet også skulle give plads til udvikling af utopiske horisonter. Spørgsmålet er, hvilke vilkår der var for at arbejde med utopierne. Det vil jeg reflektere over i dette afsnit.

Læresituationen skal, som tidligere beskrevet, befris for den irrationelle autoritet, som cementerer de eksisterende samfundsmæssige magtforhold. Vi skulle skabe et frirum fra de eksisterende psykiatriske logikker og forståelsesram-

mer, hvor vi kunne skabe et frirum til social fantasi om nye fremtider. Helt konkret havde vi vores eget hus med fuld forplejning og psykiatriens fagfolk blev først inddraget efter deltagerens ønske.

Ideen med brugerstøttepraksissen var, at der blev arbejdet med forskellige livsudkast af virkeligheden. Vi arbejdede med processer, hvor deltagerne gav kritik af den nuværende praksis, hvilke ønsker de havde til en alternativ fremtidig praksis og til den konkrete realisering af ideerne. Men utopierne havde sin begrænsning, da rammerne for projektet på forhånd var beskrevet, godkendt og penge var bevilliget i forhold hertil.

En anden begrænsning, for de utopiske ideer, bestod i det reelle fremtidige samarbejde med personalet på de psykiatriske afdelinger og i distrikterne. Der var flere problemer med at involvere personalet på afdelingerne og distrikterne. De institutionelle vilkår, udgangspunktet for og samarbejdet med personalet, den professionelle selvforståelse samt plejepersonalets prioriteringer fik betydning for, om de ville deltage i projektet. Disse problematikker vil blive uddybet i de næste afsnit. Her skal det konstateres, at det ikke var nemt at få adgang til alle afdelinger, hvilket brugerstøtterne også var bekendte med. Den utopiske horisont foregik derfor i realiteten inden for nogle snævre rammer. Projektet ville formentlig have været mere demokratisk orienteret, hvis deltagerne havde formuleret opgaven i en bredere og i en mere overordnet sammenhæng.

Brugerstøtterne var bekendt med, at projektets ide ikke faldt i alle afdelingers interesse, og at vi skulle etablere et nyt og anderledes samarbejde med personalet, som både i indhold og form udfordrede de gældende institutionelle praksisser. Det vil sige, at både projektets rammer, den organisatoriske forankring og de institutionelle logikker på forskellig vis satte begrænsninger for, hvad deltagerne kunne tænke og forestille sig som utopiske horisonter.

Involveringen af og samarbejdet med personalet var ikke uden problemer. Det vil jeg reflektere over i de næste to afsnit.

## **Et samarbejdsprojekt med personalet?**

I mit mangeårige job som lektor, har jeg erfaringer med at afholde møder med ledere og personale i store dele af sundhedsvæsenet, men det har været i forbindelse med uddannelsesmæssige spørgsmål og anliggender, hvor jeg med

min stilling havde en vis autoritet. I dette projekt mødte jeg nye og andre udfordringer.

Projektet var, som tidligere beskrevet, indskrevet i nogle faste rammer. Lederne og personalet på de forskellige afdelinger og distrikter havde derved ingen indflydelse på selve ideen med projektet og kunne kun komme med indvendinger til og drøfte den praktiske gennemførsel. Det centrale problem var, hvordan personalet, lederne og jeg kunne indgå i et samarbejde, når projektet var givet på forhånd. På et ledelsesmøde i januar 2010 præsenterede jeg ideen med projektet, hvor det blev tydeligt, at lederne fra distrikterne og afdelingerne havde flere forbehold over for projektet.

Efter mødet besluttede den daværende forskningsoverlæge, den daværende administrerende overlæge og jeg at begrænse antallet af afdelinger og distrikter til 3 afdelinger samt et distrikt for at intensivere samarbejdet, opbygge ejerskab til projektet og på grund af nogle organisatoriske forandringer. Projektmedarbejderne og jeg havde herefter flere møder med personalet på de udvalgte afdelinger og i distriktet, hvor vi drøftede projektets gennemførsel.

Det er ikke usædvanligt, at det er svært for forskeren at få adgang til feltet, men når deltagerne på ingen måde er inddraget i, hverken ide eller problemstilling, og når problemstillingen ikke er blevet formuleret ud fra afdelingernes behov, så er forskeren prisgivet afdelingernes opbakning eller misbilligelse. Vi måtte forholde os til de institutionelle magtforholds betydning for gennemførselen af projektet. Samarbejdet med de enkelte afdelinger og distrikter var en reel udfordring for gennemførelsen og udviklingen af projektet. Det vil jeg reflektere yderligere over i det næste afsnit.

## **Afdelingssygeplejerskerne som gatekeepers**

Mit samarbejde med afdelingslederne og personalet var essentielt for projektet. Samarbejde, tillid og åbenhed var afgørende i samarbejdsprocessen. Uden samarbejdet ville der ikke komme nogen patienter til projektet, fordi patienterne skulle have tilbuddet af personalet i afdelingerne. I forbindelse med møderne og samarbejdet med personalet skriver Costley:

Provide a clear account of the type of access required and its purpose – a clear account of the requirement and establishing ones creditability will be vital in order to gain cognitive access” (Costley, 2010, p. 59)

På møderne drøftede projektmedarbejderen og jeg formålet med projektet, ideerne, strukturen og handlingsdetaljerne med personalet. Vi diskuterede forskellige spørgsmål så som, hvad nu hvis en brugerstøtte bliver indlagt på samme afdeling, hvor vedkommende besøger patienter? Hvor meget kontakt og samarbejde skal der være mellem brugerstøtterne og personalet? Nogle steder ønskede personalet ikke at anvende så meget tid på projektet, da dagen er præget af travlhed. De ønskede f.eks. ikke, at der skulle indføres et rapportsystem mellem brugerstøtterne og personalet. Det passede fint med ideen med projekt, da tanken med samtalerne mellem brugerstøtterne og patienterne var fortrolige. Brugerstøtten skulle ikke have kontakt med personalet med mindre patienterne ønskede det, eller hvis det var nødvendigt f.eks. i forbindelse med en patients selvmordstanker.

Allerede inden disse møder havde fundet sted, ønskede en afdeling ikke at deltage i projektet. Begrundelse var, at patienterne var for dårlige og ikke kunne kommunikere med brugerstøtterne.

Efter møderne ønskede lederen i et distrikt at medvirke, men mente, at patienterne havde gode tilbud og/eller havde et godt netværk i forvejen. Det viste sig senere, at der ikke kom nogen patienter til projektet fra distriktet og vi afsluttede samarbejdet.

Personalet og afdelingssygeplejersken på den anden udvalgte afdeling, ønskede at medvirke, men mente, at mange af patienterne var for dårlige til at få besøg af brugerstøtterne. Personalet og lederne på den tredje udvalgte afdeling, fandt ideen god og ønskede at deltage. Der var således to afdelinger, der ønskede at medvirke i projektet, men en helt fjerde afdeling var interesseret, fordi afdelingslederen havde hørt om projektet. Der var således tre afdelinger, som umiddelbart ønskede at medvirke.

Afdelingslederne er nøglepersoner, da de varetager den daglige ledelse af personalet og har overblikket over, hvilke patienter, der er indlagt på afdelingerne. Afdelingsledernes viden og indsigt er afgørende for muligheden for at få støtte til projektet. Lederne fungerer som gatekeepers. De kan påvirke de ansattes villighed til at engagere sig i projektet. Når nogle af medlemmerne af personalegruppen er engageret, kan deres engagement have en sneboldeffekt. Den bedste måde at opnå adgang til feltet er mund til mund rekrutteringen (Costley, 2010).

I praksis viste det sig, at der var en sammenhæng mellem afdelingslederens engagement og personalets engagement, og dermed hvor mange patienter der blev tilbudt besøg af en brugerstøtte.

I det næste afsnit vil jeg vende tilbage til argumenterne om, at patienterne var for dårlige til at få besøg eller allerede havde et godt netværk.

## **Kultur i pleje og omsorgsarbejdet**

Personalet på nogle af afdelingerne tilbød ikke patienterne besøg af en brugerstøtte. Argumenterne var, at patienterne var for dårlige til at få besøg eller på forhånd havde et godt netværk. Disse udtalelser medførte, at den øverste ledelse opfordrede personalet til at betragte brugerstøtte som et tilbud til patienterne. Endvidere lød opfordringen på, at den enkelte patient langt hen ad vejen måtte forventes selv at kunne træffe beslutning om at få besøg af en brugerstøtte. Opfordringerne kan lede til refleksioner over magtrelationer, brugerinddragelse og patienternes autonomi. Umiddelbart udtrykker argumenterne en kultur i pleje- og omsorgsarbejdet, der placerer magt højere end patienternes autonomi i plejeopgavehierarkiet. Det skal nævnes, at patienter, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, er meget dårlige og kan have nogle meget komplekse problemstillinger. Personalets kendskab til patienternes problemstillinger kan have medført, at de ikke spurgte patienterne, om de ønskede at få besøg af en brugerstøtte. Personalet tog beslutningsdygtigheden til at bestemme, hvorvidt patienterne skulle have tilbudt besøg. Det er problemstillinger, som jeg ikke blev inddraget i på grund af personalets tavshedspligt.

Personalets prioriteringer er dels bestemt af kulturen og traditionerne i omsorgsarbejdet på den enkelte afdeling og dels af de strukturelle rammer. Den kultur og beslutningspraksis, der er på de pågældende afdelinger, kan afspejle et billede af de værdier og interesser, som kan findes i afdelingernes rationalitet. Costley skriver:

You should show by your actions and acknowledgement of the culture of your community of practice. You will need to show that you have respect for the values of the organization, its purposes and ways of doing things... (Costley, 2010, p. 5)

Det var vigtigt, at jeg viste, at jeg respekterede hver afdelings kultur og praksisforståelse, men samtidig måtte jeg fastholde ideen med brugerstøttepraksis-

sen. At påvirke afdelingernes dagsorden og komme med nye udviklingstiltag er ikke nemt og er forbundet med en forventet modstand.

Ideen med projektet faldt muligvis ikke inden for alle afdelingers pleje- og behandlingskultur. I den sammenhæng vil jeg nævne en episode, som kan have påvirket personalets indstilling til projektet. Det drejer sig om en brugerstøtte, som på et tidspunkt fik det gradvist dårligere. Det endte med, at hun gik rundt på flere afdelinger og fortalte, at hun var brugerstøtte og skulle ind og tale med forskellige patienter. Det skabte uro og skepsis om projektet på flere afdelinger.

Alle afdelinger og distrikter var orienteret om projektet. Personalet på de involverede afdelinger og jeg havde i fællesskab aftalt, hvordan den konkrete praksis med brugerstøtte skulle foregå. Afdelingerne havde fået en mappe, som indeholdt projektbeskrivelse, praktiske oplysninger og aftaler vedrørende vores kontakt. Alligevel vakte episoden skepsis.

Det er en skepsis, der formentlig også skal relateres til personalets forbehold til min formåen til at lede projektet og brugerstøtterne, hvor jeg til og med ikke havde erfaringer med psykiatrisk praksis. Det er en skepsis, som kan være blevet styrket af forskellige episoder, som opstod undervejs i projektførelsen. For eksempel mente personalet ikke, at en af brugerstøtterne var egentlig til at være brugerstøtte. Det viste sig, at denne brugerstøtte bl.a. havde et misbrugsproblem, hvorfor jeg måtte bede vedkommende om at stoppe i projektet. En af afdelingerne havde foretrukket, at de havde medvirket til at udvælge de 15 personer, som skulle varetage funktionen som brugerstøtte.

Endelig skal det nævnes, at personalet hele tiden bliver mødt med nye krav til standarder, dokumentation og nye krav til implementering af forandringstiltag. Personalet skal løbende holde sig a jour med kvalitetsudviklingen og den løbende evaluering af deres praksis. Costley nævner, at forandringstiltag optager personalets tid, men personalet kan også være sårbare over for forskningsresultaterne samtidig med, at forskningen kan påvirke deres arbejdsmiljø (C. Costley, 2010).

Jeg var opmærksom på, at projektet var en udfordring for den eksisterende psykiatriske kultur, da det var en ny tilgang til brugerinddragelse. En ny tilgang, der anerkender og imødekommer patienternes og brugerstøtternes erfaringsdimensioner, som væsentlige for deres lærings- og demokratiseringspro-

cesser. Der var således flere forhold, der gjorde, at det var svært at få adgang til feltet, at få samarbejdet etableret og få projektet integreret.

Inden jeg går over til analysen af det empiriske materiale vil jeg begrunde mit valg af to patienter.

## **Valget af Mette og Jess**

Jeg har valgt to patienter, som jeg kalder Mette og Jess. Mette og Jess skal læses som eksemplariske cases i forhold til de patienter, som er blevet interviewet og som har været i en lignende situation.

Mette repræsenterer den lidt ældre kvinde, der har mange livserfaringer i forhold til sit arbejde, kollegaer, børn og parforhold. I interviewene fremtræder Mette som en kvinde, der har en åben holdning til at lære. Hun repræsenterer dem, som tager fat i udfordringerne og prøver at lære af dem. Hun repræsenterer dem, som forsøger at mobilisere mulige handlinger til at håndtere vanskelighederne med den psykiske lidelse og får sit hverdagsliv til at fungere igen.

Jess repræsenterer den yngre mand, som ikke har så mange års erfaring med arbejde, kollegaer og parforhold. Han repræsenterer dem, som oplever, at de har tabt kontrollen over deres liv og som har nogle problemstillinger som erfares som vanskelige at håndtere. Det er en situation, der er forbundet med afmagt og som i interviewene optræder som en subjektiv realitet, der er smertelig og byrdefuld for patienterne.

Mette og Jess har begge et arbejde, der kan sidestilles med en mellemlang videregående uddannelse, men arbejdets karakter er forskellig. Jess arbejder i militæret, som er et typisk mande job. Mettes arbejder som pædagog, som er et typisk kvinde job. Deres arbejde adskiller sig ved, at der er forskellige betydninger indlejret i arbejdsprocesserne, og at deres arbejde indeholder forskellige problemer, som skal løses. Mettes arbejde indeholder bl.a. omsorg og medfølelse, hvor Jess' arbejde indeholder kommandoer og krigsførelse.

Jeg kan ikke, med udgangspunkt i Mettes og Jess' udtalelser, udsige noget om deres læreprocesser og sammenhængen mellem køn, klasse, etc., men deres læreprocesser, som erfaringsdannelse, er subjektive processer som er foran-

kret i livshistorien, som samtidig er interaktionserfaringer med den sociale verden.

Min intension med præsentationen af Mette og Jess og fortolkningen af deres fortællinger, er ikke at trække en årsagssammenhæng mellem den enkeltes livshistorie, psykisk lidelse og læreprocesser. Intensionen er at prøve at forstå, hvordan nogle specifikke personer oplever deres nuværende situation i lyset af deres tidligere erfaringer og deres ønsker for fremtiden. Hensigten er ikke kun at præsentere deres bevidste opfattelse af deres situation, men også at relatere indholdet til den kropslige indlejring af social interaktionserfaring. Jeg har med andre ord øje for ubevidste og førbevidste samfundsmæssige betingelser og aspekter som kropsliggjorte subjektive dynamikker.

I præsentationen af Mette og Jess, har jeg forsøgt at beskrive forløbet op til og efter indlæggelserne på de psykiatriske afdelinger. Det har været svært, fordi tidshorizonten i deres fortælling erfares i brudstykker og ikke altid hænger sammen i en tidsmæssig kronologisk orden.

Kapitlerne er en analyse af, hvad patienterne taler om i forbindelse med deres psykiske lidelse og deres oplevelser af besøgene af deres brugerstøtter. Jeg har forsøgt at indfange den enkelte patients udviklingsproces, men det skal ses i lyset af, at der er tale om komplicerede bevægelser over tid.

I interviewene har jeg ikke haft fokus på den psykiatriske praksis, men når patienterne fortalte om deres situation, fortalte de samtidig spontant om deres oplevelse af mødet med personalet i psykiatrien. Fortællingerne om disse møder er væsentlige, fordi det kan bidrage med viden om, hvad der gør mødet med brugerstøtterne til særlige møder med anderledes dialoger. Det skal nævnes, at jeg, ud fra Mettes og Jess' fortællinger, ikke kan udtale mig om, hvorvidt personalet har handlet på en f.eks. uligeværdig måde, men jeg kan reflektere over Mettes og Jess' sproglige udsagn og dermed over de sociale og kulturelle dynamikker, som opstår i interaktionerne.

Kapitlerne er opbygget, så læseren først får en præsentation af Mette og Jess, hvorefter der følger en analyse af deres erfaringer og reaktioner på interaktionerne med personalet i psykiatrien, med familie/venner/kolleger og med brugerstøtterne.



## 17. Præsentation af Jess

Jess er 26 år og er en høj og flot mand. Det særlige ved Jess er, at hans forløb med psykisk lidelse, er et forløb, der er karakteriseret ved, at hans psykiske lidelse bliver forværret over tid og ændrer hans hverdagsliv på afgørende vis. Det er en markant bevægelse fra et velbefindende hverdagsliv til et ikke-velbefindende hverdagsliv med psykisk lidelse.

Ved det første interview bor Jess sammen med sin kæreste, som han har kendt gennem 5 år. De bor sammen i en dejlig stor lejlighed, der er beliggende i en større by. Jess har en stor familie og mange venner.

Jeg møder Jess første gang i hans lejlighed. Han virker glad for at se mig og byder mig inden for i stuen. Under interviewet har vi en god øjenkontakt med hinanden, men jeg lægger mærke til, at hans øjne virker lidt triste, som om han er noget forpint. Jess taler frit, men jeg opdager, at det er meget begrænset, hvor meget han understøtter det talte med sin mimik og sit kropssprog.

Jess beskriver sig selv som en person, der er udadvendt og hjælpsom både i forhold til sin familie og til sine mange venner. Han fortæller også om sine kompetencer i forbindelse med sit erhverv i militæret.

Jess fortæller, at hans liv fik en afgørende vending efter, at han blev sendt med militæret til Afghanistan. Under opholdet, oplevede han at blive moppet både fysisk og psykisk. Han fortæller, at han ikke kunne holde ud at være nogen steder sammen med de andre, hvorfor han trak sig fra det sociale og isolerede sig. Han passede kun det nødvendige, som jobbet krævede. Efter nogen tid fik Jess så mange vanskeligheder, at han blev hjemsendt og startede på samtaler med en psykolog. Jess blev fyret fra militæret efter tre måneders sygdomsperiode.

Undervejs i interviewet fortæller Jess mig, at han føler ubehag ved at tale om disse episoder. Jeg respekterer hans ønsker, og vi taler ikke mere om Afghanistan og om at blive moppet.

I de følgende måneder havde Jess mange samtaler med psykologen. En dag på vej til psykologen, måtte Jess køre ind til siden, fordi han blev meget forskrækket over, at der var en der talte højt til ham selvom han var alene i bilen. Jess fortalte psykologen om oplevelsen, hvorefter hun henviste ham til psyki-

atrien. Jess blev herefter tilknyttet OPUS teamet og til en støttekontakt person fra kommunen. Derudover fik Jess samtaler med en behandler i en almen psykiatrisk praksis og fik senere kontakt med personalet i behandlingspsykiatrien.

I den følgende tid blev Jess' situation forværret. Han kunne ikke udføre nogen ting og opholdt sig det meste af tiden i sin seng. Han begyndte at høre flere og flere stemmer, som bl.a. skældte ham ud og ville have ham til at gøre forskellige ting, bl.a. at begå selvmord. Jess begyndte også at se ulve og rotter. Jess fortalte, at han var meget bange for ulve. Jess oplevede også forskellige former for angst, bl.a. angst for fremmede og angst for vaskekummer. Det var alt sammen oplevelser, der var fyldt med angst og medicinen hjalp kun i korte perioder. Situationen blev så alvorlig, at hans kæreste og mor fik ham tvangsindlagt. Senere blev Jess indlagt flere gange for at få ændret på medicinen.

Ved sidste interview var Jess blevet indlagt endnu engang for at få ændret på sin medicin. Interviewet fandt sted på hans stue på hospitalet. Jess havde det meget dårligt. Han ønskede at dø og overvejede mange måder at praktisere det på. Jess' situation var nu så forværret, at det ikke kun var hans stemmer og synsoplevelser, som drev ham til at begå selvmord. Han havde også lyst til at gøre en ende på sin skræmmende, ubehagelige og angstfulde situation. Jess var begyndt at hamre hovedet ind i skabe for at få stemmerne og synsoplevelserne til at stoppe. En dag stak han af fra afdelingen for at begå selvmord, men blev fundet inden han nåede at praktisere det. Jess blev herefter overvåget 24 timer i døgnet og alt hvad der kunne bruges til at skære, blev fjernet fra stuen. Jess blev så dårlig, at han fik flere elektrochokbehandlinger.

I forbindelse med det sidste interview fortalte Jess, at han i hele perioden havde været meget frustreret over, at der ikke var noget medicin der virkede eller kun virkede kortvarigt. Han fortalte også, at han og kæresten var gået fra hinanden, og at han var flyttet hjem til sin mor, samt at han var meget trist over, at besøgene med Mia snart var slut.

I det følgende afsnit vil jeg analysere, hvordan Jess erfarer sig selv og sin interaktion med personalet på den psykiatriske afdeling.

## 17.1 Interaktion med det psykiatriske personale

Inden jeg beskriver Jess' møde med psykiatrien, vil jeg kort tolke på forløbet inden indlæggelsen. Formålet med afsnittet er at forstå, hvilke betydninger og erfaringer Jess dannede sig, da hans psykiske lidelse forhindrede ham i at opretholde et normalt hverdagsliv og blev så alvorlig, at det krævede en indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Afsnittet har altså ikke til formål at forstå, hvorfor han blev lidende eller hvorfor han blev indlagt.

### Fortællingen om mobningen

Jess var meget glad for sin uddannelse i militæret og havde stor lyst til sin første arbejdsopgave i Afghanistan, men lysten blev hurtigt afløst af ubehag. Jess fortæller:

Ja vi kan starte helt tilbage med hvordan jeg blev syg..(...). Jeg har været udsendt med..hvad hedder det.. militæret til Afghanistan og der blev jeg mobbet... gik jeg til næstkommanderende ..fordi at jeg havde det så dårligt... at jeg.. ja jeg havde ikke spist i 14 dage og jeg havde ikke drukket noget rigtig i 14 dage heller.....øhh jeg havde trukket mig fuldstændig.. fordi at jeg øhhh var kun på min køje..eller på jobbet.. jeg gjorde ingenting udover det... Jeg levede af slik og sodavand...øhhm... jeg kunne ikke holde ud at være nogen steder blandt de andre ..så jeg trak mig bare fuldstændig.....øhhmm (J1)

Lidt senere i interviewet fortsætter Jess med at fortælle:

... var mobning, det var..det var både psykisk og fysisk mobning.. jeg blev jo.. .når vi stod i køen til mad, så blev jeg skubbet ud af køen, for eksempel....øhhhhh.... jamen folk var bare lede.. altså jeg har **aldrig** haft modstand på den måde, jeg er **aldrig** blevet mobbet.. tidl.,.. så ...så det har ramt mig rigtig hårdt det der mobning...der, fordi jeg aldrig har prøvet det før...(.)...der var ikke rigtig nogen der stillede sig bag mig og bakkede mig op.....øh..de stillede sig bagved den anden gruppe der... der var den store gruppe, som mobbede ..så.. jeg havde egentlig ikke nogen at læne mig op ad, udover en pige, som jeg jeg snakkede lidt med... men det var ikke nok til, at jeg kunne holde det ud.....(pause)...så ...det var **meget** hårdt...det er meget ubehageligt at snakke om, fordi at det er.. det er et **meget** følsomt emne for mig...ja det er det....(pause)...(J1)

Jess taler ikke om sine erfaringer med krigen, men taler udelukkende om interaktionerne med de andre soldater, som han erfarede som mobning. Det er en betydningsfuld erfaring, hvor han antyder, at det er noget alment, der berører ham som et ”følsomt emne”.

Jess fortæller, at de andre soldater mobbede ham, og at han ikke tidligere er blevet mobbet. Jess siger, at det var en modstand, som ramte ham meget hårdt, at der ikke var nogen, der stillede sig bag ham og ikke nogen, som han kunne læne sig op ad. Disse udtryk kan have en dobbelt betydning.

Krig er en farefuld situation, så når Jess siger, *"der var ikke nogen der stillede sig bag mig"*, kan det være en kliché for, at Jess har stået i forreste række og stået for skud, samt at der ikke var nogen, der dækkede eller forsvarede ham. Det kan også være en kliché for, at han ikke oplevede, at der var nogen, der støttede ham i den følelsesmæssige krise han kom ind. I hans fortælling var der rent faktisk ikke nogen, der stod bag ham og støttede ham.

Jess taler om en stor gruppe og en mindre gruppe. Alligevel oplever Jess, at han var alene: *"jeg havde ikke nogen at læne mig op ad udover en pige, som jeg snakkede lidt med... men det var ikke nok til, at jeg kunne holde det ud"*. Udtrykket kan være en kliché for, at Jess stræber efter at være sammen med andre og få forståelse for sin situation, men interaktionserfaringerne modsvarer hans søgen efter denne tilfredsstillelse, som i stedet skaber frustration. Jess oplever, at blive lukket ude af de andres fællesskab og hans frustration medfører, at han trækker sig væk fra de andre og isolerer sig.

Jess isolerer sig konkret fysisk og i psykosocial forstand fra de andre, men herudover fremstår det som en gentaget scenisk figur af at stå alene.

Interaktionserfaringerne danner betydning til hans oplevelser, hvor Jess oplever sig alene og overladt til sig selv. I forhold til Lorenzers teori er mennesket lige fra begyndelsen af livet i interaktion med andre. Oplevelsen med at være alene og overladt til sig selv, er forbundet med en overvældende angst.

Jess henvendte sig til den øverst kommanderende, som sendte ham hjem. Når Jess fortæller sin historie på denne måde, bliver det en scenisk gengivelse af en fysisk og psykosocial overgivelse, både som militærperson og som subjekt, hvor hans tidligere livshistoriske erfaringer og forudsætninger ikke rakte til. Det er en historie, som rummer en passiv dynamik og som kommer til at fremstå som en skæbnefortælling, hvor han er offer for de andre soldaters aggressioner og ubehag i form af mobning under uhensigtsmæssige vilkår og rammer. Jess fortæller sin historie som en rækkefølge af hændelser, hvor mobningen fungerer som en forklaringsmodel for hans nuværende situation med psykisk lidelse.

Der har sikkert været mange tilspidsede situationer med ydre krav og usikre påvirkninger under krigsopholdet, som Jess har haft svært ved at indordne sig, og som han grundlæggende ikke har kunnet ændre på. Krig er en samfundsmæssig praksis, der sættes af de objektive, politiske og økonomiske strukturer, som det er vanskeligt, for den enkelte, at ændre på. I Jess' situation medførte begivenhederne og handlingerne, i forbindelse med udsendelsen til krigsområdet, forvrængninger i interaktionsformerne, som virkede undertrykkende på Jess' livsudfoldelse.

Jess giver ingen baggrundsviden om krigen eller om mobningen, og han føler ubehag ved at tale om det. Han reflekterer kun over nogle få af oplevelserne f.eks. "det har ramt mig rigtig hårdt, det har jeg aldrig prøvet før, de var rigtig lede imod mig". Erfaringerne fra krigen og mobningen, har medført, at nogle interaktionsformer er blevet fortrængt eller at nogle klichéer er blevet aktiveret via en genaktivering af samme scene. De er dermed udelukket fra sproget og derfor gjort utilgængelig for bevidstheden. Erindringerne er udgrænset af fortællingerne, men er alligevel smertelige og rummer et overskud af emotionelle kvaliteter, som er førbevidste, og som hos Jess, er forbundet med aggression mod militærpersonerne.

Det er en fortælling, som i sin form og indhold gentager sig i mødet med det psykiatriske system. Det vil jeg vise i de følgende afsnit.

## Historien gentager sig

Efter hjemsendelsen startede Jess med samtaler hos en psykolog. Hjemsendelsen og samtalerne skulle hjælpe Jess, men tværtimod bliver Jess' situation forværret og hans ubehag forstærkes med bl.a. med høre- og synsoplevelser, hvorfor han bliver henvist til psykiatrien.

På den psykiatriske afdeling har Jess flere samtaler med personalet. I disse samtaler viser det sig, at personalet og Jess har forskellige opfattelser af hans situation:

En dag under indlæggelsen fortæller Jess personalet, at han har selvmordstanker. Personalet hæver stemmen og udtrykker, at det er den samme måde, som han ville begå selvmord på, som sidste gang, de talte sammen. Personalet spørger højt, hvad der er forandringen fra sidste gang og siger, at det gør det svært for vedkommende at hjælpe ham. Jess får sagt, at han heller ikke kan overskue at blive udskrevet, hvortil personalet svarer i en høj tone, at Jess jo hele tiden har vidst, at det var en kort indlæggelse, og at han skal vænne sig til

at være alene igen. Personalet fortæller, at lægen giver en udskrivnings dato og så kan de tage den sammen derfra. Personalet slutter med at sige, at han jo ikke kan bo der altid. Jess er sur, vred og gal og går tilbage til sit værelse. Jess forklarer efterfølgende, at personalet råber, fordi han nedgør deres job, og at han bare skal makke ret. Men Jess forstår ikke, hvorfor han skal det, når han ikke føler sig tryk (Feltnote).

Jess fortæller om sine symptomer og effekten af behandlingen eller den manglende effekt, hvilket må være en meningsfuld interaktionsform på den psykiatriske afdeling. Men personalets reaktioner modsiger dette.

Jess kan ikke overskue at skulle udskrives, men personalet minder Jess om aftalen, som er indgået mellem Jess, psykiateren og kontaktpersonen. De har i fællesskab lagt en plan over indlæggelsesforløbet og indlæggelsen var planlagt som en kort indlæggelse. Personalet forventer, at Jess følger denne plan. Det er vilkår, som danner rammen om interaktionerne mellem personalet og Jess, men det er samtidig en interaktion, hvor de på trods af planen ikke opnår gensidig forståelse, og hvor de ikke kommer overens.

Jess stræber efter at få fjernet sine stemmer og synsindtryk, som er så ubehagelige, at han ønsker at gøre en ende på livet ved at begå selvmord. Men samtidig stræber Jess efter at forblive i live, hvorfor han har behov for beskyttelse. På afdelingen er han overvåget af personalet. Jess er bange for at skulle udskrives, fordi han er angst for at være alene og dermed gøre skade på sig selv. Personalet skal i den psykiatriske behandlingspraksis behandle de indlagte personers lidelse samt give dem beskyttelse og omsorg for en tid, men personalet kan ikke hjælpe Jess.

I afdelingen stræber Jess, ligesom i militæret, efter at få tilfredsstillet sine behov i forhold til en ønsket scene om forståelse og beskyttelse, men interaktionserfaringerne med personalet modsvarer denne søgen. Frustrationen over den manglende tilfredsstillelse medfører, at Jess, ligesom i militæret, isolerer sig konkret fysisk og i en psykosocial forstand fra de andre og oplever igen, at han er overladt til sig selv. Jess må, mod sin vilje, indordne sig den aftalte overensstemmelse, fordi han er i en afhængighedsrelation og fordi aftalen er bundet til den dominante psykiatriske praksis. Den sceniske oplevelse af at være alene gentager sig.

Jess' fantaserede spil med objekterne/personalet om at få sine drifter opfyldt i forhold til den ønskede scene bliver afvist, men oplevelsen rummer et over-

skud, ligesom i militæret, som er forbundet med aggression mod personalet, der hindrer hans ønsker og krav.

Hos Jess kommer aggressionerne til udtryk, når han med klicheen udtrykker, at han ikke makker ret. At makke ret hentyder til, at han skal handle på noget mod sin vilje. Sprogspillet med klicheen ”jeg makker ikke ret”, synes at indeholde ham selv som den, der vil bestemme og som giver personalet dårlig samvittighed, fordi de ikke kan hjælpe ham på hans betingelser. Det er en måde at nedgøre deres job, siger Jess. Det kan samtidig være en kliché for, at han overtager personalets negative tilgang til og vurdering af ham og som han begynder at identificere sig med. På den måde opstår der muligheder for, at han ikke bare oplever sig alene, men oplever sig nu også som forkert, ikke syg nok til at få hjælp eller som uværdig til at få hjælp.

I interaktionen med personalet trækker Jess sig tilbage til sit værelse. Det er som om, at scenen i militæret og scenen i psykiatrien gentages. Jess har aggressioner både mod personalet og soldaterne, når han udtrykker, at ”de var virkelige lede mod mig” (om soldaterne) og ”jeg makker ikke ret” (om personalet). Samtidig er det situationer, hvor han skal indordne sig bestemte dominante praksisser, hvor der hersker nogle bestemte diskurser for hvordan man skal gebærde sig. I begge praksisser får han oplevelser med at stå alene og være overladt til sig selv.

Den interaktionsform, der udspiller sig mellem personalet og Jess bliver erfaret, men ikke bevidstgjort, da den ikke bliver sprogliggjort. Jess forstår ikke, hvorfor han skal makke ret, når han ikke føler sig tryk. Alligevel reflekterer Jess over, at når han beder personalet om hjælp, er det en måde at nedgøre deres job på. Det vil sige, at Jess ikke kun ser personalet som objekter i forhold til at tilfredsstille hans behov, men han ser dem også som subjekter i en arbejdsmæssig sammenhæng. I interaktioner overlader han det samtidig til personalet at definere sig selv som objekt for deres værdighed, men han efterlades uden værdighed.

I det følgende vil jeg se nærmere på, hvordan Jess italesætter og dermed konstruerer sin psykiske lidelse, fordi det får betydning for hvordan Jess interagerer med personalet.

## At anvende psykiatriens sprog

Det er tydeligt, at personalet har spurgt ind til Jess' sanseindtryk, fordi Jess fortæller let og ubesværet om sine stemmer og sine synsindtryk samtidig med, at han fortæller om disse på særlige måde

... så... altså synshallucinationerne er jo først kommet inden for en kortere periode siden.... Øhh.. jeg tror kun de er 5 måneder gamle faktisk.. synshallucinationerne.....så....(J1)

Ja, men jeg havde jo fire stemmer... og synshallucinationer. Så begyndte jeg på Eponex plus Epine hedder det og så forsvandt to af stemmer og mine synshallucinationer forsvandt også. Så for to-tre uger siden, så begyndte det igen med at jeg så lige ulve og rotter og en mand, der stod i et hjørne og sådan nogle ting (J2)

Jess fortæller uopfordret, hvor mange stemmer og synsindtryk der er, hvordan de optræder og hvor gamle de er. Jess nævner også en lang række forskellige psykofarmaka, samt fortæller om effekten af de forskellige præparater. Jess anvender ord som f.eks. *fremgang* til at vurdere sin egen situation:

...så det var lidt noget skidt til at starte med...(pause)... men så efter en måned., så begyndte jeg at kunne se, at jeg .. havde store fremgange og jeg virkelig fik det meget bedre.. så jeg kunne.. så efter en måned, kunne jeg jo begynde og se hvor dårligt jeg egentligt havde haft det..(J1)

I daglig tale vil patienter som regel ikke anvende et enkelt ord som fremgang, men give en fortælling om, hvad de er i stand til på nuværende tidspunkt som de ikke magtede eller var i stand til tidligere.

Jess benævner også sine problemer med psykiatriens fagudtryk. Jess anvender f.eks. begrebet hallucinationer:

men det er faktisk **værre** med synshallucinationerne...(J1)

Hallucinationer er et begreb, der dækker over nogle symptomer i relation til de diagnostiske kriterier. Det er alt sammen ord og begreber, som primært anvendes inden for det psykiatriske felt og som andre, uden kendskab hertil, ikke forstår.

Den måde at konstruere sit sprog på, skal ses i sammenhæng med den diagnostiske proces og med vurderingen af effekten af den medicinske behandling. Det er ord og vendinger, som de professionelle anvender i en institutio-



nel kontekst. Jess' sprog afspejler de professionelle sprogbrug. I kontakten med det psykiatriske personale, danner Jess erfaringer med, at hans sanseindtryk kobles til ord, begreber og sprogbrug som kan genfindes i en behandlingsdiskurs. Behandlingsdiskursen medvirker til at forme Jess' tale, tænkning og handlinger, da sproget som et betydningssystem, i forhold til Lorenzers teori, formidler betydning og inkluderer normer for handling. Sproget medvirker til at skabe tolkning af virkeligheden. En virkelighed, som giver mening for Jess. Spørgsmålet er hvorfor denne tolkning af virkeligheden giver mening for Jess. Det vil jeg se nærmere på i næste afsnit.

## **At tage den biomedicinske forståelse til sig**

I dette afsnit vil jeg forsøge at indfange Jess' selvforståelse i forhold til sin psykiske lidelse.

Jess kan ikke tale om sine krigsoplevelser og taler meget lidt om den mobning der fandt sted. Det er et meget følsomt emne for ham at tale om, men han kan ikke gå ind i fortællingen og via sproget betydningssætte oplevelserne.

I det tidligere afsnit beskrev jeg, at den lystbesatte interaktionsform er blevet fortrængt, og at den dermed er udelukket fra sproget og gjort utilgængelig for bevidstheden. I forhold til Lorenzers teori, er der sket en desymbolisering. Tidligere interaktionsformer, som var symboliseret ved hjælp af sproget, er blevet desymboliseret eller fortrængt. Den sanselige sceniske interaktionsform er dermed ikke længere tilgængelig for bevidstheden, da den er transformeret til en kliché. Klicheen er forbevidst eller ubevidst, og kan ikke fattes med forståelsen. Der er, med Lorenzer ord, opstået en sprogbeskadigelse med en spaltet praksis. I forhold til Lorenzers teori, sker denne forsvarsproces, regression, på baggrund af reel angst og overføring af aggressive ønsker. Jess forstår dermed ikke sammenhængen mellem hans erfaringer, sanseindtryk, forløbet og hans nuværende situation.

I forsøget på at bearbejde det fortrængte, er der samtidig sket en uddybelse af sprogtabet. I Jess' tilfælde vil det sige, at scenen er blevet symboliseret igen gennem sproget, men den er blevet reproduceret i form af et uforståeligt sprog, hvor han fortæller, at han hører fire stemmer og ser ulve og rotter. I forhold til Lorenzers teori, kan man sige, at scenen er symboliseret, men ikke som den situation, som den virkelig var. Der er sket en forstyrrelse i symboldannelsen, hvorved der er opstået et privat sprog. Jess' sprog indeholder al-

mindelige velkendte ord, men der er ikke længere fælles sproglige betydninger. Det vil sige, at betydningerne ikke er umiddelbart tilgængelige for hverken Jess eller andre. Jess' sprog hænger sammen med, at han opfatter dele af verden som forvrænget. Ved det sidste interview var det nærmest hele hans betydningsstruktur, der var blevet forvrænget. De professionelle svar på denne forvrængning, var at give Jess elektrochok.

Jess fortæller, at personalet har givet udtryk for, at hans ubehagelige sanseindtryk er et billede på hans angst

..min læge siger, at det et billede på min angst, det er min **angst** der spiller mig et puds...(J1)

Billederne og stemmerne bliver sanset, men sammenhængen mellem hans billeder, angst og ubehag er ekskluderet fra bevidstheden og er ikke umiddelbart tilgængelig for refleksion. Jess kan ikke reflektere over sin situation og fremstiller i stedet sig selv som et offer for sygdommen, hvor han er blevet overmandet af nogle meget forstyrrende stemmer og billeder. I den situation kan den biomedicinske sygdomsmodel give mening for Jess, som en forklaringsmodel på hans lidelser.

Allerede da jeg mødte Jess første gang lagde jeg mærke til, at Jess præsenterede sig med sit navn og sin diagnose, men på en måde, hvor han udtaler at han er diagnosen

fordi at jeg ...**altså** er skizofren...(J1)

Jess udtrykker, at han er diagnosen og sætter med sit sproglige udtryk lighedstegn mellem sig selv og diagnosen. Jess siger ikke, at han *har* en sygdom eller at han *er diagnosticeret* med en bestemt sygdom. Jess udtrykker at han *er* sygdommen. Tidligere viste jeg, at Jess' sprogbrug afspejler de professionelle. Den biomedicinske forståelsesramme danner udgangspunkt for, hvordan Jess forstår sin sygdom og hvordan den skal behandles. Jess overtager en udefrakommende defineret sygdomsopfattelse, som nu rettes mod hans eget selvbillede. Dette objektive blik på sig selv, som værende syg influerer på Jess' erfaringer med sin livshistoriske subjektivitet og truer hans selvforståelse. Det er en opfattelse, som ikke danner udgangspunkt for udvikling og erfaringsdannelseprocesser i forhold til eksistentielle problemer.

Jess erfarer, at medicinen er nødvendig for at holde galskaben væk, men samtidig forbinder han medicinindtagelsen med, at være gal

jeg har meget meget svært ved at acceptere, at jeg er **nødt** til at tage medicin, for at have det godt...**det** har jeg rigtig svært ved...og så siger Mia fx, at det har hun også prøvet...at det der med at man er nødt til at tage medicin 3 x om dagen, fx som jeg er, ....det gør, at man føler man er virkelig, virkelig dårlig, og man føler man er **meget, meget** syg.. når man gør det *syg*.. (...)...fordi at jeg har jo gået og været nervøs for, at jeg skulle være på medicin resten af mit liv jo...(J1)

Jess erfarer via Mia og personalet, at det kan være nødvendigt at indtage medicin i sin stræben efter at få det godt.

Jess forbinder indtagelsen af medicin med, at han er meget syg samtidig med, at han bestemt ikke har lyst til at være syg resten af sit liv. Hans lidelse er forbundet med oplevelser, som han forbinder med at være gal

ja.....så... det er.. det er **forfærdeligt** at høre stemmer, men det er faktisk **værre** med synshallucinationerne...(-).. fordi, at når man først begynder at se ting, så føler man altså, at man er rablende gal.....

Den medicinske behandling fremtræder som en ambivalens for Jess. På den ene side ønsker Jess ikke at indtage medicinen, fordi han stræber efter at få det godt og ikke være syg. På den anden side ønsker Jess at tage medicinen for at slippe for ubehaget ved sine stemmer og synsindtryk, som truer hans selvforståelse.

At føle sig rablende gal er forbundet med fordomme og myter, som handler om særlige måder at være på, mærkelige handlinger og sære tanker. At være gal, afviger fra de gængse normer og idealer om at være menneske. Jess erfarer verden i lyset af, hvad kulturen i bred forstand har formidlet af værdier, normer og idealer, som via socialiseringsprocesser er blevet internaliseret. Jess bærer disse fordomme og myter med sig ind i mødet med psykiatrien, hvorved Jess ser sig selv med dette blik. Et blik, som er et udtryk for de værdier og normer, som er herskende i kulturen. Det vil sige, at Jess medbringer »de normales« fordomme, som nu rettes mod hans eget selv billede. Dette objektive blik på sig selv, som værende en af dem – de gale – influerer på Jess' erfarings med sin livshistoriske subjektivitet og truer hans selvforståelse.

Jess har ikke lyst til at tage medicin, men betragter det som en nødvendighed for at få det godt igen, men problemet er, at medicinen kun virker kortvarigt og ikke dæmper eller fjerner hans vanskeligheder.

Jess danner erfaring med sin psykiske lidelse, som kommer til udtryk på den måde, at han forstår sine stemmer og sine synsindtryk, som symptomer på at han er syg, og at disse skal fjernes eller i det mindste dæmpes med medicin. Jess identificerer sig med de institutionelle sygdomskategorier og den biomedicinske behandlingsdiskurs. Det medfører, at han distancerer og objektiviserer sig fra sine livshistoriske erfaringer.

Jess orienterer sig og former sit sprogbrug og sin selvforståelse i forhold behandlingsdiskursen, og dermed til de forestillinger som patienterne ved første øjekast forventes at praktisere og som er i overensstemmelse med den psykiatriske praksis. Men Jess erfarer, som tidligere beskrevet det modsatte. Det vil jeg uddybe i næste afsnit.

## Når sygdomsforståelser kolliderer

Den psykiatriske praksis hviler ikke kun på den biomedicinske sygdomsmodel. I praksis er der mange sygdomsforståelser i spil. I dette afsnit vil jeg vise et eksempel på en anden forståelse, som Jess møder under sin indlæggelse. Jess har bedt om en samtale med personalet pga. sine selvmordstanker:

Til samtalen fortæller personalet, hvordan hun mener, at de sammen kan arbejde med Jess' vanskeligheder. Personaler mener, at Jess er delt op i en ægte Jess og Jess i en offer rolle. Hun mener, at de sammen skal forsøge at arbejde med offerrollen og finde den ægte Jess frem. Jess forstår det ikke og bliver gal og ulykkelig. Jess vil bare begå selvmord. Personalet siger, at de ikke kan forhindre ham i at begå selvmord, hvis det er det han vil. Personalet siger, at Jess på den måde udtrykker, at der ikke er nogen der vil hjælpe ham. Personalet siger videre, at han skal tage ansvar for sit eget liv. Jesper er træt og sur og går tilbage til sin stue (Feltnote).

Jess og personalet ser forskelligt på Jess' situation. Jess forstår sig selv som syg, og at han skal have medicin til at fjerne symptomerne. Jess' selvforståelse står i modsætning til personalets forståelse, som er, at Jess skal tage ansvar for sit liv bl.a. ved at bearbejde offerrollen og finde den ægte Jess frem. Jess opfatter, at han *er* syg, hvilket modsvarer personalet opfattelse af, at Jess har en ægte rask del og en syg offer del. Det vil sige, at der optræder to forskellige sygdomsforståelser.

Jess forstår ikke personalets fremstilling af hans sygdom. Jess har den medicinske forståelse; han er diagnosticeret med en bestemt sygdom og nu jager de et præparat, der kan fjerne hans symptomer. Indtil der er et præparat, der virker, har Jess behov for, at der er nogen, der holder øje med ham, så han ikke begår selvmord

Der skal være nogen, der holder øje med mig og det er også derfor de kommer rimelig ofte og kigger ind, fordi jeg har mange selvmordstanker og sådan. Så de holder rimelig meget øje med mig, det er også derfor jeg er blevet flyttet, så de kan se mig, min dør oppe fra kontoret. (J2)

Jess sygdomsforståelse og den spaltede praksis medfører, at han ikke kan forholde sig aktivt til sin lidelse. Han lægger ansvaret for sit liv i hænderne på personalet og forventer, at personalet er forpligtet til og har viljen til at hjælpe ham. Når Jess ønsker, at nogen skal passe på ham, overlader han ansvaret for sit liv og sin udvikling til andre og indtager derved en passiv rolle. Det er i modstrid med personalets forestillinger om den aktive patient, som selv tager ansvar.

Personalets forventninger og krav til Jess, handler om, at han skal tage ansvar for sit eget liv og sin situation samt bearbejde sine oplevelser. Dette virker frustrerende på Jess. Han forstår ikke deres perspektiv og han kan ikke håndtere deres forventninger. Han bliver vred og går tilbage til sin stue. Situationen skaber utilfredsstillelse hos Jess, som en irritation eller aggression over ikke at få den forståelse og hjælp og han stræber efter. Jess reagerer med aggression i form af vrede, fordi han er frustreret over sit ubehag og kravene fra personalet om at bearbejde sine oplevelser.

Jess ønsker at blive fri for sit ubehag ved at overlade ansvaret til personalet, som skubber ansvaret tilbage til ham. De modsatrettede ønsker og forestillinger influerer på deres interaktion, som producerer en intensiv ambivalens hos begge parter. Lyst til at hjælpe og få hjælp blandes med aggression over ikke at kunne hjælpe og få hjælp på bestemte måder.

Til en samtale, fortalte en læge til Jess, at der minimum går to år, før han kan begynde at tænke på at lave noget f.eks. arbejde. Jess fortæller:

Det var meget med at jeg skulle bekræftes i, at jeg sagtens kunne blive rask. I dag er det at jeg kan godt se, at jeg nok bliver rask på et tidspunkt, men det er bare det der med horisonten. Tidshorisonten. Den er svær at sluge. Jeg har lige været til en speciallæge undersøgelse her på hospitalet, hos en psykiater.

Og han sagde, at der går minimum to år, før jeg kan begynde at tænke på at lave noget arbejde og sådan nogle ting. Han sagde to år. Så... Og jeg har jo *ikke* kontrol over tingene. Så fra jeg får kontrol over tingene og så to år (J2)

Dette citat stammer fra det sidste interview, hvor Jess er meget opgivende. Han føler ikke, at han har kontrol over tingene og kan ikke overskue sin situation. Hos Jess kommer aggressionerne og utilfredsheden til at fremstå, som en afmagt over, at han ikke kan få den hjælp, som han ønsker samtidig med en skyldfølelse eller dårlig samvittighed over, at han ikke har ”opført” sig som han skal – nemlig tage kontrol og mestre sig selv og lade sig forme af personalets vekslende sygdomsforståelser, og at han giver personalet besvær.

I interaktionen mellem personalet og Jess sker der en overføring og modoverføring, hvor begge parter bringer emotionelle reaktioner med ind i dialogen, som ubevidste uløste konflikter. Aggressionerne og utilfredsheden bliver erfarede, men ikke bevidstgjort, da de ikke bliver sprogliggjort. Lidelsen, betragtet som et samarbejdsprojekt, er brudt sammen og den tilstedeværende dynamik tyder på, at de forskellige sygdomsforståelser bidrager til denne type af konflikter.

I den psykiatriske kontekst er der ikke lagt op til læring som erfaringsdannelsesprocesser, hvor Jess kan lære af sine erfaringer med den lidende situation, i stedet går man andre veje, hvor det handler om at forstå sig selv udefra.

I det næste afsnit vil jeg se på dynamikkerne mellem Jess og hans familie og venner.

## 17.2 Interaktionen med familie/venner

Jess' selvforståelse er markant ændret efter han blev sendt hjem fra krigen. Jess havde tidligere en stor omgangskreds, som han værdsatte meget højt. Jess var altid glad for at møde nye mennesker, men efter at han er blevet psykisk lidende, er han nu blevet angst for at møde nye mennesker

Øhhmm... og min ANGST for at møde fremmede mennesker, den har Mia jo også haft... øhhh og den er, den er rigtig, RIGTIG hård for mig, den der med at møde fremmede mennesker, for jeg kan normalt godt LIDE at møde nye mennesker... så... og jeg skal OVERVINDE mig selv i aften, fordi der kommer jo påskebryg på gaden...(J1)

Jess har altid haft let ved at få nye venner, men det er ændret markant efter at han har udviklet en psykisk lidelse bl.a. fordi han har fået nye behov.

## Nye behov

Jess ønsker, at kæresten og hans pårørende skal tale med ham om hans lidelse

jamen det jeg har brug for med pårørende, det er, at jeg kan ringe til dem når jeg har brug for det... øhhhh... og jeg har brug for, at de SPØRGER ind til hvordan jeg har det, fordi at hvis de ikke spørger IND til hvordan jeg har det, så lægger jeg ikke mærke til, hvor dårligt jeg egentlig har det., hvis jeg er på vej ned ad bakke... så...(J1)

Jess vil gerne have, at der er nogen, der spørger ham, hvordan han har det, så han kan få hjælp til at opdage, hvordan han har det, særligt når han er ved at få det dårligere. Jess frygter for sit liv og ønsker, at der er nogen der kan hjælpe ham. Han er så dårlig ved det sidste interview, at der er nogen, der skal holde øje med ham døgnet rundt pga. hans selvmordstanker. Jess fortæller, at det blev for meget for kæresten:

Ja, ja. Jeg blev single her i maj...(.)... Det blev for meget. Stemmer og sygdom og sådan hele tiden...(...) Fordi det er jo hver dag at man snakker om det, men, der går jo ikke en dag hvor jeg ikke har en lille nedtur. (..) Altså, et eller andet sted havde jeg lidt set den komme det sidste halve år. Føles som at bo med en god ven, bare... der skete ingenting. (J2)

Situationen blev for meget for kæresten og Jess måtte flytte hjem til sin mor. Det har været hårdt for Jess at miste sin kæreste, men han havde indset, at det ville ske. Jess har bevaret sit venskab med kæresten og flere andre gode venner, men han har også mistet nogle af sine venner:

Ja, men så er der bare nogen, der ikke kan kapere at man ændrer sig lidt. Og får nogle andre behov. Jeg har nogle helt andre behov end inden jeg blev indlagt. Der skal være nogen, der holder øje med mig. Der skal være nogen, der holder øje med mig og det er også derfor de kommer rimelig ofte og kigger ind, fordi jeg har mange selvmordstanker og sådan (J2)

Jess fortæller, at han har fået andre behov end tidligere, at han har ændret sig og at der er nogen, der skal holde øje med ham. Kæresten havde f.eks. svært ved at gå på arbejde og efterlade Jess alene hjemme

..at hun turde ikke, at jeg var herhjemme mere pga. at jeg havde selvmordstanker... så hun turde ikke at jeg gik herhjemme mere...(J1)

Jess har i det hele taget fået nogle andre behov, der medfører, at han ikke kan gøre de samme ting med sine venner som tidligere.

Jess, kæresten, hans familie og flere af hans venner har bevaret kontakten med hinanden, men det er en anden relation en tidligere, fordi han har ændret sig og fået andre behov. Jess stræber efter, at der er nogen som kan støtte og beskytte ham, så han ikke gør skade på sig selv. Jess overfører ubehaget og lægger ansvaret for hans liv over på andre. Han ønsker, at de skal tilfredsstille hans behov. Det er en situation, der ikke kun rammer Jess, men en situation, der påvirker hele familien og vennekredsen.

Dynamikken i fortællingerne om familien og vennerne er ligesom de øvrige fortællinger, at han ikke er begivenhedsbærer, men offer for omstændighederne. Forskellen med familien og vennerne er, at Jess ikke trækker sig fra relationerne, men at det er hans nærmeste, der trækker sig, fordi situationen bliver for meget for dem.

Jess erfarer, at han bliver forladt af både sine venner og af sin kæreste og bliver overladt til sig selv. Jess siger ”så er der bare nogen, der ikke kan *kapere* at man ændre sig lidt”. Udtalelsen indeholder en aggression over at blive betragtet som anderledes end tidligere, og at andre ikke kan rumme ham længere. Udtalelsen indeholder en resignation, som en hengivelse til sin skæbne, som endnu et forhold han ikke kan handle i forhold til, og som peger på den eksistentielle ensomhed igen. Det er en scenisk gentagelse af at stå alene, at være alene og være overladt til sig selv, ligesom i krigen og på den psykiatriske afdeling.

Disse erfaringer, sammenholdt med, at Jess er angst for at blive udskrevet, fortæller, at han er bange for at belaste sin familie, så de heller ikke kan ”*kapere*” ham. Han er angst for at blive forladt af sin familie og må beskytte dem mod sig selv, ved ikke at blive udskrevet.

Lysten og ønsket til at leve er faldet i takt med, at hans lidelser er blevet forværret, men også fordi han ikke kan udholde sin situation mere. Hans stræben efter at få beskyttelse og omsorg, som han kan få hos sin familie og vennekreds, er ved at blive afløst af en angst for at miste og blive ladet alene tilbage. Hans stræben efter kontakt, støtte og omsorg er forbundet med angst for at miste. Der er sket mange brud i Jess’ hverdags- og arbejdsliv.



## Brud på hverdagslivet og social deroute

Jess kunne ikke længere håndtere arbejdslivet i militæret og efter hjemsendelsen kunne han heller ikke længere håndtere hverdagslivets muligheder og betingelser. Han kunne ikke længere holde en kontinuitet og få hverdagen til at hænge sammen.

Jess har mistet sin kæreste og nogle af sine venner. Han har været nødt til at flytte ind hos sin mor. Derudover har Jess mistet sit arbejde, fordi han blev fyret efter tre måneders sygdomsmelding. Han har mistet sin karriere inden for militæret, sin løn og er nu på kontanthjælp. Jess håber snart på, at han kan få førtidspension og siger,

Jamen jeg håber jo altså, at jeg får noget førtidspension, fordi det... det kontanthjælp du kan hverken leve eller dø af det, det er jo ikke meget man får. Så. Og sådan nogle ting snakker jeg også med Mia om. De der irriterende jobs eller kommune, og det der med at der bare ikke er nogen, der lytter og... ja. (J2)

Efter at Jess blev fyret fra sit job, har han været ledig på arbejdsmarked. Det er formentlig det, han henviser til, når han siger: ”de der irriterende jobs eller kommune”. Han har ikke formået at stå til rådighed på arbejdsmarkedet og er frustreret over, at de ikke lytter til ham. Jess fortæller, at pensionssagen har kørt et år, og at han ikke kan få førtidspension førend han har fået en speciallæge erklæring.

Jeg har så stået på stand-by, fordi jeg har været ind og ud af hospitalet øh... og så skulle de bruge en speciallægeerklæring, og der var tre måneders ventetid på at få lavet den. Men den fik jeg så lavet her i forrige uge. (J2)

Jess er afhængig af en speciallægeerklæring, hvor diagnosen bliver påført, fordi diagnosen giver mulighed for at få førtidspension og en fritagelse for at stå til rådighed på arbejdsmarkedet. Det er ydre vilkår, som Jess ikke har indflydelse på. Jess ønsker at være på arbejdsmarkedet, men han magter det ikke i sin nuværende situation. Jess stræber efter at få sit hverdagsliv tilbage, men han kan ikke leve af kontanthjælp. Jess har tidligere haft en høj indtægt i militæret og gode sociale rammer. Jess' forløb er præget af mange tab og en social deroute, som har fået vidtrækkende konsekvenser for hans hverdagsliv.

Jess' historie fremstår igen som en historie, der rummer en passiv dynamik. Den fremstår som en skæbnefortælling, hvor han er offer for andres manglende forståelse og aggressioner. Historien fremstår som en rækkefølge af be-

givenheder, hvor sygdommen bliver en forklaringsmodel for hans nuværende situation.

Det interessante er, hvordan Mia, hans brugerstøtte, indgår i interaktionen med Jess. Det vil se nærmere på i næste kapitel.

## 17.3 Interaktionen med Mia

Jess får besøg af brugerstøtten, som jeg kalder Mia. Jess er meget glad for Mias besøg. Det vil jeg uddybe i dette afsnit.

### Mia - en at læsse lortet af på

I mødet med Mia, oplever Jess, at han kan fortælle en masse ting, som han ikke oplever, at han kan tale med andre om:

Men det er rigtig hårdt de der perioder, hvor der er lang tid mellem jeg ser Mia. Fordi jeg føler ikke rigtig, der er andre, jeg kan læsse lortet af på samme måde. ..(..)Øh, min mor prøver selvfølgelig at hjælpe så meget som muligt, og det samme gør min lillebror og sådan – det er bare ikke det samme..(..) Jeg føler, jeg har stort behov for at snakke med en, som er, en som Mia. (J2)

Jess siger, at hans mor og de andre prøver at hjælpe så meget som muligt, men at han har et stort behov for at tale med Mia. Jess siger: *”jeg føler ikke rigtig, der er andre, jeg kan læsse lortet af på samme måde”*. Jess ønsker at beskytte sin familie og venner, da han har erfaret, at det bliver for meget for dem, når han taler om sin lidelse. Det hensyn behøver han ikke at tage over for Mia. Mia fortæller

Jess siger: ”at det er dejligt, at jeg kan sige alle mine tanker og når du (Mia) så har fået alle mine tanker afledt, så kan jeg gå ind på afdelingen og fortælle hvordan jeg har det. Jeg har det faktisk godt igen.” Og han ikke behøver at belemre hans familie og pårørende med de dystre tanker, hvor han ligesom kan få lov til at gennemleve dem igennem mig. At jeg ligesom kan se ”det er jo også sådan jeg har det!” Jamen for fanden. Det er jo ikke ensbetydende med at man giver op, men ens pårørende kan bare ikke klare at høre på det (Mia1)

Jess har et stort behov for at tale med Mia, fordi han ikke behøver at beskytte hende. Han kan læsse lortet af på Mia, som han siger. I dialogen med Mia kan han fortælle om sit ubehag og sin angst og vrede. Han kan fortælle om sine

vanskeligheder og lidelsesfulde situation. Han kan udtrykke sine frustrationer over ikke at kunne få tilfredsstillet sin stræben efter at få det bedre og få en hverdag til at fungere.

Jamen jeg håber jo altså, at jeg får noget førtidspension, fordi det... det kon-  
tanthjælp du kan hverken leve eller dø af det, det er jo ikke meget man får.  
Så. Og sådan nogle ting snakker jeg også med Mia om. De der irriterende  
jobs eller kommune, og det der med at der bare ikke er nogen, der lytter og...  
ja. (J2)

Sammen med Mia kan han fortælle om sine frustrationer over, at der ikke er nogen eller noget, der kan hjælpe ham til at få det bedre og om de umulige vilkår og rammer, som omgiver situationen.

I forhold til Lorenzers teori, er det at læse lortet af, et udtryk for, at Mia fungerer som overgangsobjekt for komplicerede affekter og relationer. Mia bliver beholder for al det ubehag og alle de aggressioner, som Jess har svært ved at rumme. I samtalen med Mia sker der med andre ord en overføring af alle de indre psykiske processer, som rummer aggressioner, angst, fantasier og ønsker. Det er en form for energiudladning af indre affektive tilstande.

Jess oplever, at Mia lytter til hans vrede. Han er derved ikke længere alene med sine sanseindtryk og sit ubehag. Jess kan komme af med sit ubehag for en stund, uden at Mia umiddelbart forventer noget tilbage. Hun stiller ikke forventninger og krav om, at han selv skal tage ansvar for sit liv. Det betyder også, at han ikke behøver at afbryde interaktionen med Mia, fordi han får tilfredsstillet sin stræben efter den ønskede scene om forståelse, kontakt og støtte. Det bliver en scenisk oplevelse af at være sammen med nogen og ikke blive ladet alene tilbage.

Mødet mellem Jess og Mia udgør en særlig interaktionsform, der ikke er forbundet med den intime sfære som med familie og venner. Interaktionerne er heller ikke forbundet med ansvar og forpligtelse, som er indlejret i de professionelle pleje- og behandlingsopgaver. Det er en interaktionsform, som er uforpligtende i den forstand, at den kun varer så længe, som enten Jess har behov for eller som ligger inden for projektets tidsramme. Den er uforpligtende forstået på den måde, at Jess sætter dagsordenen for, hvad Mia og han skal tale om. Men det er også en særlig interaktionsform, som vækker genkendelse, det skal jeg uddybe i det følgende.

## Genkendelse – den sanselige erfaring

Jess har erfaring med, at det kan være svært at tale med familie og venner om sine oplevelser i forbindelse med hans psykiske lidelse. De forstår ikke, at han har ændret sig, at han har fået andre behov, samtidig med at forløbet bliver for meget for dem. Jess erfarer, at Mia kan identificere sig med ubehaget, hun ved hvordan det er og hvordan det føles at have en psykisk lidelse. Sammen med Mia kan Jess tale om sit ubehag.

.. ja og det er næsten bedre en psykologsamtalerne også...(..) **jamen** det er jo netop fordi hun **har** det der indforstået med, at at .. det er sådan det er og det er sådan det føles...en personale..er en professionel der har læst en **masse** om det og har erfaring med tidligere...syge...øhhh **men** de kan aldrig have..forstå det hele, fordi det kan **man** altså kun, hvis man har prøvet det på egen krop (J1)

Jess erfarer, at Mia har forståelse, men mener, at Mia har en anden forståelse, en indforståethed. Hun ved hvordan det føles, fordi hun har prøvet det på egen krop. Jess mener, at man kun kan forstå det hele, hvis man har prøvet det på egen krop. Personalet har ikke hele forståelsen, hvis de primært har erfaringerne fra litteraturen og fra andre patienter. Det vil sige, at Jess ikke kun knytter forståelsen af sin situation til det kognitive område eller forståelse indhøstet fra erfaringer med andre personer. Han knytter hele forståelsen til de kropslige og sanselige erfaringer, som en betingelse for, at man ved, hvor forfærdeligt det er og hvordan det føles. Det, at den anden har prøvet det på egen krop, vækker genkendelse.

.. men hun har også den der **angst** der, og det er øhhh ... det er meget rart for mig og snakke med en der kan sige ”jeg **kender** det”, og det er derfor det går godt med sådan en som er tidligere syg som kommer og snakker med en.....fordi hun kan sige, ”jamen jeg kender **nøjagtig** det der”...øhhmm ..og min **angst** for at møde fremmede mennesker, den har Mia jo også haft...(J1)

Jess erfarer en interaktionsform med Mia, hvor hans oplevelser bliver genkendt. Hun kender det og ved nøjagtig hvordan det er. Hun ved hvor forfærdeligt det er. Hun har en anden forståelse af hans ubehag. Det gør det muligt at tale om oplevelserne på en anden måde. Jess taler om at tale på et andet plan

og har hørt stemmer, ja.....så de **ved** hvor forfærdeligt det er og hvordan det føles.....så.....det er **derfor** jeg ..altid siger til Mia, at det **simpelthen** er så dejligt for mig at snakke med hende, fordi at vi kan snakke på et **plan** ..som jeg ikke kan med personalet.....eller med OPUS behandler.....(J1)

At tale med en, der har oplevet og har erfaringer med en lignende situation medfører, at Jess oplever, at han kan tale med Mia på et andet plan. Et andet plan hentyder til, at han kan tale med Mia på måder, som han ikke kan tale med familie og venner, samt det professionelle personale på.

I samtalerne med Mia bliver Jess' kropslige og sanselige erfaringer genkendt som noget ikke fremmet og mystisk, men som noget velkendt. Jess har, som tidligere nævnt, taget den biomedicinske diskurs til sig og taler et behandlings sprog, men i mødet med Mia taler han mere ud fra hverdagserfaringerne med psykisk lidelse. Jess erfarer, at han kan tale med Mia om, hvordan hun har håndteret sine vanskeligheder for at kunne genvinde og opretholde sit hverdagsliv.

Ja, Men det er også det, jeg kan bruge Mia til. Det er det der med at så sige "jeg har haft en periode, hvor at stemmerne har gjort sådan og sådan" og så kan Mia sige "Jamen, da mine stemmer gjorde sådan, så gjorde jeg det her – sådan og sådan. (J1)

Tidligere beskrev jeg, at Mia fungerer som overgangsobjekt, som medvirker til at regulere affekter. Dette er væsentligt, da driftsdynamikkerne kan kaldes frem i erindringen uafhængig af den sceniske sammenhæng. Det betyder, at scenen kan gennemspilles i tankerne før aktuel handling, og at handlingen kan erstattes af en forsøgshandling med små energimængder. Jess og Mia udveksler sansebaseerede erfaringer, hvor Mia forsøger at hjælpe Jess med at håndtere nogle af sine vanskeligheder, så hverdagslivet bliver lettere at håndtere. De udveksler mange erfaringer om stemmer, synsindtryk etc. Deres erfaringsudveksling er en sanselig symbolsk erkendeform, som et dialektisk samspil mellem fantasi og realitetsrettet virkelighed, der kan virke tilbage på Jess' erfaringsmønstre og oplevelsesformer.

Jess' og Mias kropslige og sansebaseerede erfaringsudveksling kan betragtes som en leg, hvor Mia via legen opnår symbolværdi. Jess erfarer via Mia, at psykisk lidelse ikke er en konstant tilstand af at være bindegal, men at det er muligt at få et bedre liv. De internaliserede stigmatiseringsprocesser, som undertrykker subjektet får et nyt perspektiv ved, at Mia med sin symbolværdi, bryder med forventningsmønstrene og åbner op for nye bud på en orienteringsramme. Jess erfarer, at psykisk lidelse ikke medfører en konstant udskillelse fra det "normale" samfund. Mia opnår symbol værdi på og repræsenterer dermed en ydre, håndgribelig realisering af Jess' ønsker og stræben efter et godt hverdagsliv igen.

Mia opnår symbol værdi på, at det er muligt at få et bedre liv, men derudover stræber Jess efter kontakt og forståelse, hvilket han får hos Mia. Jess siger: *"det er rigtig hårdt i de der perioder, hvor der er lang tid mellem jeg ser Mia"*. Den sceniske gentagelse fra militæret, den psykiatriske afdeling samt med venner og familie, af at være alene og overladt til sig selv, gentages ikke sammen med Mia. Sammen med Mia erfarer Jess en spejling som en kropslig og sanselig genkendelse, som medfører en forståelse som en betingelse for, at man ved, hvordan det føles. En genkendelse af de sanselige erfaringer, som noget ikke fremmet og mystisk, som muliggør, at det er muligt og tilladt at være "normal" og "gal" på samme tid. Det sceniske indhold med Mia bliver en scenisk oplevelse af at ikke være eller stå alene. Sammen med Mia oplever Jess inklusion i stedet for eksklusion.

Mia får også symbolværdi i forhold til håbet om at få det bedre. Det skal jeg vise i det følgende afsnit.

## Håbet i sig selv

I løbet af det år Mia har besøgt Jess, er hans lidelser blevet gradvis forværret. Under hele dette forløb, har Mias tilstedeværelse været vigtig for Jess

...fordi jeg simpelthen..det gavner mig **langt** mere, end det faktisk gør at jeg snakker med min OPUS behandler...(..).. jamen det er det der med, at jeg kan **se** på Mia, at hun faktisk har et rigtig godt liv i dag...(J1)

Jess stræber efter at få det bedre. Mias konkrete tilstedeværelse repræsenterer og formidler håb om muligheden for at få et bedre liv. Jess har svært ved at lystbesætte noget område, gensynet med Mia bringer hver gang tilfredsstillelse:

Altså.. jeg har.. jeg har rigtig god glæde af Mia.. fordi at det er meget bekræftende for mig og møde en, der faktisk er kommet sig ovenpå sin sygdom.. fordi, jeg har... jeg gik meget i sådan en negativ tankeverden.. hvor at øhhh... jeg tænkte, at jamen det her bliver aldrig bedre....det noget jeg skal døje med resten af mit liv.. så da jeg mødte Mia.. der første gang..så øhhh... så så tænkte jeg bare **ajjj hvor** er det bare fedt..fordi at øhh så kan man se, at det kan faktisk godt blive bedre.. man kan faktisk få et godt liv...(J1)

Mia opnår symbolværdi, da hun formidler håb og muligheder, der hvor det kan være svært at se nogen fremtid overhovedet. Mia opnår symbolværdi, da hun repræsenterer en realisering af Jess' ønsker om at få det bedre. Symbol-

dannelse er en betingelse for, at Jess kan udvikle realitetsdygtighed og myndighed, fordi det kun er på de områder, hvor symbolet har formidlet overgangen mellem den kropslig-sanselige erfaring og sproget som betydningssystem, at personen bliver i stand til at forholde sig bevidst reflekterende og indgribende i forhold til sin praksis. I Jess' tilfælde vil Mia næppe kunne gøre nogen forskel i forhold til at få symboliseret de fortrængte sanselige sceniske interaktionsformer og få gjort dem tilgængelig for bevidstheden. Sprogskaden kræver professionel hjælp. Men håbet er essentielt for at få det bedre, fordi håbet er ønskeforestillinger og ønskedannelser og dermed utopien om et bedre liv. Jess fortæller videre:

Ja. Men altså, det har ændret sig en lille smule faktisk det jeg har brugt Mia til... (...) Det var meget med at jeg skulle bekræftes i at jeg sagtens kunne blive rask. I dag er det at jeg kan godt se, at jeg nok bliver rask på et tidspunkt, men det er bare det der med horisonten. Tidshorisonten. Den er svær at sluge. Jeg har lige været til en speciallæge undersøgelse og han sagde, at der går minimum to år, før jeg kan begynde at tænke på at lave noget arbejde og sådan nogle ting. Han sagde to år. Sååå... (J2)

Jess stræber efter at blive rask, men den lange tidshorisont kan opleves som uoverskuelig. Håb og resignation hænger uløseligt sammen. I den sammenhæng har Mia ikke båret Jess' håb om et bedre liv, når han ikke selv har kunnet. Til forskel fra de professionelle i psykiatrien, familie, venner etc., så repræsenterer Mia selve håbet og hendes tilstedeværelse bekræfter håbet om, at det er muligt at få et bedre liv. Hendes tilstedeværelse er håbet. Genkendelsen vækker og fastholder håbet om, at det er muligt at få det bedre. Det sceniske indhold med håbet bliver en scenisk oplevelse af, at det er muligt at tilkæmpe sig magten tilbage over sit liv og en bekræftelse på, at det er muligt at få et godt liv med andre igen.

## **Sammenfatning og erfaringsfelter**

I mødet med psykiatrien konstruerer Jess sin sygdomsforståelse ud fra den biomedicinske sygdomsmodel, som han delvis også socialiseres ind i, som meningsgivende for den situation han befinder sig i. Den biomedicinske sygdomsmodel er meningsgivende for Jess, da han ikke formår at bearbejde sin situation, fordi der er opstået en sprogskaide, hvor erfaringer med interaktionsformer er blevet fortrængt. Der er tale om ubevidste eller førsproglige sanseoplevelser, hvor betydningsindholdet i tidligere erfaringer er fjernet fra sproget og dermed gjort utilgængelig for bevidstheden. Personalet forsøger, at sprogliggøre andre sygdomsforståelser, men de forbliver som forklaringsmo-

deller, da Jess ikke kan reflektere over og bearbejde sine smertelige oplevelser, da de er blevet udgrænset af bevidstheden.

Hos Jess er der samtidig sket en uddybning af sprogskaden, hvor der er opstået et pseudokommunikeret privatsprog, som er et uforståeligt sprog, hvor Jess hører flere stemmer og har synsindtryk med ulve og rotter. Betydningsindholdet er ikke umiddelbart tilgængeligt for hverken Jess eller andre.

Jess' sygdomsforståelse og behandlingsdiskursen medvirker til at forme hans tale, tænkning og handlinger som en patient, der skal have medicin mod sine symptomer for at kunne blive rask igen. Jess overtager en udefrakommende sygdomsopfattelse og retter det mod sit eget selvbillede. Det er et objektivt blik, som ikke hænger sammen med hans livshistoriske erfaringer og truer dermed hans selvforståelse. Det er en tilgang, som ikke danner udgangspunkt for nye erfaringsdannelsesprocesser i forhold til eksistentielle problemer.

Jess sygdomsforståelse er i delvis modsætning til personalets sygdomsopfattelse, som rummer den aktive patient, der selv tager ansvar og kontrol over sit liv. Disse forskellige sygdomsforståelser medfører dynamikker, der bidrager til konflikter. Jess oplever, at han ikke "makker ret". Han erfarer, at han må indordne sig den dominante psykiatriske praksis, hvor der hersker nogle bestemte diskurser for, hvordan man skal gebærde sig. Jess får oplevelsen af, at han ikke "opfører" sig som han skal, forstået som at tage kontrol og mestre sig selv og lade sig forme af personalets vekslende sygdomsforståelser. Han oplever, at han giver personalet besvær. Der opstår en proces, hvor han overlader til personalet at definere sig selv som objekt for deres værdighed, men han efterlades uden værdighed. Konflikterne medfører, at Jess trækker sig fra kontakten med personalet, hvorved han oplever, at han bliver overladt til sig selv.

Jess stræber efter at få tilfredsstillet sit behov for en ønsket scene om forståelse og beskyttelse, men det opnår han ikke, hverken i militæret eller hos personalet i afdelingen. Interaktionerne mellem Jess og personalet bliver til sceniske oplevelser af at være alene, at stå alene med sine vanskeligheder og være overladt til sig selv. Erfaringerne med interaktionerne bliver erfaret, men ikke bevidstgjort, da de ikke bliver sprogliggjort. Umiddelbart lader det til, at udviklingspotentialet hos Jess nedbrydes og bliver regressivt og lidelsen betragtet som et samarbejdsprojekt, bryder sammen.



I forhold til relationen med familie og venner erfarer Jess, at hans kæreste og nogle af hans venner forlader ham, fordi de ikke kan "kapere" mere. Det er en scenisk gentagelse af at blive overladt til sig selv og stå alene. Jess' stræben efter at få forståelse og beskyttelse, men det bliver afløst af en angst for at miste sin familie og venner og blive ladet alene tilbage.

I interaktionen mellem Jess og Mia skabes der sanseligt symbolske erkendelsesprocesser. Symboldannelsen er betingelsen for udvikling af realitetsdygtighed og myndighed, men Mia kan næppe hjælpe Jess med at få symboliseret de fortrængte interaktionsformer. Sprogskaden kræver professionel hjælp.

Jess erfarer, at han kan tale med Mia på andre måder, som han ikke kan tale med familie, venner eller de professionelle på. Jess erfarer, at Mia har en anden forståelse end andre, som en særlig indforståethed, som handler om lignende kropslige og sansebaseerede erfaringer, som vækker genkendelse.

Genkendelsen og forståelsen medfører, at der åbnes op for nye erfaringsdannelsesprocesser, som sansebaseerede erkendelsesformer. Det sker ved, at Mia fungerer som beholder for Jess' komplicerede affekter og relationer, som han selv har svært ved at rumme. Det er en form for energiudladning af indre affektive tilstande som medvirker til affektreguleringen. Derudover udveksler de erfaringer med, hvordan man kan håndtere lidelsen. På den måde skabes der muligheder for, at Jess kan gennemspille nogle forhold i tankerne inden aktuel handling og afprøve nogle forsøgshandlinger, som har mindre energimængder.

Mia genkender også de sanselige og kropslige erfaringer som noget ikke fremmet. Igennem genkendelsen og via Mias blotte tilstedeværelse, opnår Mia symbolværdi på, som et brud med internaliserede stigmatiseringsprocesser og forventningsmønstre, nye måder at forstå situationen på. Jess erfarer, at der ikke er tale om en konstant udskillelse fra de "normale" og at det er muligt at opnå et bedre liv.

Når Mia besøger Jess, repræsenterer hun fremtidsmuligheder, så Jess kan danne sig ønskeforestillinger, som han kan orientere sig efter. Håb og resignation hænger uløseligt sammen. Håbet er derfor essentielt i Jess' situation, fordi det er utopien om og potentialet til et bedre liv.

I interaktionen med Mia får Jess tilfredsstillet sin stræben efter den ønskede scene om støttekontakt og forståelse, som væsentligt for nye erfaringsdannelsesprocesser. Jess oplever inklusionsprocesser i stedet for eksklusionsprocesser.

## 18. Præsentation af Mette

Mette er 53 år og uddannet pædagog. Hun bor i en lejlighed i en større by. Hun bor alene, da hun er skilt og hendes datter er flyttet hjemmefra. Mette har næsten ingen kontakt til sin familie, men har et godt forhold til eksmanden og hans familie.

Ved det første interview er Mette gået mig i møde. Vi hilser på hinanden. Mette har en rank kropsholdning, der signalerer en respektabel afstand, men hendes smil og levende øjne fortæller, at hun er glad omend lidt usikker på vores møde.

Under interviewet fortæller Mette, at hun blev indlagt på et almindeligt hospital, da lægerne troede, at hun var fysisk syg. Mette havde igennem længere tid været generet af svimmelhed, kropslig uro og generel utilpashed. Mette besvmede bl.a. og faldt ned ad trapper. Efter adskillige prøver og undersøgelser blev Mette udskrevet. Lægerne kunne ikke finde årsagen til hendes fysiske ubehag. I stedet fik Mette en henvisning til en psykosomatisk klinik.

I perioden inden hun kunne komme til samtale med lægerne på klinikken, var Mette meget angst. Hun tabte 10 kg, havde meget svært ved at gå og magtede ingenting. Hun siger, at hendes krop gik amok, så hun ikke kunne spise noget og fortæller videre, at det var en tid med meget afmagt og angst.

Til samtalen på klinikken, blev Mette tilbudt at blive indlagt på en psykiatrisk afdeling, hvilket Mette takkede ja til, selvom hun var meget overrasket over at have fået en psykiatrisk diagnose. Hun troede, at hendes symptomer skyldtes fysisk sygdom eller måske sin overgangsalder.

Mette blev efter nogen tid udskrevet, uden opfølgning fra behandlings- eller distriktpsychiatrien, men til egen læge, da personalet ikke ønskede, at Mette skulle sygeliggøres. Efter udskrivelsen havde Mette stadig meget kropslig uro og andre kropsfornemmelser, men havde fået det væsentligt bedre.

Et års tid efter sygemeldingen formidlede jobcenteret kontakt til en psykiater, som sammen med Mette planlagde en nedtrapning af medicinen. Mette begyndte derefter at arbejde igen på nedsat tid med en plan om at komme på fuld tid. Ved det sidste interview er Mette en travl kvinde. Hun er næsten på fuld tid igen på arbejdet, har fået en kæreste og har afprøvet mange nye ting i sit hverdagsliv.

Mettes fortælling er præget af, at hun er meget taknemmelig over al den hjælp hun har modtaget både af personalet i psykiatrien, blandt kollegaer og ledere samt de brugerstøtter, der besøgte hende. Samtidig rummer fortællingen en dynamik, hvor Mette udtrykker frustration over den selvsamme hjælp. Det vil jeg give et billede af i de følgende afsnit.

## 18.1 Interaktionen med det psykiatriske personale

### At flygte fra sin krop - en spaltet praksis

Mette har mange kropsoplevelser i forbindelse med sin psykiske lidelse. Hun oplever bl.a. at hendes krop går amok:

så kom jeg op og så faldt jeg så ned ad trapperne og besvimende og det sagde bare ”bang”..og så..så begyndte det bare sådan...og blive.. jeg blev bare mere og mere dårlig i min krop...øhhh og det begyndte så ligesom at snurre hele tiden i mit hoved og når jeg spiste, så gik det fuldstændig i kage i min krop, og det **rystede** indvendig og ...jamen det hele det gik bare i sort..og jeg tænkte **hvad fanden** sker der,

.. siden min krop går sådan amok og jeg ikke kan spise...(...) ...min krop havde jo sagt fra (M1)

Mette taler meget om sin krop og fortæller, at kroppen har fået sit eget liv, hvilket gør hende bange:

Ja.. det var det... øhhhh og jeg var meget bange... virkelig bange og løb rundt (griner lidt)..som.. kunne simpelthen ikke være nogen steder..og øhh **ja.....** jeg synes bare det var...det var **simpelthen** det rene helvede..og så øhhhh...men jeg tænkte, jeg må bare .....jeg må bare prøve ..jamen jeg må.. jeg gik bare rundt som et **dyr**..synes jeg..altså hvis jeg skal se tilbage på det og bare prøvede at flygte fra min egen krop, for jeg kunne ikke... det hele det

var **bare** så forfærdeligt .. , men, (griner lidt), sjovt nok fulgte kroppen jo med (M1)

Mettes kropsoplevelser er så forfærdelige, at hun forsøger at flygte fra sin krop, men den følger med. Når hun fortæller om sine kropsoplevelser, adskiller hun sig selv fra sin krop. Det er et udtryk for en proces, hvor Mette ubevidst har spaltet sit subjekt i sig selv og en krop. Erfaringen af adskilthed medfører, at Mette oplever sig som et dyr, der bare går rundt. Det er kropsoplevelser, som skræmmer hende.

Den spaltede praksis er, med Lorenzers begreb, et udtryk for, at der har fundet en desymbolisering sted. Tidligere interaktionsformer, som var symboliseret ved hjælp af sproget, er blevet desymboliseret eller fortrængt. Den sanselige interaktionsform er derfor ikke længere tilgængelig for bevidstheden, da den er transformeret til en kliché, som en uløst og fortsat dynamisk konflikt, der rummer energi og som fungerer selvstændigt. Mettes kropsoplevelser er med andre ord ubevidste eller førsproglige sansoplevelser, hvor betydningsindholdet i tidligere erfaringer er fjernet fra sproget og viser nu sig som sansoplevelser. Det betyder, at den spaltede praksis ikke længere kan fattes med forståelsen. Mette taler om sine kropsoplevelser, men kan ikke forstå og reflektere over dem.

Når Mette udtaler, at hun går rundt som et dyr, er det et udtryk for, at hun erfarer sin subjektivitet som anderledes end hendes livshistoriske erfarede subjektivitet. Det vil jeg se nærmere på i næste afsnit om.

## **Små grønne mænd**

Mettes sansoplevelser og den måde hendes subjektivitet kommer til udtryk på, stemmer ikke overens med hendes forestillinger, fantasier og forventning til hvem hun er eller ønsker at være. Det er en anderledeshed, som hun har svært ved at forholde sig til:

.. det var ikke sådan nogle små grønne mærkelige mænd (griner lidt), det var ikke på den måde, det var .. uro indeni kroppen, og...(M1)

Mette forbinder det psykiatriske system med et farligt sted at være, hvor patienterne ser små grønne mænd. Det viser sig, at Mette var bange for at blive indlagt:

hvor man tænker,... at det sådan er lidt umenneskeligt på nogle punkter, .. men sådan er det jo nok, altså...det er jo.. psykiatrien er jo et specielt sted at være og jeg (griner lidt) var også **skide bange** for at komme ind jo....(M1)

Mettes fremstilling hænger sammen med den generelle uvidenhed og fordomme om mennesker med psykisk lidelse. Forståelsen af psykisk lidelse skal ses i forhold til de samfundsmæssige diskurser, hvor vi socialiseres til at betragte psykisk lidende personer på særlige måder. Lorenzer taler om, at vi er hæmmet af vores blindhed over for vores socialisering.

Mette taler om sin anderledeshed og erfarer, at hendes anderledeshed kategoriseres som psykisk sygdom, som er knyttet til diskurser om adfærd, der strider mod det herskende normsystem. Det får det den konsekvens, at indsigelsen kommer fra to sider: fra en ydre og fra en indre instans, fordi normerne er blevet internaliseret. Det vil sige, at de normer, som vi har dannet os under vores socialisering, om en bestemt gruppe mennesker, optages og opleves nu som en del af personens eget selvbillede. Problemet er, at Mette erfarer processen, men den bliver ikke bevidstgjort, da den ikke bliver sprogliggjort.

Mettes erfaring med sin livshistoriske subjektivitet, påvirkes også på andre måder. Det vil jeg komme ind på i næste afsnit.

## Patientgørelse – et skred i ligeværdigheden

Mette havde meget kropsligt ubehag ved indlæggelsen og siger, at hendes ubehag skulle være fokus i begyndelsen af indlæggelsen, men oplever samtidig at, dette fokus medførte, at hun blev gjort til patient. Hun følte sig bl.a. pakket ned i en kasse:

... man bliver pakket ned i en kasse.. (M1)

Når Mette anvender ordet ”kasse”, er det et udtryk for den kategorisering, som opstår i forbindelse med den diagnostiske proces. Den hurtige diagnostik og iværksættelse af medicinsk behandling var væsentlig, da Mette var meget dårlig ved indlæggelsen og behøvede hjælp til sin forstyrrelse:

...og man er jo også så dårlig, så på en eller anden måde, så vil jeg også sige i starten, nyttede det måske ikke så meget at tale så meget, der var det måske mere medicinsk behandling og jeg prøvede at få ro på den her krop...,men...men efterfølgende, når man så kommer hjem og kom tilbage, så kunne jeg **virkelig** mærke, .....der kunne jeg **virkelig** mærke..... den

der ”patientlig-gørelse”...øhhhh... og sådan er **det** vel bare, altså.. de var jo søde og rare på afdelingen...og øhhhh.. man havde samtaler og var hele tiden styr på det, men.. det er sundt og komme væk fra det der.. og komme (griner lidt) til ens virkelighed og øhhhh (M1)

Mette har været på weekend, og da hun vender tilbage til afdelingen forstærkes oplevelsen af, at hun er blevet gjort til en patient. Mette fortæller videre:

..når Ann (brugerstøtte) kommer, så siger hun..”er der noget vi skal snakke om”...ik.., ligesom jeg spurgte dig..så tager man udgangspunkt i, hvor er du som menneske... i stedet for at man bliver pakket ned i en kasse ..jamen.. så får man lov at være den der er med til at lave kassen..ik.., eller bestemmer hvordan kassen skal se ud..eller sådan noget.. så der får jeg jo allerede medindflydelse der....og bliver respekteret....altså..det er nok meget med.. at den ligeværdige tilgang ..med mennesker.. der er vigtig..., selvom du er syg..så vil du gerne behandles **med respekt og ligeværdighed**.....og det synes jeg nogen gange når man er patient..så kan det godt **nogen gange skride lidt**...og det er måske bare sådan det er, men.. ikke fordi jeg er blevet behandlet dårligt..overhovedet ikke, ..men det er bare selve **måden** systemet fungerer på..jeg bemærker i hvert fald.....(M1)

Mette fortæller, at hun oplevede sig pakket ned i en kasse, at hun ikke var med til at lave kassen eller bestemme hvordan kasse skulle se ud. Umiddelbart handler oplevelsen af ligeværdighed om, at Mette ønsker at have indflydelse på egen diagnose. Lægen skal inddrage patienterne i behandlingsforløbet, men det er lægens ansvar at stille diagnosen. Mette har på den måde ret i, at det er måden systemet fungerer på. Mette siger:

og DET ER SÅDAN en meget LÆGELIG verden..man kommer fra og det handler om....psykiatrien..altså...deet..er bare RART at have et almindeligt menneske (brugerstøtte) og tale med ikk...som forholder sig til mig som en HEL person..(M1)

Den lægelige verden skal ses i sammenhæng med, at personalet i kraft af deres ansættelse har bestemte funktioner, de skal varetage. Personalet skal observere Mettes symptomer og observere effekten af den iværksatte behandling, som skal lindre eller helt fjerne symptomerne.

Når Mette udtrykker, at hun gerne vil have lov til at lave kassen eller bestemme hvordan kassen skal se ud, er det snarere et udtryk for, at hun oplever og er utilfreds med udgangspunktet for interaktionerne med personalet. Mette erfarer, at interaktionerne er styret af kategoriseringen af hende som patient med en bestemt diagnose. Personalet tager ikke udgangspunkt i hende, som

person med hendes livshistorie og kontekst i øvrigt. De forholder sig ikke til hende som en hel person, som Mette udtrykker det. Det medfører, at Mette ikke oplever, at hun har indflydelse på sin situation, og at den ligeværdige tilgang derved skrider. Mette siger, at selvom man er syg vil man gerne behandles med ligeværdighed og respekt.

Det er en frustrerende situation for Mette, som stræber efter ligeværdige relationer, hvor der bliver taget udgangspunkt i, hvor hun er som menneske og ikke kun som patient. Mettes frustration rummer stærke emotionelle kvaliteter som kommer til udtryk som aggression, ikke primært mod personalet, som Mette synes er søde og rare, men mod systemet, der forhindrer interaktionsformer som erfares som ligeværdige og respektfulde. De objektive strukturer i systemet medfører nogle særlige dynamiske relationer i subjektet og mellem subjekterne, som hele tiden er på spil. Det er måden systemet fungerer på, som Mette siger.

Mettes aggression, med manglende erfaringer med ligeværdige interaktioner, hindrer udviklingsbevægelser, hvor tidligere og nuværende interaktionsformer potentielt kunne konstituere nye interaktionsformer. Systemet danner ikke ramme eller mulighed herfor. I stedet, danner Mettes sociale og kulturelle erfaringer med interaktion, betydning til hendes oplevelser af at være blevet gjort til patient, ikke at have indflydelse, manglende ligeværd og manglende respekt af hende som person. Indlæggelsen og interaktionerne med personalet bliver en scenisk oplevelse af ikke at være et ligeværdigt subjekt, der skal behandles med respekt og ligeværd. Mette taler om at komme i patientrollen. Det vil jeg komme ind på i det følgende afsnit.

## **At komme i patientrollen så det basker**

Mette taler om at være kommet i en situation, hvor man er afhængig af den hjælp man får:

at da jeg var indlagt på afsnittet..hvis jeg sådan skal tage hele afsnitte, hvordan det er imellem patient-læge forholdet..sådan..så synes jeg nu engang, at det kan være.. kan være et ulige.. et ulige ..for..øhh..indimellem.., men ikke kun.. men også ligeværdigt..altså det er en blanding af mange ting, sådan et sted, det kan nok ikke være anderledes..sådan i hvert fald.. alting kan altid blive lavet bedre...men man føler sig ...som patient... øhhhh.. så afhængig af.. af den hjælp man får (M1)

Mettes citat indeholder en diskussion, hvor der opstår en spænding mellem flere stemmer, som taler om både et ulige og ligeværdigt forhold med personalet, som hun erfarer på en og samme tid.

Mette er afhængig af hjælp og personalet er professionelle hjælpere. Personalet kan bestræbe sig på at have en ligeværdig tilgang, men Mette er, da hun blev indlagt, hjælpetrængende, fordi hun ikke kunne tage vare på sig selv og sit hverdagsliv. Relationen mellem Mette og det professionelle personale er i sit udgangspunkt ulige.

Mette fortæller også, at man som patient får tildelt en rolle:

...men **man** føler sig ...som patient...øhhhh.. så afhængig af.. af den hjælp man får ..og man er på sit mest sårbare ..og ydmyge sted..så derfor er man ekstremt øhh....følsom for ...hvordan andre behandler en.. og hvilken rolle man får..og man føler sig også nogen gange som sådan et dyr der bare står og venter på de her piller ik.. altså.. det har jo nok også noget med ens egen opfattelse af, hvad det er der sker...sygdommen ..ja og mange ting..så derfor.. så synes **jeg** personligt, at blive mødt ligeværdigt er ekstremt vigtigt... uanset næsten hvor syg du er ...(M1)

Mette oplever, at hun får en rolle, som gør, at hun føler sig som et dyr, der bare venter på at få sine piller. At få sine piller hentyder til, at det er personalet, der administrerer medicinen. Mette får i kraft af sin indlæggelse ikke selv ansvaret for sin medicin, da det er personalet, der har ansvaret herfor. At føle sig som et dyr, er et udtryk for en interaktionsform, som en destruktiv trussel om objektgørelse, hvor Mette bliver objekt i relationen med personalet.

Mette stræber efter at få hjælp til sine kropslige forstyrrelser, men stræber efter at få hjælp med udgangspunkt i sin subjektivitet på en respektfuld og ligeværdig måde. Mettes fantaserede spil med objekterne/personalet om at få sit behov opfyldt i forhold til en ønsket scene, bliver ikke imødekommet. Men oplevelsen rummer et overskud, som er forbundet med aggression mod personalet/systemet, som hindrer opfyldelsen af hendes ønske. Aggressionen kommer til udtryk, når Mette med klicheen udtrykker:

..**rart** at snakke med nogle andre end dem på afd., fordi..det kender du måske godt og har hørt før, at når man er patient, altså.. jeg har jo **aldrig** fejlet en skid, vel.. så for det første var det første gang jeg var patient på et sygehus ik' (somatisk), på den måde, og så samtidig og så også bagefter på en psykiatrisk afdeling - (m. taler hurtigt her) – og der synes jeg virkelig, at man.. kommer i **"patient"-rollen** så det basker.. (M1)



Sprogspillet med klicheen ”at komme i patientrollen så det basker” synes at indeholde hende selv som den, der er blevet slået ud eller slået tilbage, som basker rundt og forsøger at komme på benene eller på vingerne igen. Det skaber et billede af en hjælpeløs situation, hvor Mette har behov for at få hjælp, men er afhængig af den hjælp, som hun kan få. Det er et udtryk for, at hun er underlagt den dominante psykiatriske praksis, som producerer mere hjælpeløshed.

De interaktioner, der udspiller sig mellem Mette og personalet bliver erfaret, men ikke bevidstgjort, da det formentlig ikke bliver sprogliggjort. Jeg skriver formentlig, fordi personaler er bevidste om disse processer, da de fortæller Mette, at de udskriver hende til egen læge, og ikke til behandlings- eller distriktpsykiatrien, for ikke at sygeliggøre hende. Den ydmygende oplevelse vil jeg tolke videre på i næste afsnit

## **At være på sit mest ydmyge og sårbare sted**

Mette fortæller, at hun er på sit mest ydmyge og sårbare sted:

men man føler sig ...som patient...øhhhh.. så afhængig af.. af den hjælp man får ..og man er på sit mest sårbare ..og ydmyge sted..så derfor er man ekstremt øhh....følsom for ...hvordan andre behandler en.. og hvilken rolle man får..og man føler sig også nogen gange som sådan et dyr der bare står og venter på de her piller ik..altså.. det har jo nok også noget med ens egen opfattelse af, hvad det er der sker...sygdommen ..ja og mange ting..så derfor.. så synes jeg personligt, at blive mødt ligeværdigt er ekstremt vigtigt... uanset næsten hvor syg du er ...(M1)

At være på sit mest ydmyge sted, kan være et udtryk for at Mette oplever, at hun er på sit mest ydmyge sted som menneske. Det ydmyge sted er forbundet med ikke ligeværdighed eller ligefrem oplevelsen af nedværdigelse. Mette kan også have en oplevelse af skam over at være blevet indlagt på en psykiatrisk afdeling, som konsekvens af, at hun ikke at kunne tage vare på sig selv. Mette udtrykker, at hun ikke er den person, som hun ønsker at være:

..der er kommet mere ro på...fordi ellers så..var handler det jo...når man er helt ind til benet...så..så rummer man faktisk kun sig selv....og øhh.. det er da hvert fald en oplevelse og man tænker hold da kæft, kan man virkelig ....altså jeg holder meget af..menneskekontakt..og værdighed og kærlighed mellem mennesker og...balance i tingene...så derfor så... så tænker man ufffs.. der kunne man virkelig ..mærke, at jeg var helt ind til benet, hvor jeg virkelig skulle .....øhhhh...hvor jeg ikke kunne være den person jeg ønske-

de at være...det som jeg holder allermest af...eller jo det kunne jeg godt, men...(griner lidt)...alligevel i begrænset udgave, hvad jeg ønsker at være...  
...så.....øhmm.. det er jo stadig en ordentlig mundfuld for mig...altså...(M1)

Når man er ”helt ind til benet”, rummer man kun sig selv, siger Mette. Hun magtede ikke relationer til andre. Mette stræber efter at være noget for andre, så når Mette taler om balance og siger ”uffss..” om situationen, så er der tale om en meget uønsket situation. Mette stræber efter menneskekontakt, ligeværdighed og respekt med andre, men var kommet i en situation, hvor hun kun kunne rumme sig selv og ikke være noget for andre:

..... ja det hele var **kaos** ....masse tanker og ...jeg kunne ikke være noget for nogen, altså jeg kunne bare være.. være til..(griner lidt).(M1)

Hun kunne bare være og være til, siger hun. Det er et udtryk for, at hun ikke magtede processer af interaktion. Interaktion et helt centralt begreb i Lorenzers teori til forståelse af subjektet og subjektdannelsen. Ikke at kunne indgå i en interaktion med andre er forbundet med trussel om opløsning af subjektet og erfares som en meget angstfyldt situation.

Mette bruger udtrykket ”når man er helt ind til benet”. Udtrykket kan være en kliche for en tilstand, hvor hun har været uden muskler og væv i fysisk forstand. Fysisk havde hun tabt sig mange kilo og havde mistet så meget muskelmasse, at hun i perioder ikke kunne gå. I et psykosocialt perspektiv kan ”helt ind til benet” betyde, at hun blevet et skelet, forstået som, at hun ikke magtede livet. Mette fortæller, at hun ikke orkede mere:

jeg havde jo heller ikke lyst til ... noget som helst, vel?, jeg var parat til at sige nu **orker** jeg bare ikke mere... i starten.. så på den måde er jeg jo selvfølgelig meget taknemmelig over, at jeg fik den hjælp jeg skulle have... øhhh eller havde brug for...øhhmmm (M1)

Mette udtrykker, at hun er tilfreds med at have fået den hjælp hun skulle have eller havde brug for i den situation, hvor hun var ved at opgive livet. Det er et udtryk for en situation, hvor hun var total afhængig af og underlagt den dominerende psykiatriske praksis. En praksis, som hun erfarer som uværdig, og hvor hun ikke fik den hjælp hun stræbte efter eller som *hun* havde brug for.

Erfaringerne med ydmygelse og skam bliver ikke sprogliggjort og dermed bevidstgjort, men bliver indlejret som et affektivt og kropsligt register af mening

og erfaring. Det er ikke sprogliggjorte dimensioner i interaktionsformerne, som får indflydelse på Mettes manglende oplevelse af ligeværd og af det ulige forhold med personalet.

I det følgende afsnit vil jeg vil berøre en anden side af Mettes oplevelser med personalet.

## Personalet må beskytte sig

De konkrete interaktioner med personalet i psykiatrien, influerer på oplevelsen af den ulige relation. Mette fortæller:

uanset om du er syg eller rask, så er du et menneske og har krav på ligeværdig behandling.... så **det** synes jeg altid... man kan **aldrig** bestrebe sig nok på og behandle folk sådan der.....så .....men samtidig så kan sgu da også godt forestille mig at det er et heavy krævende arbejde at have...altså hvis jeg skulle se dette fra den anden side.. **DET** er jeg ikke i tvivl om..og også at man skal beskytte sig selv... for ellers så kan man blive fuldstændig slugt...-... men det er **sådan** en masse betragtninger man sådan...jeg **i hvert fald har** lagt mærke til..der er (M1)

Mette oplever, at det er et krævende arbejde at pleje mennesker med psykisk lidelse. Mettes fortælling giver et billede af et dyr, der overfalder og sluger personalet. Det er samtidig en fortælling om, at patienterne ikke formår at agere og handle efter givne normer, og indgå i ligeværdige forhold, siden Mette siger at personalet må beskytte sig. Mette erfarer, at personalet må beskytte sig over for patienterne dvs., at interaktionerne producerer og forstærker det ulige forhold.

Det er en social realitet, når Mette oplever ulige forhold med personalet og erfaringer med interaktionsformer, som ikke er ligeværdige. Der kan samtidig være tale om overførings- og modoverføringsprocesser, hvor Mette ubevidst tillægger personalet og systemet nogle af de egenskaber, som hun ikke selv kan være ved. Det er en ulystbesat situation at være indlagt og ikke kunne magte sit hverdagsliv. Mette stræber efter at indgå i relation med andre på ligeværdige og respektfulde måder samtidig med, at hun ønsker at være noget for andre. Dette magter hun ikke på nuværende tidspunkt, hvor hun oplever at være på sit mest ydmyge og sårbare sted.

## Et umenneskeligt sted – men bange for at komme hjem

Mette udtrykker, at det er sundt at komme væk fra afdelingen og hjem til sin egen virkelighed:

...men.. men efterfølgende, når man så kommer hjem og kom tilbage (hun har været hjemme i en weekend), så kunne jeg virkelig mærke, ...der kunne jeg virkelig mærke...den der ”patient-gørelse”...øhhhh... og sådan er det vel bare, altså.. de var jo søde og rare på afdelingen, ...og øhhh.. man havde samtaler og var hele tiden styr på det, men.....men det er sundt og komme væk fra det der.. og komme (griner lidt) til ens virkelighed og øhhhh (M1)

Mette stræber efter at få hjælp til sine lidelser samtidig med, at hun stræber efter at komme hjem og vende tilbage til sin virkelighed:

.....men men.. jamen det er bare nogle tanker jeg har gjort mig, der er noget rigtig godt ved at være et sted, hvor der er fred og ro og hvor der ikke er nogen der hiver og flår i en, og samtidig er det også sådan nogle ting, hvor man tænker,... at det sådan er lidt umenneskeligt på nogle punkter, .. men sådan er det jo nok, altså...det er jo..psykiatrien er jo et specielt sted at være..(M1)

Mette finder det tilfredsstillende at være på afdelingen, hvor der er fred og ro og hvor der ikke er nogen der hiver og flår i hende samtidig med, at det er utilfredsstillende at være et sted, der på nogle områder er umenneskeligt. Det er et udtryk for, at Mette er kommet i en situation, hvor hun ikke magtede at indgå i hverdagens interaktioner med andre. Interaktion er, med Lorenzers begreb, et gensidighedsforhold, hvor der stilles krav og forventninger, som man skal komme overens om. Mette er kommet i en situation, hvor hun ikke magtede dette, selvom hun stræber efter det.

Mette stræber efter at komme tilbage til sit hverdagsliv. Hun har erfaret, at hun har haft svært ved at håndtere hverdagslivets betingelser og vilkår, hvorfor udskrivelse er forbundet med usikkerheder:

Personalet spørger: ”hvornår har du tænkt dig du vil hjem??”...(griner lidt)...så sagde jeg..”jamen jeg bliver 55 om 2 år”...(alle griner).....så kan jeg begynde at tænke på at ville hjem (griner...) – ja...lidt humor må man have med....

...fordi jeg var **skide bange for...** at jeg skulle hjem og jeg var bange for alting...

at nu...skal jeg udskrives..og..kan man...kan det nu bære at komme hjem og alt det der....så det er en utrolig sårbar periode lige der...(M1)

Mette er usikker på om det kan bære at komme hjem. Hun er usikker på, om hun kan magte at indgå i interaktioner med andre igen, træffe valg i hverdagen og bære konsekvenserne heraf. Hverdagslivet har sjældent ændret sig under indlæggelsen, og Mette skal vende tilbage til den samme virkelighed, som før indlæggelsen. Mette får samtidig ikke nogen opfølgning i form af besøg eller andet fra det sociale- eller sundhedsmæssige system, men kan henvende sig hos egen læge efter behov. Mette oplever udskrivelsen som en situation, der er præget af usikkerhed. En usikkerhed for fremtiden.

## 18.2 Interaktionen med arbejdskollegaer, familie og venner

### Moderne at være langtidssygemeldt

Mette ønsker at begynde på sit job igen:

... mit højeste ønske er bare at komme tilbage, for jeg **elsker** mit job og jeg **elsker** mine kollegaer og jeg **elsker** ...jeg vil bare gerne tilbage... jeg var sgu ikke utilfreds med noget...., men det.. jeg skal jo .. min krop skal kunne følge med.... ja.. så derfor er ... jeg kan kun prøve at gøre det bedste jeg kan.. gå ture, prøve at arbejde med mine tanker... prøve at bygge mig langsomt op....og så håbe på, at .....at det bliver bedre og bedre...(M2)

Mette er meget glad for sit job og stræber efter at komme tilbage, men hun ved, at det tager tid at bygge sig selv op igen. Mette har været meget glad for den støtte og opbakning, som hun har fået fra sine kollegaer og ledere, men hun er samtidig opmærksom på, at situationen på arbejdspladsen er trængt:

mine ledere, de blev jo presset af deres system, fordi vi har haft.. tror det er 3 langtidssygemeldte derude...og så stor en gruppe er vi heller ikke...så de bliver ligesom lidt presset på budgettet og ..nu skal vi også .. (smiler lidt)..vi har lige haft sådan en runde om psykisk arbejdsmiljø..så havde han sagt.. ”er det ikke moderne at være langtidssygemeldt?”(M2)

Bemærkningen om, at det er moderne at være langtidssygemeldt, hænger sammen med det faktum, at et øget antal personer bliver sygemeldt fra deres arbejdspladser pga. af psykiske lidelser. Bemærkningen rummer samtidig en kollektiv fordom om, at mennesker med psykisk lidelse ”bare skal tage sig sammen”. Bemærkningen stemmer ikke overens med Mettes oplevelse af sin situation. Mette ønsker at komme tilbage til sit arbejde og stræber efter at få

det bedre, men hun har erfaret, at det tager tid. Bemærkningen opleves som frustrerende for Mette og rummer stærke emotionelle kvaliteter, der kommer til udtryk som aggression, ikke primært mod jobbet og kollegaerne, men mod presset på systemet og presset på budgettet. Presset på systemet skaber nogle strukturer, som skaber nogle særlige dynamikker i subjektet og mellem subjekterne, der ikke erfares som ligeværdige og respektfulde. Det er en scenisk gengivelse af ikke at blive behandlet med respekt og ligeværdighed, men med nedværdigelse og skamfuldhed.

Mette oplever, at det er svært at få forståelse for sin situation, og at det kræver tid førend hun kan vende tilbage på arbejdsmarked på fuld tid:

da vi havde omsorgssamtalen, der havde jeg min fagforening med.... Jeg havde ...fra jobcenter...arbejdsmarkedskonsulenten med... og så var der mine ledere der...og det var faktisk jobcentret man ...der sagde HOV HOV...hun skal ikke op på fuldtid ...nu TAGER VI DET LIIIIIGE stille og roligt her...så han var jo simpelthen ...bare så god (griner lidt)...fordi DET ER JO LIDT SVÆRT NÅR MAN SIDDER på den anden side af skrivebordet, og skal SIGE ”JAMEN...JEG...FULD TID...JAMEN DET KØRER BARE DERUD AF”.....SÅ DER Var det rart, at have en der kunne sig, ”loven er sådan og sådan og vi kan forlænge dine sygedagpenge...” og jeg passer ind i kategori 3 og 7 (griner lidt) ....og det er med henblik på, at jeg kan komme tilbage til fuld tid på mit arbejde og raskmeldt indenfor en periode på 2 år....(M2)

Lederne ønsker Mette tilbage på arbejdspladsen og har en konkret forventning til Mette om, at hun kan begynde at arbejde snart og på fuld tid. Lederenes forventning er et udtryk for en kollektiv forestilling om, at det ikke kan tage så lang tid at komme sig over sin psykiske lidelse. Det er en svær situation for Mette. Hun ved, at hendes kollegaer er pressede på grund af sygemeldinger. Mette kan, i sin solidaritet med kollegaerne, presses til at begynde på fuld tid. Det er endnu en scenisk gengivelse af ikke at blive behandlet med respekt og ligeværdighed.

Arbejdsmarkedskonsulenten griber ind og får planlagt en proces, hvor Mette gradvist får øget sine timetal på arbejdet. Mette udtrykker glæde over arbejdsmarkedskonsulentens forståelse og lovgivningen på området, som udtryk for, at hendes situation ikke er en nedværdigende eller skamfuld situation, men en situation, der støttes op om fra arbejdsmarkedets side.

I det følgende vil jeg kaste et blik på Mettes interaktion med familie og venner.

## Beskytte sin familie – at have brug for at snakke med nogen

Mette tænker meget på sin familie og hun er opmærksom på, at hendes psykiske lidelse er noget, der rammer hele familien. Mette siger, at hun var ved at slide dem op:

jeg var også ved at slide min familie op, fordi de kunne...de var jo også bange.. de kunne jo heller ikke hjælpe mig vel.. det var jo total afmagt hele vejen rundt (M1)

Mettes lidelse og afmagt medfører, at familien bliver bange og føler afmagt. Mette ønsker ikke at miste sin familie og venner, men stræber efter at interagere med dem. Hun gør sig derfor tanker om, hvordan hun kan være sammen med dem:

..og også at **have det rum**...så man ikke behøver at sidde og tænke på...at **nu** skal jeg passe på min familie, for de **bliver** så kede af det..det var **guld værd** og det er **guld værd**.. (...).....**fordi man kan holde igen** med at snakke om det og man har egentlig brug for det ...så...for at beskytte sin familie også.....de bliver sku også trætte af at høre på det...det er der jo **ikke noget at sige til** (griner lidt)....**altså de kan ikke gøre noget**....(M1)

Familiens afmagt medfører, at Mette er tilbageholdende med at tale om sine oplevelser og erfaringer i relation til hendes psykiske lidelse. Mette har behov for at tale herom, men hendes oplevelse af familiens afmagt hindrer hende heri. Hun mener, at man har behov for *ikke* at snakke om situationen, fordi man skal beskytte sin familie. Der opstår nogle dynamiske relationer i subjektet og mellem subjekterne, som medfører, at Mette erfarer, at hun skal indgå i en særlig interaktion med familie og venner, hvor hun skal passe på dem for ikke at miste dem. Det er en interaktion, hvor hun, som den lidende, skal beskytte dem mod hendes vanskeligheder og lidelse. Hun skal beskytte dem mod sig selv. Det er en scenisk gengivelse af, at det er svært at opnå og indgå i ligeværdige relationer.

Mette stræber efter at tale med nogen om forløbet og bearbejde det traumatiske forløb:

.....at det var så på en eller anden måde så traumatisk (griner lidt)...alt det der var sket, så jeg havde jo også brug for og snakke med nogen om det..(M1)

Mette vælger at håndtere denne situation ved at dele sine samtaler op i forskellige områder:

..det har jeg også sagt ude på mit arbejde....at jeg havde mit arbejde til at snakke omkring arbejdet...og jeg havde min familie til at snakke om det familiære og ....rare, glæder familien med hinanden...og så havde jeg det der...samtaler med Ann (brugerstøtte) og det handlede om de følelser der har været forbundet med sygdommen, så på en eller anden måde var den der opdeling meget....altså den havde JEG BRUG FOR ...og holde tingene lidt på...hver deres områder.....

Mette ønsker og stræber efter at være sammen med familie og venner på måder, hvor lidelsen ikke er omdrejningspunktet. Mette betragter samtalerne med brugerstøtten som en aflastning for familien. Mette ønsker at være noget for andre. Det handler næste afsnit om.

## Skal vi lave pandekager – at være noget for andre

Mette ønsker ikke en hverdag, hvor lidelsen er i fokus. Mette ønsker at genopbygge og opretholde et almindeligt hverdagsliv med familien:

....altså.....det er jo der altså, hvor man helst gerne bare vil være 'mor og datter' og sådan, når hun så kom hjem og sådan... ” ihh.. skal vi ikke lave pandekager” .. vi helt ned på det der **tætte** omsorgsnære der...(M1)

En hverdag, hvor hun kan være mor. En hverdag, hvor hun kan hygge med sin datter, og hvor omsorgen er i fokus. Det er vigtigt for Mette at have overskuddet til at være noget for sin familie og venner:

altså det var vigtigt for mig, at have det rum sammen med Ann, men også sådan så jeg kunne ...**følte**...at jeg havde mere overskud til at kunne noget andet sammen med min datter... det var meget vigtigt for mig..øhhh og mine nærmeste sådan kunne give noget... være noget overfor dem..så det ikke kun var sygdom der **fylde** det hele... for man er jo ved at **kvæles af det** til sidst... så derfor er det jo vigtigt at få noget andet ind...(M1)

Mette ønsker ikke, at lidelsen skal fylde hverdagen, da hun oplever, at det kvæler familien og vennerne. At kvæles, er måske en kliche på, at Mette ønsker at indgå i relationer, der giver ilt og næring, som udtryk for omsorgsfulde relationer. Hun ønsker ikke at indgå i interaktioner, der kvæler, er nedværdigende og skamfulde. Det er meget kendetegnende for Mette, at hun stræber efter at indgå i ligeværdige relationer, hvor hun har mulighed for at give noget og være noget for andre.



Samtalerne med Ann giver Mette et overskud til at være sammen med og være noget for sin datter og nærmeste familie. Det vil jeg komme mere ind på i næste kapitel.

## 18.3 Interaktionerne med Ann

Mette får besøg af brugerstøtterne Ann og Eva. Eva stopper i projektet, men Ann fortsætter besøgene. Mette er opmærksom på, at hun indgår i en særlig relation med Ann og Eva. Det vil jeg kaste et blik på i det følgende.

### Udgangspunkt i mit liv – det er en aftale

Mette stræber efter ligeværdige interaktioner og det erfarer hun sammen med Ann:

**på den måde** jeg mødte...blev mødt på.. af det her projekt..det er **meget** menneske til menneske.. ligeværdigt møde..og det..det kan **jeg** personligt bruge til noget..

..når Ann (brugerstøtte) kommer, så siger hun.."er der noget vi skal snakke om"...ik..,ligesom jeg spurgte dig..så tager man udgangspunkt i, hvor er du som menneske...

og **det er sådan** en meget **lægelig** verden..man kommer fra og det handler om....psykiatrien..altså...deet..er bare at have et almindeligt menneske (brugerstøtte) og tale med ikk...som forholder sig til mig som en **hel** person..(M1)

Mette oplever respekt og ligeværdighed i interaktionen med Ann. Det handler både om indholdet i samtalerne, at der tages udgangspunkt i det som Mette har behov for at tale om, og om måden Mette føler sig mødt på. Ann har ikke lagt en dagsorden for deres samtaler og er ikke styret af at skulle observere sygdomssymptomer eller observere behandlingens effekt. Mette oplever, at hun blive mødt som en hel person og ikke som en patient, hvilket medfører, at interaktionen med Ann erfarer som mere ligeværdig. Det er en scenisk gengivelse af at blive mødt med ligeværd og respekt.

Det er meget karakteristisk for Mette, som tidligere nævnt, at hun skelner mellem, hvem hun taler med, og hvad hun taler med dem om. Mette ønsker

ikke at tale med sin familie, venner og kollegaer om sit forløb med psykisk lidelse, men hun ønsker heller ikke at tale med personalet:

der er ingen grund til at sidde og snakke med en læge om sådan noget...altså **det** her (samtalen med Ann) det handler om nogle menneskelige ting....og nogle følelser og noget...som ..som jeg synes er, jeg har i hvert fald været, eller er i hvert fald rigtig glad for det... (M1)

Mette stræber efter at få tilfredsstillet sit behov for at tale med nogen om sit traumatiske forløb. Mette overvejer derfor om det er ønskværdigt for hende at få besøg af Ann:

jamen jeg vil **gerne** tage imod det fordi at jeg tænkte, at man...øhhhh.....at det var så på en eller anden måde så traumatisk (griner lidt)...alt det der var sket, så jeg havde jo også brug for og snakke med nogen om det, og måske noget der kunne hjælpe **mig**, altså.. prøvede at finde ud af, "hvad kan jeg egentlig" – "hvad kan egentlig lade sig gøre", .. så derfor så synes jeg, at **det** ville jeg i hvert fald godt prøve, for jeg havde bare tænkt i mig selv "hvis det var noget der var godt, ville jeg beholde projektet" .. kan man godt sige, og hvis jeg synes det var en belastning, så ville jeg sige fra – det følte jeg godt jeg kunne (M1)

Det er vigtigt for Mette, at hun oplever, at hun kan bruge samtalerne med Ann til at få det bedre, ellers er det en belastning for hende. Det betyder, at det er Mettes liv, som skal være udgangspunktet for samtalerne:

fordi.. selvfølgelig er jeres projekt også vigtigt, men **jeg** bliver jo nødt til at tage udgangspunkt i (griner lidt) mit liv og sige, **hvad kan jeg egentlig** bruge det til...ikke? (...) man...man kan jo så selvfølgelig sige, at **I** tager jo meget udgangspunkt i det enkelte menneske...sådan som jeg oplever det...det er i hvert fald sådan som jeg blev mødt...at det handler ikke så meget om....det handler om **mig**.. altså det handler om min historie....øh..øh.. når Ann kommer, så siger hun.."er der noget vi skal snakke om"...ik..ligesom jeg spurgte dig..så tager man udgangspunkt i, **hvor** er du som menneske...(M1)

Mette ønsker, at der tages udgangspunkt i hendes liv, at det er hende og hendes historie, der er genstand for samtalerne. Mette kræver så at sige Anns empati. Ann skal være opmærksom på og tilpasse sig Mettes behov. Mette sætter sig selv i centrum og bruger Ann som en hjælper i udviklingsprocessen med at få det bedre. Mette taler om ligeværdige relationer, men denne interaktionsform er samtidig en destruktiv trussel om objektgørelse, hvor Ann bliver objekt i relationen med Mette. Mette har behov for, at der er kontrol over deres interaktionsform og drøfter sin bekymring med Ann:

men selvfølgelig kræver det jo også noget af dem som kommer ud synes jeg..... at ..øhh.. at de er ...har det okay i deres eget krop og har overskud til det, ..fordi det kræver også noget af dem...synes jeg.. men det er jo deres... men som Ann siger.. det er jo (griner lidt) ..der du skal give slip...på det... det er jo mig der har den rolle (brugerstøtte) og så.. holder jeg mig over på min banehalvdel...(M1)

Ann og Mette taler om deres måder at interagere på. Ann fortæller, at hendes tilstedeværelse er i kraft af hendes funktion som brugerstøtte og ikke som en privat ven. På den måde bliver Mette også objekt for Anns funktion. Det vil sige, at den trussel, der er forbundet med objektgørelsen bliver italesat og overvundet. De indgår en aftale om en særlig interaktionsform.

## At vide noget - at prøve det på egen krop

I sidste afsnit fremgik det, at Mette oplever, at interaktionen med Ann er ligeværdig. Den oplevede ligeværdighed skal også ses i forhold til, at Mette og Ann deler erfaringer med kropslige oplevelser:

var det nemt at snakke med...med øh...Ann .. fordi hun havde også selv prøvet det på egen krop..jo.. og...(...) for man kan jo godt køre lidt rundt med sine egne tanker.. det er godt at få noget erfaring... også nogen der har prøvet det på egen krop....hvordan oplevede du det?? og vi kan grine af det sammen...så..... nu.. omkring det der **ligeværdighed**.. det er jo ekstremt ligeværdigt..... (M1)

Mette erfarer, at Ann har erfaringer med lidelsen på egen krop, hvilket gør det lettere for Mette at tale om sine oplevelser og erfaringer. Mette oplever, at Ann kan identificere sig med hendes lidelse og erfarer, at hendes oplevelser bliver genkendt. Mette erfarer, at Ann udviser et emotionelt engagement, en empati, som en nødvendig forudsætning for, at Ann kan identificere sig med Mette. De har fælles lignende erfaringer, hvor de genkender de affektive og kropslige reaktioner fra forskellige situationer. Det er en særlig autentisk empati, som ikke er kognitiv, men som er sanseligt erfaret. Det medfører, at Mette erfarer, at Ann har en anden forståelse end andre. Mette skelner derfor også mellem at vide noget om psykisk lidelse og det, at selv at have prøvet det på egen krop:

Men en ting er, at vide **noget**, en anden ting er at prøve det på egen krop,....(M1)

Det er en erkendeform, som tager udgangspunkt i Mettes og Anns konkrete og sanseforankrede interaktion med omverden. En forenklet måde at sige det på er, - at du ikke kan forstå det, gribe det eller føle det, med mindre du har prøvet det. Det er en særlig erkendeform med en erfaringsdannelse som rummer betydning, der formidles i en anden form end den sproglige og kognitive.

Anns og Mettes sanselige erfaringsudveksling er en måde at kollektivisere bevidste, førbevidste, såvel som ubevidste erfaringer. De sanselige erfaringer rummer nogle erfaringsdimensioner, som er hindret eller udskilt, fordi vores forståelse er influeret af de herskende institutionaliserede mønstre, som er indskrevet i vores livshistoriske erfaringer. I forhold til Negts teori om de umiddelbare erfaringer, rummer Mette og Anns erfaringsudveksling et praktisk frigørende bevidsthedssprog.

Erfaringsdannelse vil altid være individuel og forankret i en bestemt livshistorisk kontekst, men den sanselige erfaringsudveksling vækker genkendelse, som medfører, at Mette og Ann kan dele deres subjektive og kollektive erfaringer med psykisk lidelse. Denne erkendeform skaber muligheder for særlige processer. Det vil jeg komme ind på i næste afsnit.

## At være hudløs ærlig

Mette oplever en ligeværdig relation sammen med Ann og erfarer en autentisk sanselig forankret empati, som vækker genkendelse. Det medfører, at Mette fortæller Ann ting, som hun ikke fortæller til andre:

..deet..er bare RART at have et almindeligt menneske og tale med ikk...som forholder sig til mig som en **hel** person..og som jeg måske også siger nogle **andre** ting til...

...var det nemt at snakke med...med øh...Ann .. fordi hun havde også selv prøvet det på egen krop..jo.. og....og også at **have det rum...**så man ikke behøver at sidde og tænke på..at **nu** skal jeg passe på min familie, for de **bli-ver** så kede af det..det var **guld værd** og det er **guld værd**.. så det er **en** af de store plusser ved det her..synes jeg,..at man har mulighed for at tage sig det rum..hvor man ikke skal tænke på, ..om man..man gør andre kede af det..samtidig med, at man kan være hudløs ærlig og bare sige..hvordan man har **oplevet det**..(M1)

Mette og Ann taler om konkrete og sanselige oplevelser og specifikke kontekster. I det skabte rum kan Mette være hudløs ærlig over for Ann og fortælle,

hvordan hun har oplevet sin situation. Rummet giver Mette mulighed for at fortælle sin historie og sine følelser i forbindelse med den psykiske lidelse med alle de tilhørende affektive og kropslige reaktioner. Klicheen - at være hudløs ærlig – at være uden hud, er meget sårbart, men måske nødvendige læreprocesser for at Mette kan (er)kende den nye situation.

Når Ann og Mette taler om deres oplevelser, opstår der en særlig erkendelseform med sanseforankrede betydningsdannelser. Det er ikke alle oplevelser, der rummer en potenseret oplevelseskvalitet. I Mettes tilfælde erfares den psykiske lidelse som en spaltet praksis. Det er et udtryk for, at nogle interaktionsformer er blevet afvist eller desymboliseret. Disse processer rummer et overskud, som trænger sig på og som bliver reaktiveret i forbindelse med de sanseforankrede oplevelser sammen med Ann. Overskuddet rummer derved en energi, som er drivkraften og materialet for nye læreprocesser. Nye erfaringsdannelsesprocesser hænger sammen med mulighederne for at arbejde med de fortrængte interaktionsformer, men det kræver også en åben holdning. Det vil jeg komme ind på i næste afsnit.

## At tage rummet til sig

Mette taler om det rum, som skabes sammen med Ann:

og også at **have det rum...**så man ikke behøver at sidde og tænke på..at **nu** skal jeg passe på min familie, for de **bliver** så kede af det..det var **guld værd** og det er **guld værd..** så det er **en** af de store plusser ved det her..synes jeg,..at man har mulighed for at tage sig det rum..(M1)

Mette tager rummet til sig og hun bruger rummet som en mulighed for personlig involvering med subjektive oplevede vanskeligheder og usikkerheder. Mette ser muligheden for at tage rummet til sig, hvor hun kan fortælle Ann om sine vanskeligheder og affektive og kropslige reaktioner.

Mette stræber efter at håndtere hverdagslivets betingelser og udfordringer. Erfaringsdannelse er forbundet med smerte, men Mette har en åben holdning, som er karakteriseret ved at være båret af en åben og interesseret holdning til omverden. Mette tager rummet til sig, som er en aktiv handling. Det er karakteristisk for Mettes historie, at begivenhederne bliver fremlagt som aktive dynamikker. Mette arbejder med sin krop, engagerer sig og tager rummet til sig, når mulighederne byder sig. At engagere sig kræver tryghed. Det handler næste afsnit om.

## Det er den der tryghed – bange for fremtiden

Mette oplever en tryghed ved at få besøg af Ann:

jeg synes også det er rart at man mødte hinanden oppe på afdelingen, ...at det ikke kun var sådan efter jeg kom hjem...altså... det er den der **tryghed**...er ekstremt vigtig, man er så sårbar deroppe og er så bange for alting.....og tænker...man kan ikke en skid jo..(griner)...så det kan være med til... altså det har i hvert fald været meget trygt for mig..., at der har været overlapningen der...(M1)

Mette er bange for at blive udskrevet og bange for, om hun kan magte hverdagen efter udskrivelsen. Tanken om, at Ann besøger hende skaber tryghed. Mette oplever også, at det skaber tryghed, når hun deler sin angst med Ann:

jeg tænkte da jeg sagde ”ja tak” til det her projekt....det vil være godt for mig...jeg vil føle mig tryk.ved fordi jeg var **skide bange for...** at jeg skulle hjem og jeg var bange for alting....så jeg tænkte...hvis..hvis øhm...Ann og Eva de kom hjem og besøgte mig..så **har** jeg i hvert fald altid dem jeg kan spørge til råds, de kan måske henvise mig, hvis jeg får brug for noget eller give mig noget vejledning..eller ....så derfor følte jeg mig meget tryk ved det...(M1)

Når Mette og Ann mødes får de skabt et trygt rum, hvor de får mulighed for at tale om Mettes angstfyldte oplevelser. De får skabt et rum, som erfares som ligeværdigt og som er befriet for irrationelle autoriteter. Trygheden er væsentlig og en betingelse for, at der kan skabes læreprocesser som dialektiske processer.

I det trygge rum taler Mette om sine erfaringer og oplevelser. I den situation fungerer Ann som overgangsobjekt, dvs. at hun bliver beholdt for Mettes frustrationer og bliver beholdt for al den usikkerhed og angst, der er forbundet med fremtiden.

Når Mette deler sine erfaringer med Ann, kan overskuddet fra desymboliseringsprocesserne blive reaktiveret. I kraft af aktiveringen af dynamikkerne skaber Mettes fantasiorganisering sit eget specifikke erfaringsrum, som kan overskride sit udgangspunkt i hverdagserfaringen, fordi det ubevidste og følebevidste rummer et kritisk og utopisk potentiale om et bedre liv.

Ann bliver et konkret udtryk for en fantasiorganisering, hvor en scene erstattes af en anden - fra at være psykisk lidende til at få et hverdagsliv til at fungere igen med ligeværdige relationer. Det er en fantasiforestilling, som tager ud-

gangspunkt i Mettes hverdagserfaring, men altså uden at være fastholdt i disse mønstre. Det er som en leg, der skaber åbninger fra ulystfyldte sceniske interaktionsformer til lystfyldte sceniske interaktionsformer. Der bliver således skabt et specifikt erfaringsrum, hvor Ann opnår symbolværdi, som kan overskride hverdagserfaringen med psykisk lidelse. Dette specifikke erfaringsrum medvirker til, at Mette får hjælp til at beherske den ulystfyldte situation og hjælpes til at overvinde sin angst. Ann får samtidig via fantasiforestillingen symbolværdi, så Mettes afviste eller desymboliserede interaktionsformer kan få mulighed for at blive symboliseret, så de bliver tilgængelige for sproget og dermed bevidstgjorte. Det vil jeg komme mere ind på i næste afsnit.

## At have en medspiller

Mette taler med Ann om sin utryghed ved forskellige situationer i hverdagen. Mette har f.eks. behov for tale overgange i forbindelse med medicinændring, at starte på arbejde efter en lang sygemelding m.m. Mette bruger også Ann til at bearbejde forløbet og til at få hverdagen til at fungere. Det kan være svært at få hverdagen til at fungere, overskue, strukturere og overkomme den:

en der har prøvet det på egen krop, en man kan have lidt **ping/pong** med, en med lidt humor.. eller ”hvad synes du om det??”, eller hvad tænker du...eller hvad er din erfaring med det.....**JA..** ...så specielt, i sådan en situation, som mig som **aldrig** har været indenfor systemet før...så... (griner lidt)..der går **virkelig** noget tid inden, at ... hvad hedder det...at det bliver bearbejdet og så samtidig ....at min krop jo heller ikke... det hele er jo ikke som det skal være endnu

jeg jo sådan prøvet at sige..”hvad er er det egentlig jeg kan når jeg kommer hjem” ...og så kan jeg jo altid snakke med Ann om det når hun kommer her.....og lige have.. have en **medspiller** og noget andet feed-back..(M1)

Udover at være en medspiller, forventer Mette også, at læreprocesserne foregår i hendes tempo, og at Ann skal kunne give anerkendende feedback:

gøre det i det tempo jeg kan...og acceptere at jeg **prøver at gøre** hvad jeg kan... det er nok meget vigtigt for mig....at at .....ja nogen der **måske** opdager..hvad man gør...altså hvad man kan...og kan give en det der feed-back....det synes jeg Ann er rigtig god til.....øhhmm og anerkender de fremskridt der er....og have fokus på det.... og få det til at **vokse**.....det holder jeg rigtig meget af...det er hun **skide god til** også...(griner lidt)

..så tænker jeg jo lidt på det her projekt, fordi det er jo ligesom en følge ... følgefly der er sammen med mig.....**så det kan man jo godt sige,... jeg**

**flyver jo selv...** men der er jo ligesom en ved siden af, som kan flyve med mig...og man kan snakke lidt om, ”hvor flyver vi hen”....(griner lidt...)(M1)

Når Mette taler med Ann, får hun mulighed for at sprogliggøre sine erfaringer. Sproget udvider Mettes kapacitet med hensyn til på myndig vis at arbejde sine oplevelser og erfaringer. Ann og Eva fortæller:

Eva: Så udsigten til at både at skulle trappes ned i medicinen og det at pludselig skulle hjem, det virker jo helt uoverskueligt for hende, ik’?

Ann: Jo. Og der var det så, at vi gik meget ind i den her og sagde, at jamen, vi mente at det var vigtigt at hun faktisk fik talt med personalet omkring den usikkerhed og en bekymring, hun havde i forhold til at blive udskrevet,

Ann: Jo, og det virkede også som om, at jeg mener hun sagde noget – jeg kan ikke huske, jeg kan ikke huske ordret, hvad hun sagde men indholdet og betydningen var i hvert fald noget i retning af, at det var ligesom først da hun fik sat ord på det her og i og med at hun havde fået sat ord på det over for os, øh... så sagde hun: ”ja men, nu kan jeg så måske også få sat ord på det over for personalet, fordi nu har jeg prøvet at sætte ord på det her. Og nu har jeg også fået det formuleret, jeg har prøvet at formulere det” (IWAE)

Efter samtalen med Ann og Eva, kontaktede Mette personalet for at få drøftet sin utryghed ved udskrivelsen og ønskede kort tid efter at blive udskrevet.

Det væsentlige er, at sprogliggørelsen medvirker til bevidstgørelsesprocesser. Det kan lade sig gøre på baggrund af de processer, som er nævnt i de tidligere afsnit. Overskuddet er drivkraften til bearbejdningsprocesserne. Det skal ses i sammenhæng med, at den klichebestemte adfærd, som er opstået på baggrund af desymboliseringen (den spaltede praksis), kan nås via det sanseligt symbolske. Dette er muligt, fordi klicheerne ikke har mistet deres relationskarakter. Det betyder, at der kan ske en bearbejdelse af det fortrængte og sprogtabet kan ophæves. Klicheerne kan med andre ord blive bevidste igen via det sanseligt symbolske og sprogliggørelsen.

Når Ann opnår symbolværdi, fungerer hun som formidler mellem de ubevidste, sanselige interaktionsformer, som rummer et kritisk og utopisk potentiale om et bedre liv, og den sproglige bevidsthed. Det er en formidling mellem de sanselige oplevelser og refleksion. Der skabes med andre ord muligheder for, at Mettes oplevelser og erfaringer ikke behøver at forblive sanseerfaringer, men i stedet kan der udvikles nye oplevelsesmåder med interaktionsformer.



Afviste oplevelser, som Mette oplevede som smertelige, kan via kreative processer og sanselige dialoger blive symboliseret og derved gjort tilgængelig for bevidstheden. Samtidig giver ordet Mette en verbal repræsentant for emotionelle rørelser og medvirker derved til affektreguleringen. Det åbner mulighed for, at Mette kan bearbejde sine svære affektive oplevelser, og forholde sig til de forskellige områder af hverdagslivet. Bearbejdningen åbner mulighed for at Mette kan træffe valg og handle på dem i overensstemmelse med hendes forudsætninger og ønsker. Sproget gør det muligt for Mette at opnå en analytisk refleksion over sin situation, at gennemspille prøvehandlinger og blive bevidst om egne handlemuligheder og herigennem opnå mulighed for processer af myndiggørelse.

I disse læreprocesser oplever Mette sig mindre fremmedgjort. Det vil jeg komme ind på i næste afsnit.

## Fra at være fremmedgjort til at blive normaliseret

I det specifikke erfaringsrum, hvor de sanseforankrede erfaringsdannelsesprocesser bringes i spil, erfarer Mette, at det er legalt at tale om de mærkelige og de ”gale” sider, hvilket medfører, at Mette føler sig mindre fremmedgjort over for sig selv:

og øhhh det har været med til at og ...og **normalisere** ...**altså** at jeg ikke er **så**...at jeg ikke er blevet så fremmedgjort i hele den her....situation..fordi at, **hold kæft** ..hvad er det for noget **mærkeligt** noget **helt ærlig**.. **altså**..lige pludselig så var jeg **i den** situation ik.. og jeg har været rigtig bange jo også..

Mette oplever, at når hun fortæller sin historie med hendes mærkelige sider, forstår og genkender Ann disse sider. Mette erfarer, at hun kan udtrykke sine tanker, følelser og handlinger som erfares som mærkelige og unormale, og som erfares som anderledes end hendes hidtidige livshistoriske erfaringer. Det er samtidig oplevelser, der erfares som kulturelt uacceptable og som tabubelagte emner. Samtalerne med Ann er et brud på den oplevede fremmedgjorthed, med tabuerne og med Mettes isolation, da hun ikke taler med andre om alt det mærkelige.

I det specifikke rum kan Mette udtrykke sine oplevelser, ulyster, frustrationer og aggressioner, som knytter sig til både den private-, arbejds- og lidelsesmæssige sfære. Hun kan afprøve sine fantasier og forestillinger, og drøfte dem med Ann. De kan tale om Mettes forestillinger og virkelighedens realiteter på

samme tid. På den måde bliver der skabt mulighed for at italesætte oplevelserne, hvorved der bliver åbent mulighed for at bearbejde de fremmedgørende oplevelser i forhold til den ydre realitet.

Sammen med Ann afsøger Mette hverdagserfaringens grænser og rammebetingelser for, hvad der subjektivt og kollektivt betragtes som sygt, fremmed og normalt. Det er en proces, som skal diskuteres og reflekteres, fordi de samfundsmæssige og institutionaliserede mønstre er indskrevet i den enkeltes livshistoriske erfaringer, og som er en del af den enkeltes forventningsstruktur. Sproget muliggør refleksive forståelsesprocesser, som giver mulighed for, at Mette og Ann kan diskutere de alment gældende handlingsnormer.

Mette oplever, at Ann medvirker til, at hun ikke bliver så fremmedgjort og i stedet oplever en normaliseringsproces. I mødet mellem Ann og Mette, bliver Mettes forventningsstruktur udfordret og ombrudt, så elementer af hverdagserfaringen bliver bearbejdet og får mulighed for at blive integreret i en ny konstruktion. De kreative processer mellem Ann og Mette har dermed potentiale til at udvikle nye oplevelsesmåder hos Mette, som virker tilbage på hverdagserfaringens mønstre og oplevelsesformer. De kreative processer rummer derved et emancipatorisk potentiale.

Erfaringsdannelseprocesserne knytter sig til håbet om at få et godt hverdagsliv igen. Det vil jeg vise i næste afsnit.

## Noget om håb

Mette ønsker, at hun snart får det bedre, så hun kan få sit hverdagsliv til at fungere:

jo også...jeg er jo taknemmelig for al den hjælp jeg har fået... det har jeg jo **virkelig**...fået...at jeg så kunne ønske mig, at jeg havde det lidt bedre.....men det kan jeg jo så håbe på, at det..det stille og roligt lander et sted, ..fordi Ann siger hun har jo fået det bedre...med sin krop og sådan...så øhhh...øhhh...det er jo også noget om håb,...et rum om håb...øhh..(M1)

Mette kan se og høre, at Ann har fået det bedre, hvilket giver Mette håb. Anns tilstedeværelse skaber håb. Mette hører, hvad Ann siger, men Mette relaterer også håbet til rummet. Et rum om håb, siger Mette.

I interaktionerne mellem Ann og Mette skabes et rum for håb. Det bliver et overgangsrum, hvor Ann, som objekt repræsenterer håbet i Mettes stræben efter at få det bedre. Et håb, som kan være svært at få øje på i al den smertelige lidelse og besværet med at håndtere hverdagen. De sanseligt symbolske erfaringsdannelsesprocesser, hvor Ann får symbolværdi, overskrider hverdags-erfaringerne med lidelsen, men tiden med lidelse kan kvæle håbet. I rummet repræsenterer Anns tilstedeværelse, håbets tilstedeværelse:

..”jamen du kan jo se på mig, jeg har jo prøvet noget på egen krop, det kan godt være det ikke var liiiiige helt det samme, men du kan jo se, jeg har også fået det bedre” ...og ...så derfor er det jo også en trøst midt i alt det her, der er svært.....øhmhmhm....jamen det kan man jo slet ikke betale for penge..(griner lidt), hvis man ser sådan på det, vel...(M1)

Mette finder trøst i, at Ann fortæller, at hun har fået det bedre. Mette er frustreret over, at det tager tid at få det bedre. Ann repræsenterer derfor ikke bare håbet, som et sanseligt symbol, som en utopi om et bedre liv, men fungerer også som beholder for frustrationer, - at det er smertelige processer at få det bedre.

Ann har fulgt Mette i et år, hvor de har haft mange møder. Mette ønsker ved det sidste interview at afslutte samtalerne med Ann, da Mette igen kan håndtere hverdagslivets betingelser og muligheder. Hun har ikke behov for Ann længere. Anns tid som overgangsobjekt og som repræsentation for en ydre håndgribelig realisering af Mettes ubevidste ønsker om et bedre liv, er slut. Anns funktion som brugerstøtte er dermed ophørt. Mette ønsker en sidste samtale med Ann, hvor de kan tage afsked.

## **Sammenfatning og erfaringsfelter**

Mettes fortælling handler om, hvordan hun aktivt forsøger at få kontrol over sin afmagt og hjælpeløshed og genvinde sin subjektivitet. Erfaringer med li-geværdighed er omdrejningspunktet i Mettes fortælling og signalerer et vigtigt erfaringspunkt for hende.

Mette fortæller meget om sin krop og at kroppen har fået sit eget liv. Mette har ubevidst spaltet sig selv fra sin krop, som er et udtryk for, at der er opstået en proces, hvor tidligere interaktionsformer er blevet fortrængt fra sproget. Der er tale om ubevidste eller førsproglige sanseoplevelser, hvorfor den spal-

tede praksis ikke kan forstås med forståelsen. Mette taler om sine kropsoplevelser, men kan ikke forstå og reflektere over dem.

Under indlæggelsen erfarer Mette sig selv, som anderledes og fremmed i forhold til sin hidtidige livshistoriske erfaringer. Mette erfarer, at hendes tanker og adfærd kategoriseres som en psykisk sygdom. Almindeligvis relateres psykisk lidelse til personer, der har en adfærd, som strider mod det herskende normsystem. Når Mette erfarer dette, rammer det hende dobbelt, fra en ydre og fra en indre instans, fordi normerne er blevet internaliseret og påvirker derved ubevidst hendes opfattelse af sig selv. Mette erfarer de ovenfor beskrevne processer, men de bliver ikke bevidstgjort, da de ikke bliver sprogliggjort.

På afdelingen oplever Mette, at interaktionerne med personalet er styret af kategoriseringen af hende som patient med en bestemt diagnose. Mette erfarer, at personalet ikke tager udgangspunkt i og forholder sig til hende, som et subjekt med hendes livshistorie og kontekst i øvrigt. Det skaber en destruktiv trussel om objektgørelse, som medvirker til oplevelsen af fremmedgørelsesprocesser. Det får den betydning, at Mette danner erfaring med, at når man bliver patient og kommer i patientrollen, bliver man ikke behandlet med respekt og ligeværdighed, og man bliver underlagt den dominante psykiatriske praksis. Det er en situation, som opleves som frustrerende for Mette. Frustrationen producerer aggression mod det psykiatriske system, som hindrer de ønskværdige ligeværdige og respektfulde interaktionsformer, som Mette stræber efter. De interaktioner, der udspiller sig mellem Mette og personalet bliver erfaret, men ikke bevidstgjort, da de ikke bliver sprogliggjort.

Den hjælp Mette skulle have af det professionelle personale i forbindelse med den spaltede praksis, som en interaktionsforstyrrelse, som får betydning for hendes interaktioner med andre, udebliver. Mettes fortælling tegner et billede af en struktur med hjælpeløshed, hvor Mette er afhængig af den hjælp, som hun kan få, men den psykiatriske praksis producerer blot mere hjælpeløshed. Det er en struktur, som hindrer udviklingsbevægelser, hvor tidligere og nuværende interaktionsformer potentielt kunne konstituere nye interaktionsformer. I Mettes situation danner systemet ikke ramme eller mulighed herfor.

I forbindelse med Mettes arbejdssituation, erfarer Mette stigmatiserende bemærkninger om, at det er på mode at være langtidssygemeldt. Det er en scenisk gengivelse af ikke at blive behandlet med respekt og ligeværdighed.

Mette har behov for at tale om sin situation, men hun erfarer, at hendes familie og venner føler afmagt overfor hendes situation, hvilket hindrer hende i at tale herom. Mette erfarer, at hun skal indgå i en særlig interaktion med familie og venner, hvor hun skal passe på dem og beskytte dem mod hendes vanskeligheder. Det er en scenisk gengivelse af, at det er svært at opbygge og indgå i ligeværdige relationer. Mette erfarer de ovenfor beskrevne processer med kollegaer, ledere, familie og venner, men de bliver ikke bevidstgjort, da de ikke bliver sprogliggjort.

Mette taler om sin situation med Ann. Her er det Mettes liv og hendes historie, der er genstand for samtalerne. Det er en bestemt relation, som de har aftalt og som derved er blevet bevidstgjort.

Ann har ikke lagt en dagsorden for samtalerne, men tager udgangspunkt i Mettes behov og i hendes situation. Det medfører, at Mette oplever, at Ann møder hende som et subjekt med hendes livshistoriske erfaringer og ikke som et objekt eller en patient. Det er en scenisk gengivelse af at blive mødt med ligeværdighed og respekt, som Mette stræber efter. Mette og Ann får etableret en relation, hvor Mette erfarer en tilfredsstillelse i forhold til den ønskede scene. Det er en interaktionsform, der danner udgangspunkt for nye læreprocesser.

I interaktionen mellem Ann og Mette bliver der skabt en autentisk empati, som ikke er kognitiv, men som er sanseligt erfaret. Mette oplever, at Ann kan identificere sig med hendes lidelse, og at Ann genkender de affektive og kropslige reaktioner fra forskellige interaktionssituationer. Det er en erkendelse, der tager udgangspunkt i konkrete og sanselige omverdensrelationer, og som betegnes som en sanselig erkendelse.

De oplevelsesprocesser, der bringes i spil mellem Mette og Ann rummer en energi, som adskiller sig fra andre oplevelser. Det er den spaltede praksis, som rummer et overskud, som trænger sig på og som bliver reaktiveret i forbindelse med de sanseforankrede oplevelser sammen med Ann. Overskuddet udgør energien og drivkraften til de nye læreprocesser.

Sammen med Ann tager Mette rummet til sig og griber muligheden for at fortælle Ann, hvordan hun har oplevet forløbet. I dette rum erfarer Mette, at hun kan være hudløs ærlig og fortælle hvordan hun har oplevet forløbet. Met-

tes åbne og aktive holdning medvirker til og er potentialet til de nye læreprocesser.

I interaktionen mellem Ann og Mette bliver der skabt et specifikt erfaringsrum, som muliggør, at Ann kan fungere som beholder for Mettes komplicerede affekter og relationer. I de tilfælde medvirker processerne til at regulere Mettes affekter, så det bliver mere udholdeligt at tale om og handle på de vanskelige oplevelser. Mette finder det tilfredsstillende at tale med Ann om bl.a. overgange. For eksempel taler de om overgange fra indlæggelse til udskrivelse, fra at have været sygemeldt til at skulle arbejde igen etc. De taler om hverdagslivets krav og betingelser og om fremtiden, som er forbundet med usikkerhed og angst.

I det specifikke rum opstår der også mulighed for, at Ann opnår symbolværdi, da Ann repræsenterer en ydre håndgribelig realisering af Mettes ubevidste ønsker om et bedre liv. Sammen med Ann kan Mette afprøve sine fantasier og forestillinger i forhold til hendes aktuelle realitet, hvorved hverdagserfaringen med psykisk lidelse overskrides. De samfundsmæssige og institutionaliserede mønstre er socialiseret ind i den enkeltes livshistoriske erfaringer og forventningsstrukturer, men Mette erfarer, at hun sammen med Ann kan afsøge hverdagserfaringernes grænser og rammebetingelser. Dette skal ses i sammenhæng med, at det ubevidste og førbevidste rummer et kritisk og utopisk potentiale om et bedre liv.

Sammen med Ann, får Mette mulighed for at beherske de ulystfyldte situationer og hjælpes til at overvinde sin angst samtidig med, at afviste interaktionsformer kan blive symboliseret, så de bliver tilgængelige for sproget og bliver bevidstgjort. Mette får derved mulighed for at forholde sig til det fremmede som en del af sig selv. Mette taler direkte om en normaliseringsproces. Bearbejdningen åbner mulighed for, at Mette kan træffe valg og handle på dem i overensstemmelse med hendes forudsætninger og ønsker, som derved åbner op for myndiggørelsesprocesser.

Det er læreprocesser, der tager tid. Mette har svært ved at overskue tiden med at få det bedre. I den sammenhæng bliver Ann beholder for Mettes frustration i hendes stræben efter at få det bedre. Ann repræsenterer samtidig håbets tilstedeværelse og opnår symbolværdi på håbet, som mulighederne for nye fremtider. Mette og Anns relation afsluttes, når Mette ikke længere har brug for Ann som overgangsfigur.

## 19. Brugerstøtterne

I dette kapitel vil jeg analysere brugerstøtternes erfaringsdannelsesprocesser i forbindelse med udviklingen af og praktiseringen af brugerstøttepraksissen. Først vil jeg kaste et blik på brugerstøtternes oplevelser med læringsrummet. De første afsnit er skrevet i datid, da læreprocesserne i læringsrummet foregik for nogle år siden. Derefter følger flere afsnit, hvor brugerstøtterne reflekterer over deres praksis. Disse afsnit er skrevet i nutid, fordi det er brugerstøtternes aktuelle erfaringer med deres praksis. Først et tilbageblik.

### En gruppe af ligestillede – ligeværdige dialoger

Allerede den første dag i læringsrummet blev der skabt et særligt rum. Jeg havde forestillet mig, at det ville tage tid førend deltagerne turde og havde tillid til at fortælle om deres erfaringer med psykisk lidelse. Min overraskelse var stor, da deltagerne allerede den på første dag fortalte om deres erfaringer:

Den første dag mødte alle deltagerne op til tiden og var synligt meget spændte. Vi fik kaffe og morgenmad og imens fortalte jeg lidt om mig selv og ideen med projektet. Dernæst præsenterede deltagerne sig for hinanden. Jeg spurgte om de ville fortælle lidt om sig selv og hvorfor de havde meldt sig til projektet. Jeg var fuldstændig måløs. For det første ville hver især stå op midt i lokalet, når de præsenterede sig. Men de ikke bare præsenterede sig selv. De fortalte deres livshistorie. De fortalte hvordan deres liv havde formet sig og hvad der var sket både før, under efter deres indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Livshistorierne indeholdt frygtelige traumatiske oplevelser fra deres barndom, ungdom og/eller i deres voksenliv. Deltagerne havde været udsat for så traumatiserende og belastende oplevelser, at jeg var måløs. Deres livsskæbner vidner på den ene side om sammenhæng mellem det sociale miljø, manglende omsorgsrelationer og manglende ressourcer fra nærmiljøet og på den anden side om flere traumatiske oplevelser, som opstod samtidigt eller på hinanden følgende begivenheder. Deres historier indeholdt også traumatiske oplevelser i kontakten med det psykiatriske system, enten i form af kontakten til selve systemet eller på grund af de efterfølgende konsekvenser med stigmatisering og marginalisering til følge (Egen note).

Deltagerne kendte ikke hinanden, men i erfaringsudvekslingen lyttede deltagerne til hinanden, hvor det blev tydeligt, at de genkendte sider af sig selv i hinandens historier. Erfaringsdannelse er subjektive processer, som er forankret i livshistorien, men er samtidig sociale og kulturelle erfaringer med interaktion. Det vil sige, at på trods af deltagerne forskellige sociale, politiske og kulturelle baggrunde, vakte de individuelle historier kollektiv genkendelse,

hvilket medførte, at den enkelte deltager fik en oplevelse af at være blandt ligestillede. Det medførte en særlig berørthed:

Ann: ...men også med at være i en dynamisk gruppe. Eller en gruppe af, af øh... ligestillede. Fordi jeg tænker, første gang at vi så hinanden alle sammen ik'? Hold da op en forsamling! Og folk de tudede og folk gjorde det ene og folk kiggede ned i jorden og ned i bordet, når de talte og var meget berørte af den her situation, når man.. man blev også berørt af hinandens historier (DIW2).

I erfaringsudvekslingen blev deltagerne meget berørte som udtryk for, at processen rørte ved komplicerede affektive og kropslige relationer. Der opstod en sansebaseret autentisk empati. Genkendelsen, det emotionelle engagement og oplevelsen af at deltage i en gruppe af ligestillede medførte, at deltagerne kunne og turde fortælle deres historier:

Ann: ... At der var et rum, hvor ting var legale at blive sagt højt. Der var ikke noget, der var pinligt. Der var ikke noget, der var ikke-legalt at sige, der var ikke noget, der var skamfuldt, der var ikke noget, der var værre end det side-manden så måske havde været ude for en anden historie (DIW2)

Ann fortæller, at der blev skabt et rum, hvor det blev muligt at italesætte deres historier, tabuer samt skamfulde og pinlige oplevelser. Det blev muligt og legalt at italesætte egne oplevelser og realiteter overfor hinanden, hvorved de kunne dele deres subjektive og kollektive erfaringer med psykisk lidelse. De erfarede, med andre ord, et rum for mere ligeværdige møder og ligeværdige dialoger, i interaktionen med hinanden. Det betød, at deltagerne erfarede, at de kunne indgå i et socialt samspil med andre på en anden måde, og at de indgik i en ny social sammenhæng.

Deltagernes individuelle og kollektive erfaringer med psykisk lidelse var erfaringer, som vi i fællesskab skulle arbejde videre med og udfordre i læringsrummet. Det vil jeg komme mere ind på i det næste afsnit.

## **Fællesskabsfølelse – kollektive erfaringer må udfordres**

Genkendelsen og oplevelsen af at være blandt ligestillede, medførte en dynamik i gruppen, hvor alle kommenterede på hinandens historier og fremhævede den enkeltes ressourcer. Oplevelsen med, at deres erfaringer blev betragtet som ressourcer medførte, at en af deltagerne udtrykte: *"det er første gang, at jeg har oplevet, at det er en ressource og ligefrem en kompetence at have været bindegal"* (note).



Mange af deltagerne udtalte: *"Vi er en stærk gruppe. Vi har rigtig mange erfaringer, som vi kan bruge til at hjælpe andre med"* (Felt note).

Ved at fortælle deres historier, italesatte deltagerne deres livshistoriske erfaringer med psykisk lidelse. Det var en italesættelse, som var forankret i hverdagssproget, hvilket karakteriserer den sanselige erkendelse eller de umiddelbare erfaringer, som er knyttet til betydningsdannelse. Men deres umiddelbare erfaringer var præget af nogle særlige måder at tale om og forstå deres psykiske lidelse på. Mia fortæller.

Mia: ..jeg følte ikke jeg ville ikke få noget ud af mit liv...fordi at jeg blev jeg blev sat i bås...du er blevet skizofren...du får ikke noget liv med børn og mand ...alle de her ting som ...den her lille pige drømte om...der fik jeg at vide ..jammen det liv får du aldrig...du skal blive på medicin...du er skizofren og sådan og sådan..(DIW1)

På den ene side blev det tydeligt, at deltagerne tænkte og handlede på en måde, der var præget af de herskende psykiatriske diskurser. De fleste præsenterede sig med navn og diagnose, og havde en opfattelse af, at deres sygdom var kronisk. På den anden side, var deres fortællinger også præget af de samfundsmæssige dominerede fortællinger om psykisk syge personer med stigmatisering og marginalisering til følge. At være blevet psykisk lidende var forbundet med bristede livsdrømme og et uværdigt liv.

De særlige måder at tale om sig selv på, er et udtryk for nogle sociale tydningsmodeller. Negt taler om sociale tydningsmodeller, som opstår, når man skal udtrykke sin mening og det er vanskeligt at udtrykke sine oplevelser, fordi de ikke er blevet rigtig bevidstgjort. Den talende udtrykker sig derfor i form af stereotyper og konnotationsrige billeder. Tydningsmodellerne repræsenterer kollektive erfaringer, som den enkelte let kan solidariseres sig med. Negt mener, at tydningsmodellerne skaber mulighed for individuel bekræftelse og bidrager til gruppesolidaritet, som kommer til udtryk i bevidstheden om den kollektive præstation og den fælles skæbne. Negt taler også om, at den psykosociale selvforståelse er grundet i gruppens kollektive erfaringer (Negt, 1975).

Tydningsmodellerne repræsenterede deltagerne deres erfaringer med et vanskeligt hverdagsliv med psykisk lidelse. Hverdagslivserfaringerne skal ses i relation til den enkeltes livshistoriske sammenhæng, men erfaringerne er, i Lorenzers forstand, samtidig kollektive i et historisk fællesskab. Med andre ord blev den

enkeltes selvforståelse samtidig grundet i gruppens kollektive erfaringer. Jeg anvender ikke begrebet solidaritet, som det oftest anvendes i fagpolitiske sammenhænge, men i betydningen, at erfaringsudvekslingen skabte et særligt fællesskab, hvor der opstod mulighed for individuel bekræftelse af ikke at være alene, og at der var nogle, som forstod hans/hendes situation.

Det væsentlige var og udfordringen i læreprocesserne blev, at vi skulle bryde med deltagernes særlige tydningsmodeller og særlige måder at tale om psykisk lidelse. Tydningsmodellerne og sproget skulle underkastes en kritisk tilgang, da deltagernes fortællinger repræsenterede og var bærere af institutionaliserede og marginaliserede betydninger, som var indskrevet i de enkeltes livshistoriske erfaringer, og som dermed var en del af den enkeltes forventningsstruktur. Inspireret af den eksemplariske læring var det vigtigt, at vi i fællesskab undersøgte de samfundsmæssige fremmedgørelsesmekanismer, som lå til grund for bevidstheden og som var bundet til sprogmonstrene. Når vi skulle udvikle en alternativ og supplerende praksis blev det vigtigt at udfordre og ombryde denne forventningsstruktur. Det var læreprocesser, der blev oplevet som smertelige. Det vil jeg uddybe i næste afsnit.

## **Det gjorde smadder ondt – psykisk krævende læreprocesser**

Læreprocesserne i læringsrummet blev oplevet på forskellige måder, men alle deltagere erfarede, at det var krævende læreprocesser. De fortæller:

Svend: det har skabt bevægelse med frafald, nogen har fået mere medicin i en periode og så videre, osv. ....for mig har det været en god oplevelse at fortælle om den side af mig, der har ført til indlæggelser....kan godt mærke at det har skabt bevægelse...men men kunne det have været anderledes,.. kan ikke se, at det er nogen katastrofe...at det har skabt bevægelse i nogen ting i os.....det (livet med psykisk lidelse) har fyldt så meget i vores alle sammens liv i gennem rigtig mange år... ikke undgå at der sker noget bevægelse

Mia: ..lære at arbejde med sig selv...at turde arbejde med sig selv..og se indad....det har været en meget hård proces..(DIW1)

Ann: ..man kan sige, dét forløb, vi var igennem sidste forår var jo benhårdt fordi man jo både et eller andet sted, var tvunget, presset ikke andet, ikke at man ikke kunne holde nogle ting tilbage, men det var ligesom nødvendigt for at kunne være i den her proces, at man ligesom måske åbnede op for nogle ting, som gjorde smadder ondt. Og det at sidde og høre på nogle forfærdelige historier, som har rystet en og sådan nogle ting, ik'? Men men det at kunne komme igennem det her forløb, som jeg også tror har været nødvendigt for alle, der skal ind i det her. Det er at man er nødt til at skal have fat i nogle

ting i sig selv for at gå ud og tale med de her mennesker, vi taler med, ik’?  
Øhm. For at give det, der skal gives

Mia: Det skal gøre ondt, før det kan gøre godt.

Ann: Ja, altså selve det her forløb har været hårdt at være igennem og det er ikke os alle sammen, der har klaret sig igennem. Men helt klart en vigtig forudsætning for at gå ud og kunne tage den her rolle, som vi tager (DIW2)

Deltagerne oplevede på forskellige måder, at læreprocesserne var krævende. Deltagernes erkendelsesprocesser hænger tæt sammen med deres kulturelle og livshistoriske forudsætninger. Alle deltagere havde forskellige livshistoriske forudsætninger og livsvilkår, da vi indgik samarbejdet, hvorfor der var store forskelle i måderne at deltage på og i oplevelserne af forløbet. Nogle af deltagerne valgte at stoppe i forløbet, nogle enkelte deltagere fastholdt det institutionaliserede syn på psykisk sygdom og nogle få mente ikke, at det var nødvendigt at inddrage deres erfaringer med psykisk lidelse. Ifølge Weber kan der være tale om et aktivt psykisk forsvar, som den psykiske proces, hvor en -nødvendig - del af realiteten fornægtes eller fortrænges, til fordel for omgangen med en anden lige så nødvendig realitet (Weber, 1995). Når nogle af deltagerne ikke ønskede at indgå i eller helt fravalgte læreprocesserne, kan det skyldes, at de foretrak omgangen med en anden realitet, som var lige så nødvendig. Erfaringsindholdet kan være fortrængt eller desymboliseret, hvorfor de fortrængte interaktionsformer ikke er tilgængelige for bevidstheden. Læreprocesserne med erfaringsdannelse er forankret i hver enkelt deltagers livshistorie, hvilket kræver, at læringen skal give mening og skabe betydning for vedkommende. At fravælge læreprocesser og skabe mening på andre måder, er også læreprocesser.

Læreprocesserne i læringsrummet blev oplevet som psykisk krævende, som følge af, at smertelige livshistoriske erfaringer skulle hentes frem. Erfaringsdannelse er ikke kun kognitive processer, som Olesen udtrykker det, men også emotionelle processer, der er relateret til personens livshistoriske erfaring (Salling Olesen, 1985). At genopleve belastende erfaringer og italesætte dem, er krævende psykiske processer. Det var dynamiske lærerprocesser, som greb dybt ind i deres subjektiveringsprocesser og dermed hele deres liv. Flere af deltagerne foretog på mange måder en livshistorisk rekonstruktion. Det var læreprocesser, der var forbundet med smerte, men det var også læreprocesser, der var forbundet med oplevelsen af at føle sig styrket. Det er en fortælling

om, at deltagerne oplever, at deres nye erfaringsdannelse er blevet en ressource i deres liv. Det vil jeg give et billede af i næste afsnit.

## **Vi har været hinandens peer-supportere – oplevelse af ressourcer**

I læringsrummet tog vi udgangspunkt i den enkelte deltagers konkrete erfaringer i forhold til specifikke kontekster og læreprocesserne var primært dialogbaserede. Den dialogbaserede form medvirkede til, at brugerstøtterne oplevede, at de brugte hinanden som peer-supportere (amerikanske udtryk for brugerstøtter):

Ann: ...Men vi har jo så været hinandens peer-supportere, i det første lange forløb, hvor vi ikke var ude og have de her patienter, ik'? Så et eller andet sted, så det vi sidder og gør over for patienterne, vores system eller mennesker vi taler med, er egentlig lidt det vi gjorde selv i starten overfor hinanden. At der var et rum, hvor ting var legale at blive sagt højt. Der var ikke noget, der var pinligt. Der var ikke noget, der var ikke-legalt at sige, der var ikke noget, der var skamfuldt, der var ikke noget, der var værre end det sidemanden så måske havde været ude for en anden historie (...)

Dorte: Det er rigtigt. Altså, det som vi oplever nu, det var jo sådan set det, vi selv har oplevet gennem vores træning. Uden at vi har været bevidste omkring det, ik'? (DIW2)

Ann fortæller, at der blev skabt et rum, hvor det var muligt at fortælle deres historier, tabuer samt skamfulde og pinlige oplevelser. Den dialogbaserede form medførte, at Mia og Ann oplevede og stadig oplever, at de brugte hinanden i forhold til deres egen udviklingsproces og i forhold til udviklingen af deres funktion som brugerstøtte. At være hinandens brugerstøtte kan være et udtryk for, at de ikke kun skulle udholde deres egen lidelsesfulde historie, men at de også, i det specifikke erfaringsrum, skulle fungere som overgangsobjekter for hinanden, så de blev beholder for hinandens komplicerede affekter og relationer f.eks. i forbindelse med de skamfulde og pinlige oplevelser. I de tilfælde er der tale om processer, som et betydningssystem af sanselig karakter, hvor der foregår en særlig sanseforankret erfaringsdannelse.

Når deltagerne bruger hinanden som overgangsobjekter for hinanden, skabes der mulighed for, at den enkelte deltagers smertelige oplevelser ikke forbliver som sanselige erfaringer, men kan blive symboliseret via de kreative dialoger og dermed gjort tilgængelig for bevidstheden. I forhold til Lorenzers teori,

bliver brugerstøtterne formidlere mellem den enkeltes ubevidste, sanselige interaktionsformer og den sproglige bevidsthed.

Disse processer førte til, at brugerstøtterne på forskellig måde oplever, at de udviklede sig og lærte sig selv bedre at kende:

Dorte: Jeg føler jeg har lært sådan en selvkontrol af mig selv. Altså, man har ligesom lært sine egne, hvad hedder det, styrker og svagheder. Hvor øh, hvor skal man arbejde mere end andre ting (...)

Ann: ...Jeg tænker de her undervisningsdage har jo også gjort noget ved os, i forhold til den her person, man udviklede. Det har været legalt at sige ting højt her også (...)

Mia: Øhm. Og det er da også først noget, jeg har lært at erkende ved mig selv efter vi har haft det uddannelsesforløb. For der var flere gange under uddannelsesforløbet, hvor jeg kontaktede dig og sagde ”Tror du virkelig jeg duer til det her?” Øh, der var mange gange, jeg havde lyst til at give op, fordi jeg troede ikke på mig selv. Jeg var 100 på, jeg ville aldrig sidde her i dag som jeg gør ik’? Øh så, **jeg** er blevet ekstremt stærk og blevet mere bevidst omkring mig selv og mine følelser. Og jeg er også blevet god til at sige fra. Og jeg har aldrig været så stærk, som jeg er nu. Og det er da **kun** fordi at det her, for jeg tror ikke jeg havde været så stærk, at kunne klare de historier, som jeg har hørt nu – hvis **ikke** jeg havde haft det (DIW2)

Brugerstøtterne taler om processer, hvor de på forskellige måder oplever, at deres selvværd er blevet øget, at de er blevet bevidste om deres styrker og svagheder, at de er blevet stærkere, samt at de er blevet bevidste om sig selv og egne følelser. Forløbet har fået de enkelte deltagere til at føle sig mere ressourcestærke og de erfarer, at deres nye erfaringsdannelse er blevet en ressource i deres liv. Det er samtidig en fortælling om, at deltagerne oplever sig selv i forhold til sundheds- og socialvæsenet, hvor det kan være svært at blive set og hørt som den person man er med sine livshistoriske erfaringer og ressourcer. Det er erfaringer, som også overføres på deres funktion som brugerstøtte. Det vil jeg uddybe i næste afsnit.

## Nerve til at snakke med patienterne – nye interaktioner

Tidligere viste jeg, at læreprocesserne i læringsrummet blev oplevet som psykisk krævende som følge af, at smertelige livshistoriske erfaringer skulle hentes frem. Det er samtidig psykisk krævende at lytte til andres historier. Allerede efter den anden dag i læringsrummet, kom flere af brugerstøtterne hen til mig og fortalte:

Vi har talt om, at der er meget svært at høre alle disse historier. Vi bliver så følelsesmæssigt berørt. Vi bliver kede af det og vi er bange for, at vi ikke kan klare det. Vi har brug for at lære, hvordan vi passer på os selv (feltnote)

Genkendelsen og det emotionelle engagement medførte, at den enkelte brugerstøtte identificerede sig med den andens oplevelser. De får med andre ord svært ved at adskille deres egne oplevelser og affektive reaktioner fra den andens. I den sammenhæng taler Ann om vigtigheden af, at fortælle sin historie:

Og dét synes jeg også har været en uvurderlig proces, at vi fik den tid til at sige hinandens historier højt og jeg tror også, at det at vi sagde hinandens historier – eller hver vores – højt. Og nogen gange har jeg været ved at kaste op af, at vi skulle fortælle om os selv og til sidst var det bare ”okay, det orker jeg ikke mere” – men det har stadig været en rigtig god proces at komme det her igennem, fordi når man først bliver så træt af, at høre om sig selv, så tror jeg også at det giver en noget nerve til at gå ud og snakke med de her patienter. Uden, forstås på den måde, **uden** at blive så følelsesmæssigt berørt af de historier, vi hører når vi kommer til de her peers (patienterne), at vi stadig kan overleve i at snakke med de her mennesker ik’? (DIW2)

Ann taler om, at man skal blive træt af at fortælle om sig selv for at kunne blive i stand til at lytte til patienternes historier. Symboliseringen gennem sproget medfører, som beskrevet i forrige afsnit, at den enkelte deltagers smertelige oplevelser kan blive gjort tilgængelige for bevidstheden. Sproget sætter den bestemte interaktion på begreb og gør verden tilgængelig samtidig med, at den enkelte frigøres fra den oprindelige sceniske sammenhæng. Når brugerstøtterne italesætter deres oplevelser, bliver ordet samtidig en verbal repræsentant for vedkommendes emotionelle rørelser, som Lorenzer kalder det, som medvirker til at regulere affekter. Den enkelte brugerstøtte erfarer, at når oplevelserne med interaktion bliver sprogliggjort, bliver de ikke så overvældet af egne smertelige oplevelser.

Når Ann siger, at læreprocesserne medførte, at de ikke blev så følelsesmæssigt berørt af historierne, at det har givet dem nerve til at gå ud at tale med patienter og overleve i snakken, kan det være en kliché for, at Ann oplever, at hun selv og de andre har fået bearbejdet nogle smertelige oplevelser. Det kan samtidig være et udtryk for, at sprogliggørelsen medvirker til, at brugerstøtterne lærer at adskille egne oplevelser fra andres intense oplevelser. Psykisk lidelse er interaktionsforstyrrelser, som viser sig ved forskellige forstyrrelser i relationen med andre. At kunne adskille sig selv fra den anden gør det muligt for den enkelte brugerstøtte at indgå i interaktion med andre på nye måder. Brugerstøtterne taler om, at forløbet har været en læreproces:

Mia: Og jeg har aldrig været så stærk, som jeg er nu. Og det er da **kun** fordi at det her, for jeg tror ikke jeg havde været så stærk, at kunne klare de historier, som jeg har hørt nu – hvis **ikke** jeg havde haft det (læringsrummet)(DIW2)

Ann: Jamen, jeg tror da noget af det som nok er gennemtrængende og kendetegnende for hele gruppen, det er jo at den her krise, sårbare krise, man har været igennem alle sammen pludselig er noget man kan lære af og øh... dele ud af. Og at den krise og den her periode, man har været igennem, er noget som andre øh... i lang, i stor udstrækning også kan få noget ud af.

Svend: ... Jeg tror, de mennesker som også har lyst til at arbejde med det her, også er nødt til at være afklarede med vores eget tidligere forløb, og øh... og på den måde ligesom også kan bruge vores eget forløb i forhold til de mennesker, vi skal ud og møde (...) Men det *er* også nødvendigt at man kommer igennem en eller anden form for uddannelse for at forstå nogle helt grundlæggende problemstillinger af mange forskellige slags (DIW1)

De erfarer, at deres nye erfaringsdannelse er blevet en ressource ikke kun i deres eget liv, men også i deres funktion som brugerstøtte. Deres bearbejdede livshistoriske erfaringer med psykisk lidelse overføres til arbejdet som brugerstøtte, og de erfarer, at det får relationen mellem dem og patienterne til at fungere. De danner sig erfaringer med, at de kan indgå i interaktioner med andre på nye måder, og at de kan bruge sig selv på nye måder.

Brugerstøtterne erfarer at håbet er essentielt. Det handler næste afsnit om.

## **Drømme og visioner giver håb – håb er utopiske forestillinger**

I læringsrummet opstod der, som tidligere nævnt, en genkendelse og et emotionelt engagement, som medførte, at brugerstøtterne fortalte om deres liv med psykiske vanskeligheder, men også om de glæder og succeser, som de havde oplevet undervejs i livet. Oplevelsen af, at nogle af deltagerne havde stillet sig nogle mål i livet, havde nogle drømme eller visioner for hvad de ville opnå, gav håb til andre. Dorte fortæller, at det er vigtigt at se, at man kan komme ovenpå igen, fordi det skaber håb:

Dorte: Altså, det som vi oplever nu, det var jo sådan set det, vi selv har oplevet gennem vores træning. Uden at vi har været bevidste omkring det, ik'? Det er jo de samme ting, der har gjort sig gældende der. Tillid, og der var nogen, der havde nogen drømme og visioner, og nogen havde nået det og sådan noget og det har jo givet håb til andre. Så tillid og håb det er jo nogle af de store ord indenfor det vi lave (DIW2)

Brugerstøtterne erfarer, at tillid og håb er væsentlige elementer i læreprocesserne. Håbet er en væsentlig drivkraft i læreprocesserne, fordi håbet er utopien, som skaber social forestilling og grobund for nye visioner. Brugerstøtterne giver udtryk for, at håbet er vigtigt og de erfarer, at de formidler håb om et bedre liv til patienterne via deres tilstedeværelse og via deres samtaler:

Svend: ...jeg vil vove den påstand, at masser af de mennesker, som vi besøger, de har de ressourcer, der gør at de kunne få et langt langt bedre liv. Men jeg tror aldrig de mennesker kan få det, hvis ikke de møder folk, der har brugerbaggrund. Fordi det er os, de føler sig trygge ved. Det er vores forløb, de kan identificere sig med og som personer, der giver de mennesker et lille håb om at få et bedre liv (...)

I forhold til Lorenzers teori socialiseres vi ind i bestemte interaktionsformer som skaber bestemte forudantagelser om vores fremtid. Den enkeltes forventningsstruktur fungerer på den måde som horisonten for betydningsdannelsen. Negt taler om, at denne forventningsstruktur kan blive udfordret eller ombrudt. I denne sammenhæng er håbet som utopien essentielt, fordi håbet overskrider de eksisterende forhold og arbejder med alternative fremtidsmuligheder. Det vil sige, at der skabes muligheder for nye forudantagelser. Håbet er drivkraften, som kan øge evnen til at forme egen fremtid og muligheden for at lære at opnå magt og kontrol over eget liv.

Det synes som om, at der opstår et samspil mellem brugerstøtternes subjektive erfaringsdannelse og sociale handlen, som et dialektisk samspil mellem deres erfaringsdannelse og praksissen med brugerstøtte. Det er en måde, hvor håbet kan få symbolværdi som udgangspunkt for symboldannelsen og dermed til dannelsen af nye interaktionsformer.

Jeg vil komme mere ind på dannelsen af nye interaktionsformer og det emancipatoriske potentiale, men først vil jeg kaste et blik på de erfaringer og modsigelser, som brugerstøtterne erfarer i mødet med patienterne.

## **Hvordan kan du få fat i personalet – interaktionsproblemer**

Det første møde mellem brugerstøtterne og patienterne foregår på de psykiatriske afdelinger. Her erfarer brugerstøtterne, at de skal hjælpe patienterne med at interagere med det professionelle personale. Brugerstøtterne erfarer, at patienterne kan have svært ved at tage kontakt til personalet, når de har behov for det:



Ann: Men jeg tror da også, det er i hvert fald noget af jeg, hvor jeg har brugt meget energi med nogen af dem jeg har haft. Det er ligesom at gå ind og tale med dem om den her kommunikation med personalet på afdelingerne. At i stedet for at prøve at vende synet på dem her som jeg snakker med, når de er meget negative og det er meget sort og de ikke føler de ligesom får opmærksomhed eller hjælp eller sådan noget. Ja, men så gå ind og hjælp dem med at sige ”ja men hvordan kan du ligesom få fat i det her personale?” Hvad er det du kan prøve at spørge om?”, som jeg også tror har haft en stor værdi ik’?

Dorte: Jamen, jeg kan også godt se, at når man så spørger ind til hvad det er... så har de rent faktisk ikke spurgt dem (personalet) ad...(...) At det er sådan det er. Det hvor man så, der prøver jeg sådan også at gå ind og sige, hvordan kunne man spørge dem, eller vi kunne gå derhen sammen, hvis der er nogle ting, de synes er svære at spørge dem om (...)

Mia: ...eller de skal have lægesamtalen. Jamen, hvad er det, de kan spørge om, hvordan er der noget, jeg kan hjælpe dig med i forhold til det her? Er der noget, der er svært?

Dorte: Ja, det er nemlig, det er at det er at man (patienterne) har sådan et forhåndsindtryk af hvad svaret er, i stedet for at give dem den chance og sige, altså, hvad er det værste man kan få ud af det? Det er et nej. Så hvorfor ikke prøve at spørge, for det kunne jo blive et ja (DIW2)

Brugerstøtterne oplever, at patienterne ikke opsøger personalet for at få hjælp i forhold til deres problemer. De oplever, at der er interaktionsproblemer mellem patienterne og personalet. I den situation erfarer brugerstøtterne, at det er deres opgave at tage ansvaret for formidlingen mellem personalet og patienterne. Brugerstøtterne erfarer, at de skal lytte til patienternes bekymringer og hjælpe dem med at få sprogliggjort bekymringerne, så patienterne kan få drøftet problemerne med personalet. Brugerstøtterne danner sig erfaring med, at deres funktion er at være formidlingspunkt mellem patienternes bekymringer og personalets faglige kompetencer.

Sprogliggørelsen af bekymringerne og brugerstøtternes hjælp med at få kontakt til personalet er en måde at støtte patienternes myndiggørelsesprocesser, men hvis interaktionsformerne mellem patient og personale er styret af særlige forventningsmønstre hos personalet, bliver myndiggørelsesprocesserne fordrejet til tilpasning til den dominante psykiatriske praksis.

Det er f.eks. interessant, når Ann udtaler: *”ja men hvordan kan du ligesom få fat i det her personale?”* Hvad er det du kan prøve at spørge om? Patienterne er indlagt og alligevel skal de have hjælp til at få fat i personalet og have hjælp til at få for-

muleret nogle spørgsmål. Brugerstøtterne har tidligere erfaringer med indlæggelse og kontakt med personalet, som de kan bringe i anvendelse i deres funktion. Brugerstøtterne er med andre ord ikke optaget af at overtage kontakten med patienterne eller at mindske kontakten mellem patienterne og sundhedspersonalet, men er optaget af at hjælpe patienterne med at få kontakt til personalet.

Det er samtidig en fortælling om et sundhedssystem, hvor det tyder på, at der eksisterer særlige måder at interagere på mellem patient og personale på de psykiatriske afdelinger som patienterne skal have hjælp til, eller som de skal lære at beherske.

Flere af patienterne havde heller ikke kontakt til sundheds- eller socialvæsenet efter udskrivelsen. I den sammenhæng erfarer brugerstøtterne også, at de skal formidle kontakt mellem patienterne og andre instanser:

Dorte: Ja, fordi der er nogle ting, som man ikke får, har ressourcerne til lige når man kommer ud. Nogle ting som man har brug for i vores sociale system, og da, der kan vi også være med til at guide dem ind de forskellige steder. Hvor skal man søge henne? (...) man kan i hvert fald hjælpe dem til at sige ”her i kommunen, du skal snakke med dem”, at der er nogen, der ...

Brugerstøtterne erfarer, at deres opgave er, at hjælpe patienterne med at tage kontakt og bevare kontakten til personalet på de psykiatriske afdelinger og/eller til andre instanser i sundheds- og socialvæsenet. Brugerstøtterne advokerer for, at patienterne skal bruge systemet, fordi de har erfaret, at der er nogle ting, som man har brug for, når man endnu ikke har tilstrækkelige ressourcer. Brugerstøtterne hjælper den enkelte patient til at få styr på sin situation og til at stille krav til systemet og medvirker samtidig til at skabe sammenhæng i sundheds- og socialvæsenet.

Brugerstøtterne føler sig nødvendige i forhold til patienternes bedringsprocesser. Det vil jeg uddybe i de følgende næste afsnit, men først vil jeg komme ind på brugerstøtternes oplevelse af, at patienterne har stor tillid til og tryghed til dem, som brugerstøtter.

## **En ressourceorienteret tilgang**

Brugerstøtterne oplever, at patienterne siger ting til dem, som de ikke fortæller til personalet

Svend: Ja, og det gør at folk (patienterne) tør og og og at slippe den der angst for at skulle sige noget forkert, ik'? Som som de fandme er så belastede af, når de snakker med det daglige personale. De er så bange for at sige noget, som... ja, jeg ved ikke hvad de er bange for, men de er bange for, de føler hele tiden de er nødt til at have en lille smule kontrol på sig selv. Og de..

Dorte: De føler sig til besvær, det har jeg hørt flere sige. At de har ikke lyst til at sige tingene fordi de føler sig til besvær.

Mia: Ja, der er ikke tid til dem.

Dorte: Ja, altså, og øh så..så er det ligesom om at, de (personalet) forstår ikke det jeg (patienten) vil sige alligevel. Altså det er ligesom de er opgivende, har jeg oplevet..(..)..at de ligesom har opgivet at beskrive hvad det er, deres ressourcer og hvad de magter og hvad de ikke magter. Fordi det bliver der ikke kigget på alligevel

Svend: ..det er præcis øh øh... problemstilling du beskriver der, han også gav. For ham er det jo... han tør at fortælle sin historie til Dorte og mig, ik', men han kan ikke gøre det overfor et personale. Han har en følelse af at de ikke forstår en pind af det her

Mia: Og samtidig med hvad du også siger, så har jeg også oplevet mange, der har sagt til mig "Det er så rart at snakke med dig, for jeg **ved** det ikke kommer ned i min journal. Jeg **ved** at psykiateren eller lægen, hvad de nu hedder, de sidder **ikke** og dømmer mig på papiret og siger "Nu skal du have mere medicin" Det synes jeg, at jeg har hørt fra mange (DIW2)

Brugerstøtterne diskuterer grundene til, at patienterne ikke taler med personalet, når de har behov herfor. Brugerstøtterne fremstiller til tider personalet som nogle personer patienterne har svært ved at betro sig til, og som ikke er opmærksomme på patienternes ressourcer og behov. Det kan forstås, som et udtryk for et personale-fjendsk billede, som kan hænge sammen med nogle af deres egne interaktionserfaringer med det psykiatriske personale. Brugerstøtterne lægger deres empati hos patienterne, da de kender reaktionerne ved at blive indlagt og blive gjort til en psykiatrisk patient. Det er samtidig mange af disse erfaringer, der bærer deres motivation, deres stræben efter og ønske om at få funktionen som brugerstøtte. Deres kritiske opfattelse af interaktionsformerne mellem patienterne og det professionelle personale rummer elementer af forsvar, men indfanger formentlig også områder af kritisabel praksis.

Brugerstøtterne fortæller, at de har en anden tilgang til patienterne end personalet:

Ann: Men i forhold til ressourcesyn i forhold til behandlingssystemet, så handler det jo rigtig meget om, at behandlingssystemet mere går ind og kigger på den her begrænsning. De går mere ind i det her fejl/mangel-måde at kigge på en patient på. Hvor jeg tænker, det som jeg i hvert fald gør og det som vi gør tror jeg, det er at vi får fat i ressourcerne i stedet for. I stedet for at sidde over for en patient og sige ”jamen jeg kan heller ikke det her, jeg kan heller ikke det” – jamen, hvordan kan vi så skitsere alt det hun rent faktisk kan, i stedet for? (...)

Svend: ...jeg vil vove den påstand, at masser af de mennesker, som vi besøger, de har de ressourcer, der gør at de kunne få et langt langt bedre liv. Men jeg tror aldrig de mennesker kan få det, hvis ikke de møder folk, der har brugerbaggrund. Fordi det er os, de føler sig trygge ved. Det er vores forløb, de kan identificere sig med og som personer, der giver de mennesker et lille håb om at få et bedre liv (...)

Dorrit: Jamen altså nu, for eksempel Karen, som jeg er begyndt at snakke med igen, personalet kan se hvordan hun er blomstret op fordi de to-tre gange jeg har været hos hende, hvor meget det betyder (...)... på en eller anden måde, går vi ind og snakker om de der ressourcer de har, at vi, jamen jeg vil gerne tage en tur med hende ned i byen og købe noget garn, så hun kan sidde og strikke. Fordi det er en måde, hun slapper af på (DIW2)

Brugerstøtterne oplever, at behandlingssystemet har et mangelfokus, hvor brugerstøtter udtaler, at de tager udgangspunkt i patienternes ressourcer. De fortæller, at de har en tro på, at patienterne har ressourcerne til et bedre liv. Brugerstøtterne oplever, at de har en ressourceorienteret tilgang. Brugerstøtternes oplevelser er samtidig en fortælling om et sundhedsvæsen, hvor det kan være svært at få øje på og arbejde med den enkeltes livshistoriske erfaringer og dertil hørende ressourcer.

## Dynamiske relationer

Brugerstøtterne oplever, at patienterne siger ting til dem, som de ikke fortæller til andre:

Svend: Jeg tror, at det betyder øh... rigtig.. i øjeblikket tror jeg det betyder **alt**, han har, han har... han får besøg af os. Øh. Alt det han har tumlet med i mange år og som øh, som øh, han ikke har kunnet snakke med nogen mennesker om, han øh (...) man kan mærke på ham, man kan se det på ham, og...det er en kolossal lettelse for ham og og... og snakke med os (IWSE).

Brugerstøtterne oplever, at patienterne fortæller deres komplekse livshistoriske problematikker til dem. I interaktionen mellem patient og brugerstøtte

repræsenterer brugerstøtterne en ydre, håndgribelig realisering af ubevidste ønsker og håb om at få et bedre liv, som skaber tilfredsstillelse hos patienterne. Patienternes tilfredshed influerer på brugerstøtternes oplevelse af tilfredshed med deres arbejde. Brugerstøtterne oplever, at de er betydningsfulde i forhold til, at patienterne får sprogliggjort nogle oplevelser og erfaringer, som de ikke mener, at patienterne ellers ville have haft mulighed for.

Der opstår med andre ord nogle dynamiske relationer med overføring og modoverføring af hver enkelt deltagers indrepsykiske processer. Det er overførings- og modoverføringsprocesser, der gør, at brugerstøtterne føler sig betydningsfulde for patienternes erfaringsdannelsesprocesser. Det er processer, der skaber erfaringer med et meningsfuldt arbejde, som de fra starten af projektet stræbte efter, men det skaber også frygt. Det vil jeg komme mere ind på i næste afsnit.

## Vi, de betroede – ansvar og frygt for forkastelse

Brugerstøtterne oplever, at patienterne betror dem mange ting. Eva og Ann fortæller:

Eva: Så da hun (patienten) siger det her med ”Jamen, jeg er faktisk bekymret for det her og jeg skal udskrives”, da har hun egentlig ikke betroet sig til personalet, så vi er faktisk de der, **de der betroede** i det her...

Ann: Jo. Der var også nogle ting, også fordi jeg sådan... et eller andet sted, altså nu talte vi også en time, der sidst, da vi var sammen, om den her næsten blinde tillid, og der tænkte jeg sådan ”jamen, den der tillid, den er jo enormt stor” osv. osv., men den er sgu også lidt... øh... jeg tænker også at den er lidt skræmmende og lidt farlig et eller andet sted, fordi hvordan... altså, hvordan tager **vi** ordentlig vare på den her tillid, ik? Og hvor meget tillid... i forhold til øh.. hvis hun sætter sin lid til at fordi hun har os, så er udskrivelsen ikke farlig.

Eva: Men man kan sige, det er jo flot nok – eller ”flot nok”, men man kan sige... nu kan man jo igen gang på gang på gang... få følelsen af at de her mennesker, som vi sidder over for, efter to samtaler, eller efter én samtale, begynder vi at få nogle ting at vide, som nogle af de andre mennesker ikke får noget at vide om. De øh... er inden for meget meget kort tid, har de fået opbygget den her tillid i forhold til os. Hvor de føler ”jamen, det her er et rum, hvor jeg godt kan tillade mig at sidde og komme med de her...” og det er jo også enormt tankevækkende. Men det betyder jo så også igen at der lægges et stort ansvar over på os (uforståeligt). Måske et større ansvar i forhold til de her samtaler end man måske umiddelbart har troet, eller ville have været muligt (IWEA)

Eva og Ann fortæller, at de er patienternes betroede, men at denne tillid kan opleves som vanskelig, fordi de oplever, at der samtidig bliver lagt et stort ansvar over på dem. Patienternes forventninger og det store ansvar der følger med medfører, at brugerstøtterne bliver usikre på, om de kan leve op til patienternes forventninger. Brugerstøtterne oplever, at de skal præstere noget særligt, som øger forventningspresset. Det skaber en trussel om at blive forkastet, fravalgt eller blive overflødig, hvis de ikke formår at leve op hertil. Brugerstøtterne har mange livshistoriske erfaringer med at blive fravalgt, så deres fortælling er samtidig en scenisk gengivelse af angsten for at blive forkastet.

Det er interessant, når brugerstøtterne italesætter sig selv som nødvendige og uundværlige sammenholdt med at de oplever, at patienterne lægger et stort ansvar over på dem, så de føler, at de skal præstere noget særligt. Det er interessant, fordi det samtidig er en fortælling om, at her er nogle mennesker, som tager deres opgave på sig på et alment altruistisk grundlag, og at patienterne indgår i en anden interaktion med brugerstøtterne end med personalet.

Brugerstøtterne erfarer, at deres arbejde er meningsfyldt, men de erfarer også, at det ikke er alle, de kan hjælpe. Det vil jeg komme ind på i næste afsnit.

## **Vi kan ikke gå ind og tage ansvar – erfaringer er ikke identiske**

I det sidste afsnit oplevede brugerstøtterne, at nogle af patienterne lagde et stort ansvar på dem. I dette afsnit vil jeg vise, at brugerstøtterne også gerne vil tage ansvaret for patienternes bedring. Brugerstøtterne vil gerne hjælpe og gøre en forskel for andre:

Ann: Jeg har det i hvert fald sådan, at jeg har meget stor brug for som person og som menneske, jeg vil gerne gøre en forskel. Jeg vil simpelthen gøre en forskel i forhold til det her menneske. Og når det så ikke sker, så går jeg ind og laver en selvbekræftelse på at...

Hvis brugerstøtterne ikke oplever, at de formår at yde en forskel, så patienterne får det bedre, er der en tendens til, at den enkelte brugerstøtte påtager sig ansvaret for den manglende dynamik i interaktionen. Brugerstøtterne stræber efter at hjælpe patienterne og når det ikke lykkes, opstår der frustration over de indgåede interaktioner:

Ann:...men efter vi har været i USA, har jeg fået den her følelse af ”jamen det er faktisk rigtigt. ”Det er faktisk rigtigt det de siger derover er at **vi kan ikke** henvende os til alle. Der er begrænsninger også inden for det her, ik’? (...) hvis ikke folk selv vil gå ind og tage ansvar, hvis folk ikke selv begynder at tage et valg, så kan vi ikke gå ind og tage ansvar og gøre det for jer”. Fordi det her valg... og ansvar, det er simpelthen nødt til at komme fra dem selv...(...) Der er nogen mennesker som **ikke** enten magter eller rummer...

Svend ... eller tør.

Ann: Eller tør gå ind og tage det her ansvar og hvis du kan følge mig. Og det er så fuldstændig ligegyldigt om man har angst, depression eller what the fuck man har, der vil bare være nogen mennesker som ikke er i stand til at tage det her ansvar, og der er det jeg siger: der kan vi have svært ved det (D2)

Brugerstøtterne oplever, at det ikke er alle patienter, der er i en situation, hvor de formår at indgå i interaktioner, hvor de kan danne nye erfaringer. Brugerstøtterne får derved ikke den funktion, som de stræber efter, hvor de kan gøre en forskel for den anden. Det er en interaktionsform, der opleves som meget svær og som meget vel kan være forbundet med en scenisk oplevelse af afmagt og magtesløshed. På den anden side danner brugerstøtterne nye erfaringer med interaktion, som handler om, at de ikke kan hjælpe den anden ved at tage ansvar for den anden, og handle på den andens vegne. Ann og Eva fortæller om deres måder at interagere med patienterne:

Eva: udfordringen for mig ligger i ...hele tiden at være bevidst om at fordi....det hele kommer så tæt på...at passe på med ikke at tro.. at en der har lignende erfaringer ...at fordi at det har fungeret for mig og eller mine følelser...er ligesom den der sidder overfor ...altså at kunne sætte sig selv til side...altså det er ikke sikkert at en der har oplevet noget lignende, har det på samme måde eller brug for det samme...(IWAE)

Ann: Øh...Okay. Hvor jeg havde den her følelse af, at der er simpelthen ikke noget at komme efter. Men der kan man sige, jeg bragte, jeg bragte min egen intension ind i det her. Jeg bragte min intention (...) hvor jeg har sagt ”jeg tror, for dig, ville være det bla bla bla”. Det ikke min opgave, at gå ud og sige til folk hvad jeg synes. Fordi hvad jeg synes og hvad jeg tolker, det kan jeg i princippet bare holde for mig selv, ik’? Det er mere, hvad er det for en intension, jeg bringer med ind i den her relation med de her mennesker, som jeg snakker med (...) Hvad er det for nogle ønsker **hun** har, ja. Hvornår er det hun har et godt liv og hvornår er det **hun** føler, at nu er hun ok og sådan nogle ting (...) ”**hold da op!** Hvor skal man passe på ikke at være fordømmende i starten ik’?” (...) og man kan så sige ”ja men hvad er egentlig målet? Det er jo ikke dit (eget) mål.” (...) (DIW2)

Brugerstøtterne erfarer, at deres stræben efter at hjælpe andre, har medført, at de til tider har tvunget en bestemt overenskomst igennem, hvorfor der ikke opstår en gensidig forståelse mellem dem og patienterne. Det er en situation, der kan lade sig gøre, pga. patientens afmagt og afhængighed af hjælp fra andre. De erfarer, at deres relation med andre må være en forhandling, som et samspil mellem den anden og sig selv. Det er et udtryk for, at brugerstøtterne og patienterne må blive enige om indstillingen til og intensjonen med det konkrete samarbejde, som bliver etableret. Interaktionsformerne bliver dermed et resultat af indøvelsen af en relation eller en kommen-overens relation.

Brugerstøtterne danner sig nye erfaringer med interaktionsformer, hvor de erfarer, at selvom de og patienterne har lignende erfaringer, som begge parter kan relatere sig til og som vækker genkendelse, så er erfaringerne ikke identiske. I relationen får den enkelte brugerstøtte erfaringer med at genkende ”mig”, men som alligevel er forskellig fra ”mig”. De erfarer, at de ikke kan overføre deres egne erfaringer til den anden, men at de skal tage udgangspunkt i den enkelte patients oplevelser og erfaringer. De erfarer dermed, at det ikke er deres eget perspektiv og intensjoner, der skal styre samtalerne, men den enkelte patients ønsker, behov og dét den enkelte stræber efter at få tilfredsstillet. Brugerstøtterne danner erfaring med, at erfaringsdannelse er subjektive processer, som er forankret i hver enkelt persons livshistorie, men som samtidig er sociale og kulturelle erfaringer med interaktion.

I de følgende afsnit vil jeg komme mere ind på det emancipatoriske potentiale i brugerstøttepraksissen.

## **Det handler om mennesker ikke diagnoser – nye perspektiver**

Læreprocesser som erfaringsdannelse, handler ikke kun om at bearbejde de specifikke sanseoplevelser. For at gøre erfaringerne med de specifikke interaktionsformer bevidste, skal de sprogliggøres. Det vil jeg se nærmere på i dette afsnit.

Når brugerstøtterne sætter ord på deres erfaringer med psykisk lidelse, bliver det muligt at diskutere og reflektere over deres erfaringer. Brugerstøtterne diskuterer diagnosernes betydning og sygdommens prognose:

Ann: Det handler jo så også lidt om, at diagnoser laver flere begrænsninger, ik'? Både fra behandlingssystemet... og man kan sige, at diagnoserne kan



man bruge til måske at få en for forståelse for ting, men men det kan sandelig også være med til at gøre, at man kommer og bliver systematiseret og der bliver sat begrænsninger.

Svend: Det er den oplevelse, jeg har hele tiden.

Ann: (...) Og når begrænsningerne bliver sat, så fjerner man også ansvaret. Man fjerner ansvaret og den integritet, ethvert menneskes autonomi ethvert menneske har i sig. At man ikke bliver taget alvorligt – fordi det er diagnosen, der ligesom danner præcedens for hvordan det her menneske skal betragtes, i stedet for også (uforståeligt) at vi er fløjtende ligeglade med diagnoser. Det her, det handler om mennesket, det handler ikke om diagnoser. Overhovedet

Dorte: Jeg ser det der med at man får en diagnose, for mig selv var det en hjælp – en støtte, for at fastholde mig et eller andet sted fordi man er så diffus over, jamen.. hvad er der galt? Hvorfor er jeg så underligt? Hvorfor er jeg ked af det hele tiden? Og sådan noget. Det var lige det der har hjulpet mig til at komme videre, men da også provokeret mig på en måde. . På den måde at jeg ville ikke bare stemples som at være kronisk depressiv, fordi nu føler jeg mig på den anden side

Svend: Til gengæld så synes jeg, når vi snakker om det at få det bedre, så synes jeg ikke det nødvendigvis har noget med diagnoser at gøre. Jeg synes alle mennesker er i stand til at få det væsentlig bedre ik'? (...)

Dorte: Man kan jo se med sig selv ik', for mig, jeg er kronisk depressiv, jeg synes jeg er glad hver dag – det hænger jo ikke helt sammen. Ellers er det fordi jeg er paranoid og ikke selv kan indrømme at jeg er ked af det, men...

Citaterne er eksempler på, at brugerstøtterne diskuterer og reflekterer over, hvad de kan bruge diagnoserne til. Sproget muliggør refleksive forståelsesprocesser, som giver mulighed for, at brugerstøtterne og patienterne kan diskutere med hinanden om de alment gældende handlingsnormer De erfarer, at den psykiatriske diskurs begrænser deres perspektiver, fjerner den enkeltes integritet og autonomi. I refleksionsprocessen danner brugerstøtterne sig erfaringer med, at den diagnostiske vurdering og dømmekraft underordner det særlige subjekt i et diagnostisk alment begreb, og de reflekterer sig frem til en opfattelse af sig selv, hinanden og patienterne, som ikke kan underordnes et diagnostisk alment begreb. De erfarer, at de som personer bliver betragtet gennem diagnoser i behandlingssystemet, og at de ikke bliver betragtet som personer med hver deres livshistoriske erfaringer.

Endvidere diskuterer og reflekterer de over, at diagnoser ikke har et bestemt forløb eller en bestemt prognose. Dorte er et eksempel på, at hun har fået et

godt hverdagsliv igen, og at hun ikke mener, at hun er syg længere. Dorte kender psykiatriens diskurs og kommenterer på ironisk måde, at når man ikke kan erkende, at man er syg eller har sygdomsindsigt, så er man paranoid. Dorte ironiserer over den traditionelle psykiatris måde at betragte psykiatriske sygdomme, sygdommenes prognoser og patienternes manglende sygdomsindsigt.

Symboliseringen gennem sproget sætter den bestemte interaktion på begreb og gør dermed verden tilgængelig samtidig med, at den enkelte frigøres fra den oprindelige sceniske sammenhæng. Det er refleksionsprocesser, som er et udtryk for, at der er sket en udvikling i hver enkelt brugerstøttes måder at forstå psykiske lidelse og hverdagsliv på. I forhold til Negt's teori om sociologisk fantasi, formår brugerstøtterne at skifte perspektiv, hvor komplekse informationer reduceres og videnskabelige sagsforhold oversættes til et anskuelige sprog- og tankeformer. Dette forhold er væsentlig for den kritiske erkendelse, fordi læringen herved får mulighed for at række ud over de herskende normer og realitetsprincipper. Det er samtidig en kulturel orientering, der sigter mod at gøre den enkelte mere myndig fra undertrykkende forhold.

Brugerstøtterne reflekterer for eksempel også over, hvilken betydning deres forståelse af diagnoser, får for mødet med patienterne:

Svend: Det jeg mener med at, at i vores funktion hvorfor jeg har, hvorfor jeg har helt droppet overhovedet at spekulere i det her med diagnoser, det er... jeg ville blive fastlåst i nogle forestillinger og nogle tanker, som ville ødelægge de her samtaler jeg skulle have med de her mennesker (DIW2)

Brugerstøtterne erfarer, at deres praksis ikke fungerer, hvis den er diagnoseorienteret eller bundet op herpå. Brugerstøtterne erfarer en frihed, når de ikke skal tage afsæt i og arbejde med de psykiatriske diagnoser, som gør, at de kan tænke og tale mere frit. De ønsker at indtage en platform, hvor de tager udgangspunkt i det enkelte menneske. Sproget gør det muligt at opnå en analytisk refleksion over deres praksis, hvor de når frem til en subjektiv og kollektiv erkendelse af, at det er det enkelte menneske set i et hverdagslivsperspektiv og ikke diagnosen, som skal være den fremherskende interaktion i brugerstøttepraksissen. Brugerstøtterne reflekterer også over psykisk lidelse set i forhold til normalitetsbegrebet. Det vil jeg berøre i næste afsnit.

## Bare skør-normal – nye betydningsdannelser

Brugerstøtterne har erfaringer med, at psykisk lidelse almindeligvis betragtes som afvigelser fra det normale, som noget unormalt. De har erfaringer med, at personer med psykisk lidelse opfattes som afvigere fra de herskende normer i samfundet. Det er et perspektiv, som de også møder hos patienterne og et perspektiv, som de diskuterer med hinanden:

Mia: så sagde jeg til hende ”undskyld, men hvad er normal?” ”Jamen, normal det er at have en normal uddannelse og sidde i en bank eller sidde i Netto eller have et godt arbejde og være fuldstændig normal”. Så siger jeg til hende ”for fanden” siger jeg så, ”du kan jo ikke se på din bankrådgiver, eller på hende nede i Netto, eller på tankpasseren nede på tanken om de har en depressiv lidelse, om de hver aften tager sig en depressiv pille inden de går i seng for at kunne klare den næste dag. Der er så mange mennesker, der er depressive. Så du definerer faktisk, at så er de heller ikke normale.” Og hvor hun bare sådan ”Gud ja, det kunne hun da godt se”. Så siger jeg til hende ”jeg bliver faktisk lidt provokeret af at du bruger ordet ”normal” for jeg gider sgu da ikke være normal.” Og lige så stille og roligt så begyndte hun sådan at smile, og så får hun glimtet i øjet. ”Gud nej” og så beskrev jeg sådan min form for at være skør, ik’, og jeg ville da hellere være skør end at være normal. Og lige pludselig så sad tøsen og grinte.

Ann: Så nu vil du være normal for at være skør ik’? Det er normalt at være skør for dig, ik’?

Mia: Ja...

Ann: Ikke normal, bare skør-normal.

Mia: Nej, jeg kan ikke lide ordet normal, det er derfor,...

Dorte: Men jeg sidder nok ikke så lang tid som dig ik’ og venter på som du lige beskrev der, jeg hører. Hvor jeg siger ”jamen, hvad er normal for dig?”. For det er også det der med at man skal have en bil og man skal have arbejde og alle de der ting. Hvor jeg siger ”jamen, jeg har også haft alle de ting der”, men det var jeg ikke lykkelig i. Jeg er faktisk mere lykkelig nu hvor jeg er unormal. Og et eller andet sted herinde, hvor fedt er det at hele verden skulle være ens? Hvor fedt er det, at når man kigger på naboen så ligner det dig? Det er sgu da fedt at være lidt anderledes, altså, have nogle ting som andre ikke har... altså det vil da være dødkedeligt! Ja, det kan de så godt se (DIW2)

Når brugerstøtterne diskuterer og reflekterer over, hvad der er normalt og hvad der er skørt, tager de afsæt i hverdagserfaringerne og forvandler de uoverskuelige og komplekse forhold med psykisk lidelse til forhold, der er lettere at overskue og opfatte. Denne kompleksitetsreducerende proces åbner

for særlige autonome betydningsdannelser som f.eks. skør-normal og åbner op for en diskussion og kritik af normalitetsbegrebet.

I forhold til Lorenzers teori, er betydningen af ordet knyttet til meningen med interaktionen. Sprogliggørelsen sætter derved den bestemte interaktion på begreb og gør verden tilgængelig. At være unormal transformeres til en mere lykkelig tilstand, som en modstilling til normalitetsbegrebet, hvor der er plads til forskellighed og anderledeshed.

Det er dialektiske processer, hvor der ikke er tale om en generaliserende måde at forstå på, men hvor der åbnes op for forskellige måder at danne betydning på i forhold til den enkeltes livshistoriske erfaringer. Diskussionen rummer samtidig en kritik af den samfundsmæssige socialiseringsproces, hvor arbejde og materielle værdier er efterstræbelsesværdige goder. Brugerstøtterne har erfaringer med, at disse værdier ikke nødvendigvis gjorde dem lykkelige. Det vil jeg belyse yderligere, men først vil jeg komme ind på deres forståelse af psykisk lidelse.

## **En erfaring omkring livet – lidelse som erfaringsdannelseprocesser**

Brugerstøtterne danner erfaringer med, at lidelsen er en del af deres hverdagsliv, og de relaterer deres erfaringsdannelse med psykisk lidelse, som en del af hverdagslivets udfordringer:

Dorte: Der prøver jeg også at fastholde med at, øh, at du bliver aldrig som du var før. Du har fået nogle oplevelser med i livet.

Ann: En erfaring, ik'?

Dorte: En erfaring ja, omkring livet, som du simpelthen ikke – hvis du ikke havde gjort de ting – den havde du ikke fået, hvis du var gået ud af en anden vej, så havde du fået nogle andre oplevelser. Du kan sammenligne det med: tager du på ferie, så får du nogle oplevelser. Var du blevet hjemme, jamen så havde du fået nogle andre oplevelser. Sådan vil det være hele vejen igennem livet og nogle gange så kommer man for langt ud på nogle sidespor, som ender dødt. Og måske ikke når, kommer lige ud i det løse kviksand der inden du får trukket dig tilbage, hvor det så tager lidt længere tid og sådan noget, ik'. Så er det vi må ind og finde, hvor er det vi skal køre ud af og hvad for nogle grene, hvad for nogle veje skal vi tage for at komme op, hvor man ikke ligger og har det skidt. Hvad for nogle veje passer til mig? Så der hvor man kommer ud og får det halvdårligt, det er fordi man er simpelthen kommet ud på nogle ruter i livet, som egentlig ikke passer til ens liv. Fordi nu, jeg har

nemlig også snakket med en om det der med at være mellemleder – det har jeg funder ud af, at det skal jeg bare ikke være igen. Ikke at jeg ikke kan lave nogle andre ting, det kan jeg sagtens. Det er at finde ud af hvad man er god til, men det var jeg ikke god til. Fordi det der med at stå med en lus mellem to negle og være tro mod sine kollegaer og være tro mod en leder, det havde min, det kunne min psyke simpelthen ikke klare. Øh, og det, så i stedet for at se det som en, som en sygdom – så se det som en erfaring rigere (DIW2)

Brugerstøtterne relaterer deres erfaringsdannelse med psykisk lidelse til hverdagslivets betingelser og vilkår, som kan være vanskelige at håndtere. Det være sig ændringer i tilvante værdiforestillinger, forventningsstrukturer og interaktionsformer, som i det moderne samfund konstant bliver udfordret, og som den enkelte skal lære at forholde sig til og blive fortrolig med. De erkender, at psykisk lidelse skal ses i forhold til og er en del af den enkeltes livshistoriske erfaringer, og at lidelsen dermed er en del af dem selv. Erfaringsdannelse er subjektive processer, som er forankret i livshistorien, men er samtidig sociale og kulturelle erfaringer med interaktion. Det er et forhold, som brugerstøtterne danner erfaringer med og som næste afsnit handler om.

## **Det er en del af mig – at håndtere lidelsen**

Brugerstøtterne danner erfaring med, at psykisk lidelse er en læreproces, hvor det at få det bedre handler om at danne nye erfaringer med lidelsen:

Mia: ...vi bruger meget tid på at tale om, det er det her med ”ja, men det er godt nok at have fået den her diagnose, og den skal vi så have fundet ud af hvor vil det være bedst for dig, at den her sygdom bliver sat hen?” Fordi, sygdommen er ikke dig (DIW2)

Når Mia udtrykker, at sygdommen ikke er dig, er det et udtryk for, at Mia adskiller sygdommen som et diagnostisk begreb og den enkelte person fra hinanden. De fleste af brugerstøtterne har tidligere sat lighedstegn mellem sig selv og diagnosen, hvor de f.eks. udtrykte at ”jeg er skizofren”. Brugerstøtterne er blevet bevidste om ikke at fusionere diagnosen og den enkelte menneske. Mia udtrykker, at sygdommen som en diagnose ikke *er* dig. Hun ønsker, at hjælpe patienterne med at få placeret det, som forstyrrer deres hverdagsliv et bestemt sted. Helt konkret har Mia erfaringer med at håndtere sine stemmer:

Mia: Så sagde jeg: ”Dybest set har jeg været igennem det samme, jeg kender bare ikke til den paranoide del. Men den kan du lære mig”

Ann: ... blå mand

Mia: nej det er den lille mand og det er **meget** vigtigt, at han er lille (DIW2)

Mia har en "mand" i brystkassen, som er ondsindet og som tidligere har domineret hendes liv. Mia har lært, at håndtere "ham" med forskellige teknikker, så han forbliver lille og ikke får magten over hendes liv. Mia har dannet sig erfaringer med, at "manden", som forstyrrer hendes hverdagsliv, er en del af hendes liv. Hun har lært at håndtere dette, så hun kan opretholde et hverdagsliv med hus, mand og børn. Brugerstøtterne har dannet erfaringer med at håndtere lidelsen:

Dorte: Men en måde at samarbejde med sin sygdom, det kræver vel heller ikke så meget energi som at modarbejde. Så hvis man finder en god måde man kan samarbejde på, og ikke dermed at sige man skal acceptere, at den skal have lov at dominere vejen – det skal den ikke, altså øh... man skal selv have lov at bestemme og styre over den. Men man kan samarbejde med den.

Ann: Man skal have kontrollen over den i stedet for at modarbejde kan man sige, er det jo langt langt bedre at tage tingene i hånden og så sige "jamen det her er en del af mig, hvordan vil jeg så forholde mig til, at det er en del af mig?" (DIW2)

Brugerstøtterne danner erfaring med, at de ikke skal modarbejde lidelsen, men lære at samarbejde og få kontrol over lidelsen. De erfarer, at dét at få det bedre er en læreproces. Svend siger videre:

Svend: Det er lige præcis det og det er rigtig godt sagt, fordi det jeg mener, er, at vores allervigtigste funktion det er, at give håb. At give de mennesker et håb om, at man kan lære det, at man kan lære at leve med med de ændringer, med de ændringer der er sket, som har ført til den her sygdom eller lidelse, ik? Og... Fordi... den vil være en del af de menneskers liv, og fordi man er simpelthen nødt til at blive fortrolig med det og og og lære den at kende, ik?

Ann: Jo, og det forsvinder jo ikke (DIW2)

Brugerstøtterne erkender, at den enkelte skal forholde sig til lidelsen som erfaringsdannelsesprocesser, hvor det at få det bedre, handler om at danne sig nye erfaringer med interaktion. Det er komplicerede læreprocesser, fordi det på mange måder kræver et brud på og en bevidstgørelse af de samfundsmæssige forhold og de kulturelle normer, som er blevet formidlet videre til os under vores opvækst og udvikling:

Dorte: Hvad kan man tillade sig at gøre som? Hvad kan man tillade sig at gøre som menneske i det hele taget? Altså, tilladelse til at gør øh.. at leve livet og nyde det og være livsglad, fordi der er så mange regler og normer, og krav og forventninger til én. At det er rigtig vigtigt – og det er noget af det, som jeg har lært igennem det her, det er at man acceptere de ting ved sig selv, de finurligheder eller specialer som man har. At man måske ser lidt positivt på det, selvom det er anderledes end hvad, hvad flertallet har. Det er ikke ensbetydende med at det er det, der er det bedste, at det er det flertallet har men det man selv lige går og gør, at det kan være unikt. At det er unikt det vi gør selvom at det ikke er flertallet, der har det (DIW2)

For at kunne håndtere lidelsen, skal den enkelte person lære at acceptere de anderledes sider hos sig selv, som en del af sig selv, også selvom de afviger fra normerne. Det er en erfaringsdannelse, som bliver betragtet som en nødvendighed i forhold til den enkeltes livssituation:

Dorte: Det markerer livskvalitet, hvad er livskvalitet for den ene? Hvad er livskvalitet for den anden? Så er det lige meget om man er skizofren eller mani-depressiv eller...(…) Det kan godt være at man så ikke har et ordinært arbejde, eller man er blevet flexjobber og det er vigtigt at erkende, at man... at man kan leve på ny på en reduceret, på reducerede vilkår. Men livsglæden bliver ikke målt på om man arbejder 37 timer, men at det er at man er glad indvendig og man bare har det godt med sig selv. For hvis man ikke har det godt med sig selv, så kan man jo heller ikke have det godt med at arbejde (DWI2)

Oplevelsen af livskvalitet bliver betragtet som uafhængig af, om personen er ”normal” eller har en psykisk lidelse. Brugerstøtterne erfarer, at livskvalitet ikke skal måles på om man har fuldtidsjob og lever op til de socialiserede normer og forventninger. Livskvalitet handler om glæden ved livet også selvom lidelsen medfører, at livet må leves på andre måder. Livsglæden bliver betragtet som det væsentligste også uden materielle goder. Brugerstøtterne ekspliciterer en vigtig subjektiv sammenhæng mellem deres hverdagsliv, livskvalitet og livsglæde.

Sprogliggørelsen og bevidstgørelsen har gjort det muligt for brugerstøtterne at sammenligne og reflektere over forskellige interaktionsformer. Dette forhold er væsentlig for den kritiske erkendelse, fordi sprogliggørelsen sætter begreb på modsigelserne i interaktionsformerne og læringen får herved mulighed for at række ud over de herskende normer og realitetsprincipper. Refleksionsprocesser gør det muligt for brugerstøtterne at udvikle nye interaktionsformer som horisontale processer, hvor der sker en udvidelse af verdensbilledet, som udgør den enkeltes interaktionsrammer. Det kan føre til

et dannelses- og frigørelsesperspektiv, hvor den enkelte brugerstøtte frigør sig fra de socialiserede betydningsdannelser og gør den enkelte mere myndig fra undertrykkende forhold.

Citaterne viser samtidig, at de har forskellige måder at betragte deres lidelse og forløb på, og at de har forskellige måder at være i lidelsesprocessen på. Det er udtryk for, at de er forskellige steder i erfaringsdannelsesprocesserne, som følge af, at de har forskellige livshistoriske erfaringer. Uanset de forskellige erfaringsdannelsesprocesser, så har de alle dannet erfaring med, at dét få det bedre er en læreproces, som tager tid - meget lang tid. Det vil jeg komme mere ind på i det sidste afsnit.

## **Næste uge så er det overstået, så er jeg rask igen – en illusion**

Brugerstøtterne reflekterer over, at den enkelte person skal erkende sin lidelse, og at det er en erfaringsdannelsesproces, som ikke kun kan afhjælpes med medicin:

Svend: Det kan ikke nytte noget, at når man er blevet indlagt med angst eller depression, at man tror at næste mandag er det nok overstået, så har jeg fået noget god medicin, så er det overstået. Sådan er det ikke i virkelighedens verden, det er noget man er nødt til, man er nødt til at lære at kende.

Ann: Ja men jeg tror også at det er noget af det, der skuffer mennesker, eller skuffer mennesker allermost, det er at, at i sådan en speeded fart, sådan en samfundsfart, konstant alt ind ud ind ud ind hurtigt, hurtigt, hurtigt.

Svend: Det er sindssygt.

Ann: Og nu får et jeg par piller, og nu kan jeg blive rask, ik'? Fordi hvis man går med en illusion over at de her piller, de kan gøre en rask, som vi jo alle sammen har været igennem. Vi har jo alle sammen været igennem det her forløb, at vi får nogle piller. Men pillerne, de gør sgu ikke en rask – fordi det er resten det er benhårdt arbejde for os selv.

Svend: Men problemet, alle de her mennesker, stort set alle, de håber sådan at næste uge så er det overstået, så er jeg rask igen og så kan jeg komme tilbage på skolen (DIW2)

Brugerstøtterne oplever, at mange patienter ønsker at blive raske hurtigst muligt og tror, at de kan blive raske ved hjælp af piller. Det er oplevelser de genkender fra deres eget forløb. Brugerstøtterne relaterer denne stræben efter at



blive rask hurtigst muligt til den samfundsmæssige rationalitet om produktivitet og effektivitet, som udtryk for de subjektive strukturers samfundsmæssige bestemthed. Endvidere reflekterer de over behandlingssystemets diskurs, som også influerer på patienternes erfaringsdannelse:

Ann: Men det er jo også det, der er så grelt i vores behandlingssystem, ik'? Det **eneste**, når man går til samtale hos en psykiater, det er det jeg oplever, dem jeg har talt med, "nå, okay pillerne har ikke virket? Nå, men ved du hvad, så øger vi bare dosis". Der er sgu ikke nogen, der begynder at sige "har du haft kontakt med din datter i løbet af ugen?" Eller... "er der et eller andet bo- tilbud til dig, eller en ny lejlighed at bo i?" Nej! Alle mennesker når man kommer på en psykiatrisk afdeling, de skal have antidepressiv, for alle er antidepressive (?). Man må ikke have lov til at have ondt i livet, man må ikke have lov til at have ondt i sindet. Og hvis ikke pillerne de har virket, går man enten over til et nyt præparat eller også øger vi dosis – men man går rent faktisk ikke ind og tager de her samtaler med dem, som handler om det her personlige plan (DIW2)

Brugerstøtterne reflekterer over, at det er tabubelagt at have en psykisk lidelse, hvorfor der opstår en subjektiv forståelse og kollektiv samfundsmæssig diskurs om, at psykisk lidende mennesker skal have medicin og normaliseres hurtigst muligt. De reflekterer også over, at psykisk lidelse er forbundet med at have ondt i livet og ondt i sindet, og at behandlingssystemet ikke relaterer lidelsen til den enkeltes livshistorie. Brugerstøtterne danner erfaringer med, at lidelse er processer med erfaringsdannelse, at dette erfaringsarbejde er blevet individualiseret, samt at det er et hårdt arbejde at reorganisere disse individuelle og kollektive erfaringer, og at det er processer som tager tid.

Brugerstøtterne er med andre ord i stand til at se sig selv og patienterne i relation til den samfundsmæssige kontekst og i forhold til kulturelle dynamikker. De kan foretage perspektivskifte, som er væsentlig for den kritiske erkendelse, der gør det muligt at komme ud over de fremherskende normer og realitetsprincipper. De forstår både egen og patienternes situation på en kritisk måde, og denne viden får betydning for den måde de støtter patienterne på. Brugerstøtterne er ikke bare tidligere brugere. De er også meget erfarne og reflekterede eksperter på livet som psykisk lidende og på livsbetingelserne som psykisk lidende.

## Opsamling og erfaringsfelter

I læringsrummet oplevede brugerstøtterne, at de var i en gruppe af ligestillede,

og at rummet var præget af ligeværdige møder og ligeværdige dialoger, hvor det var muligt at dele deres subjektive og kollektive erfaringer med psykisk lidelse.

I begyndelsen var brugerstøtternes fortællinger karakteriseret ved særlige måder at tale om sig selv og sin psykiske lidelse på, som var influeret af de herskende psykiatriske diskurser og de dominerende samfundsmæssige diskurser om psykiske syge personer. Udfordringen i læreprocesserne var, at vi skulle udfordre og bryde med de samfundsmæssige fremmedgørelsesmekanismer, som lå til grund for bevidstheden, som var indskrevet i den enkeltes livshistoriske erfaringer og som dermed var en del af den enkeltes forventningsstruktur. Det var dynamiske læreprocesser, som greb dybt ind i flere af deltagerens subjektiveringsprocesser og dermed hele deres liv. Det var læreprocesser, som blev oplevet som psykisk krævende som følge af, at smertelige livshistoriske erfaringer skulle hentes frem. Alle deltagere havde forskellige livshistoriske forudsætninger og livsvilkår, da vi indgik samarbejdet, hvorfor der var store forskelle i måderne at deltage på og i oplevelserne af forløbet. Nogle fravalgte læreprocesserne, hvilket også er læreprocesser.

Den dialogbaserede form i læreprocesserne medvirkede til, at der blev skabt et rum for sanselige læreprocesser, hvor der blev skabt mulighed for, at den enkelte deltagers smertelige oplevelser kunne blive symboliseret via de kreative dialoger og dermed gjort tilgængelig for bevidstheden.

Brugerstøtterne erfarede, at når oplevelserne med interaktion blev sprogliggjort, blev de ikke så overvældet af egne smertelige oplevelser. Læreprocesserne blev også oplevet som svære, fordi den enkelte brugerstøtte genkendte og identificerede sig med den andens oplevelser. Sprogliggørelsen medvirkede til, at den enkelte brugerstøtte lærte at adskille egne oplevelser og affektive reaktioner fra den andens.

Brugerstøtterne erfarer, at forløbet har styrket den enkeltes selvværd og fået den enkelte deltager til at føle sig mere ressourcestærk. Brugerstøtterne erfarer, at deres bearbejdede livshistoriske erfaringer med psykisk lidelse er blevet en ressource ikke kun i deres eget liv, men overføres også til deres funktion som brugerstøtte. De danner erfaringer med, at de kan indgå i interaktioner med andre på nye måder, og at de kan bruge sig selv på nye måder.

Når brugerstøtterne besøger patienterne, erfarer de, at de formidler håb om et bedre liv til patienterne via deres tilstedeværelse og via samtalerne med patienterne. Håbet er et væsentligt element i læreprocesserne og er en væsentlig drivkraft i læreprocesserne, fordi håbet er utopien, som skaber social forestilling og grobund for nye visioner. Håbet kan medvirke til at bryde med vores forventningsshorisont og forudantagelser om vores fremtid, fordi håbet overskrider de eksisterende forhold og arbejde med alternative fremtidsmuligheder. Håbet er drivkraften, som kan øge evnen til at forme egen fremtid og muligheden for at lære at opnå magt og kontrol over eget liv. Håbet kan få symbolværdi som udgangspunkt for symboldannelsen og dermed til dannelsen af nye interaktionsformer.

Når brugerstøtterne møder patienterne på de psykiatriske afdelinger, oplever brugerstøtterne interaktionsproblemer mellem patienterne og personalet. Brugerstøtterne erfarer, at de skal lytte til patienternes bekymringer og hjælpe dem med at få sprogliggjort bekymringerne, så patienterne kan drøfte deres problemer med personalet. De erfarer, at deres funktion er at være formidlingspunkt mellem patienternes bekymringer og personalet faglige kompetencer. Brugerstøtterne erfarer også, at deres funktion er at hjælpe patienterne med at få kontakt til andre instanser i sundheds- og socialvæsenet. Brugerstøtterne oplever, at de advokerer for, at patienterne skal bruge systemet, fordi de har erfaret, at der er nogle ting, som man har brug for, når man endnu ikke har tilstrækkelige ressourcer selv. Det er samtidig en fortælling om, at de medvirker til at skabe sammenhæng i sundheds- og socialvæsenet.

Brugerstøtterne fremstiller til tider personalet som nogle personer, som patienterne har svært ved at opsøge og betro sig til. Deres kritiske opfattelse af interaktionerne mellem patienterne og det professionelle personale rummer elementer af forsvar, men indfanger sikkert også områder af kritisabel praksis.

Brugerstøtterne oplever, at de tager udgangspunkt i patienternes ressourcer, og at de har en ressourceorienteret tilgang. Brugerstøtterne oplever samtidig, at behandlingssystemet ikke har et ressourceorienteret tilgang, men har et mangelfokus. Brugerstøtterne danner erfaringer med et sundhedsvæsen, hvor det kan være svært at få øje på og arbejde med den enkeltes livshistoriske erfaringer og dertil hørende ressourcer.

Når brugerstøtterne erfarer, at patienterne fortæller om deres komplekse livshistoriske problematikker, opstår der en proces, hvor brugerstøtterne kom-

mer til at føle sig som betydningsfulde for patienternes bedringsproces. Brugerstøtterne repræsenterer en ydre, håndgribelig realisering af ubevidste ønsker og håb om at få et bedre liv. Det skaber tilfredsstillelse hos patienterne, som influerer på brugerstøtternes oplevelse af tilfredshed med deres arbejde. Der opstår nogle dynamiske relationer med overføring og modoverføring af hver enkelt deltagers indrepsykiske processer, hvor brugerstøtterne føler sig betydningsfulde for patienternes erfaringsdannelsesprocesser. Det er interessant, når brugerstøtterne italesætter sig selv som nødvendige og som de betroede, fordi det samtidig er en fortælling om, at patienterne indgår i en anden interaktion med brugerstøtterne end med personalet, og at sundheds- og socialvæsenet ikke altid er tilstrækkelig til at tage hånd om den enkeltes bedringsprocesser.

Arbejdet som brugerstøtte producerer oplevelser af at have et meningsfuldt arbejde, men arbejdet rummer modstridende erfaringer. Brugerstøtterne oplever, at de er patienternes betroede, men det er en situation, som opleves som vanskelig, fordi de oplever, at der samtidig følger et stort ansvar med. Det medfører, at brugerstøtterne bliver usikre på, om de kan leve op til patienternes forventninger, da de oplever, at de skal præstere noget særligt. Forventningspresset skaber en trussel om at blive forkastet, fravalgt eller blive overflødig. Brugerstøtterne har mange livshistoriske erfaringer med at blive fravalgt, så det er samtidig en scenisk gengivelse af angsten for at blive forkastet.

Brugerstøtterne vil gerne hjælpe og gøre en forskel for andre. De stræber efter at hjælpe patienterne, og når det ikke lykkes opstår der frustration over de indgåede interaktioner. Frustrationen er forbundet med en scenisk oplevelse af afmagt og magtesløshed. Det er samtidig læreprocesser, hvor brugerstøtterne danner nye erfaringer med interaktion, som handler om, at de ikke kan hjælpe den enkelte patient ved at tage ansvar for den anden, og handle på den andens vegne. De erfarer, at deres relation med andre må være en forhandling. Interaktionsformerne bliver dermed et resultat af indøvelsen af en relation eller en kommen-overens relation.

I denne læreproces erfarer brugerstøtterne, at selvom de og patienterne har lignende erfaringer, som vækker genkendelse, så er erfaringerne ikke identiske. De erfarer, at de ikke kan overføre deres egne erfaringer til den anden, men at de skal tage udgangspunkt i den enkelte patients oplevelser og erfaringer. Brugerstøtterne danner erfaring med, at erfaringsdannelse er subjektive

processer, som er forankret i hver enkelt persons livshistorie, men som samtidig er sociale og kulturelle erfaringer med interaktion.

Når brugerstøtterne sætter ord på deres erfaringer med psykisk lidelse, bliver det muligt at diskutere og reflektere over deres erfaringer, samt foretage perspektivskifte. I refleksionsprocessen danner brugerstøtterne sig f.eks. erfaringer med, at den diagnostiske vurdering og dømmekraft underordner det særlige subjekt i et diagnostisk alment begreb, som medfører, at de ikke bliver betragtet som personer med hver deres livshistoriske erfaringer. Endvidere danner de erfaringer med, at diagnoser ikke har et bestemt forløb eller en bestemt prognose. Brugerstøtterne erfarer en frihed, når de ikke skal tage afsæt i og arbejde med de psykiatriske diagnoser. De erfarer, at den psykiatriske diskurs begrænser deres perspektiver, og fjerner den enkeltes integritet og autonomi. De når frem til en subjektiv og kollektiv erkendelse af, at det er det enkelte menneske set i et hverdagslivsperspektiv og ikke diagnosen, som skal være den fremherskende interaktion i brugerstøttepraksissen.

I refleksionsprocesserne diskuterer brugerstøtterne også, hvad der er normalt. Her tager de afsæt i hverdagserfaringerne og forvandler de uoverskuelige og komplekse forhold med psykisk lidelse, til forhold der er lettere at overskue og opfatte. Denne kompleksitetsreducerende proces åbner for særlige autonome betydningsdannelser som f.eks. skør-normal og åbner op for en diskussion og kritik af normalitetsbegrebet. Det er dialektiske processer, hvor der ikke er tale om en generaliserende måde at forstå på, men hvor der åbnes op for forskellige måder at danne betydning på i forhold til den enkeltes livshistoriske erfaringer, hvor der er plads til forskellighed og anderledeshed.

Diskussionen rummer samtidig en kritik af den samfundsmæssige socialiseringsproces, hvor arbejde og materielle værdier er efterstræbellesværdige goder. Brugerstøtterne har erfaringer med, at disse værdier ikke gjorde dem lykkelige, og at livskvalitet ikke skal måles på, om man har fuldtidsjob og lever op til de socialiserede normer og forventninger. Brugerstøtterne ekspliciterer en vigtig subjektiv sammenhæng mellem deres hverdagsliv, livskvalitet og livsglæde.

De erkender, at psykisk lidelse skal ses i forhold til og er en del af den enkeltes livshistoriske erfaringer, og at lidelsen dermed er en del af dem selv. Brugerstøtterne erkender, at den enkelte skal forholde sig til og håndtere lidelsen

som erfaringsdannelsesprocesser, hvor det at få det bedre handler om at danne sig nye erfaringer med interaktion.

Sprogliggørelsen og bevidstgørelsen har gjort det muligt for brugerstøtterne at sammenligne og reflektere over forskellige interaktionsformer. Dette forhold er væsentlig for den kritiske erkendelse, fordi sprogliggørelsen sætter begreb på modsigelserne i interaktionsformerne, og læringen får herved mulighed for at række ud over de herskende normer og realitetsprincipper. Refleksionsprocesser gør det muligt for brugerstøtterne at udvikle nye interaktionsformer, som horisontale processer, hvor der sker en udvidelse af verdensbilledet, som udgør den enkeltes interaktionsrammer.

Det er en kulturel orientering, som kan føre til et dannelses- og frigørelsesperspektiv, hvor den enkelte brugerstøtte frigør sig fra de socialiserede betydningsdannelser og gør den enkelte mere myndig fra undertrykkende forhold. Brugerstøtterne er dog forskellige steder i erfaringsdannelsesprocesserne, som følge af at de har forskellige livshistoriske erfaringer.

Brugerstøtterne har en fælles erkendelse af, at disse nye erfaringsdannelsesprocesser tager tid, men i deres praksis oplever de, at mange patienter ønsker at blive raske hurtigst muligt og tror, at de kan blive raske ved hjælp af piller. Brugerstøtterne relaterer denne stræben efter at blive rask hurtigst muligt til den samfundsmæssige rationalitet om produktivitet og effektivitet, som udtryk for de subjektive strukturers samfundsmæssige bestemthed. De forstår både deres egen og patienternes situation på en kritisk måde og denne viden får betydning for den måde, de støtter patienterne på. Brugerstøtterne er ikke længere bare tidligere brugere. De er erfarne og reflekterende eksperter på livet som psykisk lidende og på livsbetingelserne som psykisk lidende.

## 20. Autoethnography and Psychodynamics in Interrelational Spaces of the Research Process

### 1. Birgitte Hansson

Centre for Health Promotion Research, Roskilde University

Universitetsvej 1, 4000 Roskilde, DENMARK

[hansson@ruc.dk](mailto:hansson@ruc.dk)

## 2. Betina Dybbroe

Centre for Health Promotion Research, Roskilde University  
Universitetsvej 1, 4000 Roskilde, DENMARK  
[tibet@ruc.dk](mailto:tibet@ruc.dk)

Contribution of co-author: Birgitte Hansson has done the ground work and most of the writing. Betina Dybbroe has contributed with constructive ideas throughout the process of writing and she has elaborated the written drafts that I have initiated.

### Abstract

Subjectivity of the researcher is an integral part of the research process. It should be studied as a key to understanding the interrelational processes of meaning in an interview situation. The article demonstrates how the subjectivity of the researcher can be made accessible methodologically and methodically by combining a psychodynamic approach with an autoethnographic approach. The methodical question is therefore how the researcher can conduct introspection and at the same time reflect upon and analyse the central object of investigation. The approach is psychoanalytically informed, but autoethnography became the actual vehicle for moving beyond reflections on the psychodynamics represented in the texts. The researcher ventured into an introspection of not only the texts, but also her own feelings, fantasies, and bodily experiences at the time of the interview and also when bringing the data into new situations. The abstract reflections after the interview situation were left for a while, and instead a more experiential and sensual/bodily understanding appeared, based on narratives, feelings, and reflections from the research field. In doing so, the affective and experiential personal process became an important step in the interpretation.

**Index Terms:** researcher subjectivity; autoethnography; psycho-societal analysis; bodily experience; mental illness; interrelational space; introspection

**Please cite this article as:** Hansson, B., & Dybbroe, B. (2012). Autoethnography and psychodynamics in interrelational spaces of the research process. *Journal of Research Practice*, 8(2), Article M6.

## Background

The article revolves around the case of Mary (not the real name) from an on-going research project about peer support for people with severe mental illness. The aims of the research project are to produce knowledge about the phenomenon of peer support, especially the kinds of problem patients are facing and how peer supporters can help patients solve these problems by creating new meanings and potential actions. The peer support is initiated in a psychiatric ward and followed up in everyday life after discharge.

The framework of the project is psychodynamic and the methods are narrative interviews with peers and patients in psychiatric wards, together with ethnographic field notes. The sampling took place on the basis of contact with three wards that agreed to participate in the project during the period between August 2010 and August 2012. Mary, the woman in this article, is interviewed because she had visits from a peer supporter over a period of 1 year, and because it is the first time she has been hospitalised and diagnosed with a psychiatric disorder. Her story is about her first meeting with mental illness and the psychiatric system.

Mental health disorders in this project are not viewed as physiologically dependent or in terms of categorisations such as psychiatric diagnoses. Instead, health and disease are perceived as relational and contextual phenomena produced through dynamic interactions between the individual and the outside world and regarded in an everyday-life perspective. There is a need for qualitative humanistic research in this field, based on subject-borne knowledge from within the life world and experiences of other patients (Lundgaard Andersen & Dybbroe, 2011). This research is groundbreaking in a Danish context, because very few patients hospitalised for the first time in psychiatry have been accessed for a qualitative research project. Furthermore there seem to be obstacles in the hospital system to referring these patients to a research project. People with mental illness have been regarded as having low narrative ability because of an impaired capacity to live with both internal and external dialogue as forms of reality (Smorti, Pananti, & Rizzo, 2010). In the present research project the overall experience however is that the persons interviewed were eager to participate and give an insight into their experiences and everyday lives.



## Research Framework

The research framework grew out of two related strands of methodological thought: (a) understanding the subconscious dynamics prevailing in social life and (b) understanding the trajectory of a person's life within the broader socio-cultural context shared with others. These two strands are described below, clarifying their respective contributions to the research.

### Psycho-Societal Strand

In the psycho-societal strand of methodological thought, human beings are seen as desiring, defending, and in part unconsciously driven, as in other psychodynamic approaches. Yet the individuals are also seen as embedded in society, while simultaneously mediating and processing the social contexts. They continuously recreate themselves in relation to the outer world and to others, and also to social structures. Inter- and intra-personal processes studied from this approach also become exemplary cases of social phenomena and transformations, including the transformation of subjectivities (Lorenzer, 1972) (Lorenzer, 1980). In the broadest sense, the conditions for socialised forms of interaction of subjectivity and for the creation of the subject are societal relations of power between different spheres of life, between institutions and between subjects. Life history is an individual life history, a biographical construct and experiences of a life, but is also an expression of the social dynamics of the immediate contexts and historical situations as well as the larger societal context and historical development in which the subjects participate (Dybbroe, 2012).

From a psychodynamic perspective, the subjectivity and life history of the researcher is an integral part of the whole research process. It also mediates the social world and specific life historical experiences. The researcher is an active participant, who involves herself in generating empirical data and in the process of interpretation of the empirical material. Interviews constitute an “interrelational space,” and studying the relation between the researcher and the interviewee, as well as the interviewee's use of the interrelational space, can give heuristic hints to understand the latent aspects of the subjectivities in the research (Tietel, 2000). Analysis and interpretation of life histories take place in this process as an inter-subjective experience, where both parts indulge in interpretation of another person's specific cultural experiences (*ibid.*).

The psychoanalytical concepts of *transference* and *countertransference* are appropriate for analysing what happens in the interrelational space. The two concepts relate to dynamics of interaction where relatedness not only appears to the other, but also to internal images inspired by the other person or the context and situation shared with the other (Nadig, 2010). The reactions of the researcher may be inspired by the interviewee, but are a complex interplay of internal and external influences. This is a central point because those who are involved invest more internal images and emotions than they factually represent for each other (Bereswill, 2004). So in the interview with persons with mental illness we must be prepared to probe into those internal images and emotions that the meeting with the other will evoke, but may appear in vague and distorted ways, and may not present themselves in verbal dialogue.

## **Autoethnography Strand**

Autoethnography is a popular form of qualitative research which is expressed in evocative dimensions of writing in the social sciences and humanities. It has been linked to various turns toward blurred genres of writing, a heightened self-reflexivity in ethnographic research, and an increased focus on emotion in social sciences (Anderson, 2006). Autoethnography is a form of research practice and a method that seeks to overcome objectification in the research approach, both in methods of investigation and in writing practice. It is about the relation between self, other, and context, and involves subjectivities, bodies, and settings in the research process (Ellis, 2004). Autoethnography as a practice seeks to conduct introspection into the boundaries between researcher, researched, and context, and includes the relation (and boundaries) between body and text (Spry, 2001). Furthermore it involves extrospection of the possible cultural similarity, identification, or dissimilarity, and draws attention to the interviewee and the context in which his or her actions and experiences are generated and which also shapes the researcher.

Most of the literature on autoethnography includes the idea that the creative researcher is a noteworthy actor or performer in the production of the interpretation process. Autoethnography as a method can be seen as social introspection and emotional recollection, where all one's senses and emotions should be brought into play. In this article we have a special focus on introspection in the research method, and we illuminate ways to enhance this.

Parts of this article are written in the first person in order to show the affective personal process and the subjective reflections of the researcher. Some may argue that linguistic consistency is thereby not maintained and that there is an attempt to give the impression that “this is how it was.” Some researchers would prefer to keep to the third person singular to prevent creating a false sense of reflexive authenticity.

One objective of writing a representation of the research project partly as autoethnographical narratives is to continue the analytical process by inviting the readers to reflect on the psycho-social context and cultural aspects of the text in relation to their own contexts, and to be attentive of how the life historical experiences of the interviewee and the interviewer resound with their own. The idea is to enable the reader to follow and relive events and thus transgress the feelings and motives in the text and their own (Van Maanen, 1988). The ambition in using the narrative form is also to open up the research process and thereby bring the active reader into the challenges of the interpretative process. The interpretative context thus enables the narrative about one individual life to be linked to a broader social framework.

Many autoethnographical texts reveal that the separation between the personal and socio-cultural aspects is veiled or hidden in academic writing, making little sense experientially. The intention of a psychodynamically informed and interpreted text is to unfold the subconscious dynamics that are active in everyday life. In practice, the researcher draws on her own life experience and brings in the inner images and fantasies inspired by the meeting with the text. The personalised text may thus represent a critical intervention in social, political, and cultural life. The idea is to make use of the researcher’s own countertransference as a source of insight, as a supplement to preconceived thought processes and standardised methods.

## **The Research Process**

This section will demonstrate how the subjectivity of the researcher was made accessible methodologically and methodically by combining an autoethnographic approach with a psychodynamic approach. This section will also demonstrate how the researcher conducted introspection and at the same time reflected upon and analyse the central object of investigation.

## My First Impressions of Mary

I was happy. I smiled at Mary and said goodbye. It was already dark outside, but the area was lit up by the white snow. I had a long drive home, but it was a good day. The interview with Mary went very well. My fear that she would not talk to me disappeared as soon as we sat down at the kitchen table and the interview began. Actually I was impressed that she shared her impressions and experiences, as she had been diagnosed with mental illness and been hospitalised in a psychiatric ward. Mary said:

I wasn't ill . . . I felt very well and . . . I didn't like . . . I wasn't ill or anything . . . I felt great . . . and soooo . . . I was swimming one morning . . . and then I got up and I fell down the stairs and fainted and it just went "bang" . . . and then . . . then it started just like that . . . and be . . . I just got worse and worse in my body . . . ehhe and it started to spin all the time in my head and when I was eating . . . it went haywire in my body, and it was shaking inside . . . and well everything just went black . . . and I thought: what the hell is going on . .

Crazy story. I was particularly surprised by the way she talked about her body.

In the following weeks my joy slowly turned into confusion. I was touched by Mary's story and her talk about her body. She talked about her body in many strange ways. When I read the interview, the text was incoherent and therefore disrupted its content, making it difficult to comprehend. My impression of Mary was not in accordance with the text. I read the interview over and over again. What was there to be understood?

While sighing over my lack of understanding, I remembered my professor's lecture on qualitative research methods. She said: "Students, from a psycho-analytical perspective and in theories of socialisation, the subjectivity of the researcher is an integral part of the research process. You have to involve yourself in both the interviewing process and the interpretation processes of the empirical material."

During the interview, the researcher is the co-producer of the created narrative, where the latent meaning of deeper conflicts, sociality, and culture is unfolded. The relationship between interviewer and interviewee thus produces plural meanings. To access this plurality of meanings, it is essential not only to deal with the story as text, but also to highlight the relationship between researcher and interviewee (Tietel, 2000) (Nadig, 2010). The researcher must let herself be influenced and provoked by the research material, by identifying

moments of crisis in the interaction; but how can she reach the latent meaning?

## **Discomfort: A Key to Understanding the Latent Meaning?**

I threw myself on the couch. It was dark in the living room, but I had not even bothered to turn on the lights. My thoughts whirled around. What had happened in the interpretation workshop today? It had been my turn to introduce an empirical excerpt from an interview which the others in the group would help to interpret. I had chosen a piece of text from the interview with Mary. The group read and performed the excerpt by reading it aloud and were invited to express their feelings and emotions in relation to the text. A central part was:

... yes it was all chaos ... lots of thoughts ... I couldn't be anything for anybody, so I could just be ... be ... (laughs). Well then ... ehh, so I think now, I got ... ehh, then it calmed down more and more and I started to pull myself together to be present and sit down and calm down a bit more and then ... I tried something myself, that is, what can I do ... what can I do, I can kind of try to find out what I can do, because in the beginning, I didn't think I could walk, but then I could walk, then I could never get into town, but then I could suddenly do it (she talks very fast) so I was trying all the time to build on what I could do so I could find out the ins and outs of all this ... (laughs)

Everyone in the group participated actively in the interpretation process, adding many interesting perspectives. One participant felt that the text was a reflection of a very chaotic situation. Another felt that Mary was talking unclearly as if she was trying to hide something. We realised how quickly Mary's bodily feelings were transferred from the text to us and how we reproduced her feelings of discomfort. We felt slightly unwell, emotionally and bodily.

Could the feeling of discomfort in the group reflect the social context of the interview, and how did my own social context and experience resound with that of the group? What was the cause of my double discomfort after what had taken place in the group? What could my own feelings from both situations reveal about my research object?

Subjectivity appears as reflections, experiences, and feelings, and is also present in relations created in the meetings between subjects. The conceptual

understanding of feelings and the affective is that it encompasses the inner reality of subjects, in addition to the outer present social reality they are relating to (Chodorow, 1999). This includes societal dynamics and power relations. Feelings are therefore a part of the way subjectivity and intersubjectivity are constituted. Feelings are products of and part of the dynamics of the transference of thoughts, wishes, fantasies, and senses of the self and others.

The discomfort that appeared in the interview was reproduced in the group, and the researcher then started feeling and thinking that this did not just derive from reading the text afterwards. The discomfort had to be investigated as feelings belonging to the interview situation. What could this reveal about the dynamics of the interview, about the other and the relationship and finally about suffering with mental illness in the shared social and cultural space of the interviewer and interviewee?

## **Researcher, Text, and Context**

I felt my body against the couch. I sat up and looked out into the darkness. The notebook from today's workshop was on the table in front of me. I turned on the light and read the working paper again. This reminded me of the in-depth hermeneutic approach of Leithäuser and Volmerg (Leithäuser, 1988).

This is a methodological approach to a text and to the researcher's subjective response after the interview. Maybe I needed to find another approach to my subjective world of experience, using another method which was not systematic and not an approach to the interview as a text. Suddenly I realised the difference between reflecting on the researcher and the text and on the researcher and the context. The whole time I had been focusing on the relationship between the text and myself and not on me and the context. I had to confront myself in my relation to Mary--our relationship, and the possible cultural contexts of our shared experience.

My thoughts circled around psychoanalytic methodology, which focuses on processes between people. That reminded me of an article by Nadig, where she refers to the "gefärbten Spiel" or the emotional game. It is the unconscious wishes and fears of the subject that will affect the interplay in a relation. The emotional game is loaded with significance related to the latent

meaning and to reach it one has to surface the inter- and intrasubjective conflicts, which depend on the subject's defence mechanisms (Nadig, 1997). I had to investigate the dynamics of our relationship as a transference relationship, but also those processes that take place within the researcher. I needed a way to disclose my own transformations during the research process. I realised that the affective meaning remained dormant inside me. I had to step backwards to the context itself: the interview with Mary. But how could I find a method to face my own affects in order to advance the epistemic process? My field notes were not enough. I had to find a way, a different way.

I had to focus on the explorative possibilities of the research relationship. I had to take a closer look at the emotional game between Mary and myself. I had to study my own reactions to Mary and her story and investigate how I responded emotionally. I had to recall my emotions. I had to recall the inter-relational space where the story was told and the way in which our relationship unfolded during the interview.

I knew that a research interview is neither an everyday chat between friends nor a therapeutic meeting, but that the two involved are positioned in a special way; the relationship is asymmetric and to some extent professional (Fog, 1998). I wanted to investigate whether I had truly recognised and accepted Mary as a unique person (Nadig, 2010). How was my interest, my non-judgemental listening, my acceptance of Mary and her otherness? These factors are crucial for her trust in me and for the depth and quality of the narrative. Maybe this was the way to access the unconscious social meaning? With autoethnographic inspiration I would try to recall and represent the experience of the interview, including the other, myself and the context. I returned to my first meeting with Mary.

## **My First Meeting With Mary Revisited**

Mary meets me in the parking lot and we walk towards some housing blocks, while talking about the beauty of the freshly fallen snow glistening in the sun. Mary smiles and says spontaneously that she enjoys taking long walks in this area with her ex-husband's mother, who lives nearby. We step into the hall of Mary's apartment and I immediately smell the scent of spring flowers. The kitchen is golden and the table is laid for coffee with a green tablecloth, white candles, and fragrant spring flowers. On the walls, delicate watercolours in

bright yellow shades, painted by Mary and her daughter. I sense that the kitchen is a really cosy place. Mary's daughter has moved away from home, so right now Mary lives alone.

I feel that I'm still a little tense. I do not know how much Mary will tell me about her experiences with mental illness. Will she even tell me about herself? Will she say anything at all? Maybe I should instead have written a lot of questions on a piece of paper. How can I ever believe that a woman who has experienced insanity, madness . . . will tell me about it. How can I believe that people who have experienced hospitalisation in a psychiatric ward would tell me about it; mental illness is still a great taboo topic in Denmark. How can I be so naive? There's no one who would proudly step forward and say that they are insane and raving mad.

I am being ripped out of my mind. Mary asks how the interview should take place and then she starts to tell her story. She looks at me while she speaks. Sometimes she laughs a little in a shy way. It appears when she talks about her odd experiences:

Yes . . . it was . . . eh hh . . . and I was very scared . . . really scared and ran around (laughs) . . . as . . . simply couldn't be anywhere . . . and eh hh yeah . . . I just think it was . . . it was simply hell on earth . . . and so . . . eh hh . . . but I thought I should just . . . I just have to try . . . well, I must . . . I just walked around like an animal . . . I think . . . so if I look back on it and just tried to escape from my own body because I couldn't . . . the whole thing was just awful . . . but (laughs) funnily enough my body followed me (laughs) . . . it was all chaos . . . lots of thoughts and I couldn't be anything for anybody . . . so I could just . . . exist . . . (laughs)

I feel a relief. I sink a little into the chair. I listen intensely. Her story captivates me. She is hospitalised because her body has backed out. Imagine that your body can take control over your life. The body has its own life. Body is imperative! Imagine, you are trying to escape from your own body, and yet the body just follows you. Strange, weird, frightening! The body has taken control over one's life. And to put it into perspective . . . everyone . . . even the doctors believe you are getting physically ill and it turns out that you are mentally ill. Terrible. Mary was scared. She could not be someone for anybody, she could just be. She could not be anywhere . . . but had to try to be. She had a terrible struggle with her body, trying to gain control over it while trying to escape from it as well. It was a living hell. I sink further down into the chair . . .



## Analysis of the First Meeting With Mary

The idea of recalling the inner part of feelings and thoughts within the interview situation is that every contact with the subject and the content in the interview triggers something in the researcher. The crucial point here is that the researcher's transference reactions are not the research findings. The bodily reactions and the reactions of the mind are regarded as a source of insight. The challenge is to find sources of insight and transform these into concrete research options, because this has consequences for the scientific-psychosocial production of knowledge.

What were the first bodily and cognitive reactions which could be a source of insight? By writing this small part of a larger story, Mary's and the researcher's expectations and preunderstandings, both affective and social, about the interview situation become clear. Mary actually offered her lived experiences with mental disorders, problems in her everyday life, and experiences of painful events and relations. Mary exhibited openness and great expectations of being received, heard, and acknowledged. The researcher expected separation, distance, and little openness and fellow feeling. Mary exposed her vulnerability and identity. The researcher was then drawn into the space between them and started to sense and feel the other, the situation, and the phenomena. The researcher felt discomfort at Mary's inability to cope in everyday life, and the feeling of low self-esteem started to saturate the common space. The researcher felt humility and powerlessness as Mary talked about her mental problems of the body. Time was chaotic in Mary's mind and the researcher came to feel the chaotic situation before and after the hospitalisation. Life history interviews can be a sensitive and powerful method of investigating the private life of subjects.

Transference allowed the researcher to feel the bitter experience of believing that you are physically ill while in fact you are mentally ill. It was an experience which caused anxiety-provoking feelings. Mary was a good-looking 50-year-old woman, who lived a quite normal life, had a good well-paid job, a nice daughter, and lovely friends. But she became mentally ill and was taken into care at a mental health hospital.

It can happen to any of us. (According to WHO, an estimated 10-20 percent of adolescents experience mental health problems and yet we do not talk about it; it is shrouded with taboo.) The researcher was humbled because

Mary willingly shared her narrative, expressed her suffering and her distorted story. Generally Mary would not want people to know about her situation. She had to tell them about it at work in order to keep her job and be included.

In 2007, almost all workers receiving a disability pension for mental illness did not return to the labour market (OECD, 2010). Societal prejudice and ignorance characterise the image of people with mental illness. Myths are created about such people: they are dangerous, less talented or socially dysfunctional, and these myths play a crucial role in the stigmatisation and stereotyping, leading to exclusion from society. It is hard to remain involved and hard to get a new job for the mentally ill. Stigma reduces quality of life as it affects the social life and employment status of each individual. In light of these serious consequences and the fact that mental illness can affect us all, this story is about the basic fear of becoming mentally ill and the risk of losing contact with society. Transference and transgressing borders between Mary, the scene, the story, and the researcher, including the lowering of bodily boundaries made the researcher feel her own, Mary's, and the societally shared anxiety in the face of mental illness.

The researcher was astonished at the reactions to her presentation of the story "My First Meeting With Mary" to the interpretation workshop. The group fired questions at her like: "What's at stake?" "You recognise her as a person, but where are you as a researcher?" "You should distance yourself." After this session the researcher's first reaction was irritation, because she felt a lack of understanding and did not know how to proceed. But by rereading the notes from the interpretation group over and over again a hypothesis appeared. Is all that talk about the body, mental illness, at least in Mary's case, bodily suffering and collapse reflecting and producing subjective disintegration? The subjectivity was in disintegration. She tried to escape from her own body, but the body just followed, and her body was depersonalised. This felt uncomfortable. Maybe the repetition of the bodytalk could help reveal what is threatening the subject identity. The threat of disintegration.

Mary said: "I could not be the person I wanted to be." She had actually just had a divorce and her daughter had recently moved away from home. A very important part of life for most people is living with their spouse and children. Mary also mentioned that her very best friend and colleague was dating her ex-husband. The researcher felt that this was normally a breach of the ethical

code for correct behaviour among good friends and thus introduced the social codex of the shared culture. The mother of Mary's ex-husband is her good friend. They have their daily walks together. The ontological security, that is, the basic trust and general sense that individuals share about the world as predictable and reliable, might have been shaken. This can represent a threat to subject identity and the sense of coherence. Mary said at the end of the interview: "I did not think I was stressed out at work--I just had enough to do--I could not take it anymore--all the pressure." Perhaps Mary was struggling with all the key persons and scenes of her life at the same time? The researcher looked continuously for culturally known and recognisable problems, which could have shattered the subject identity. Losing so much in life, one must fight to regain oneself and life. This struggle might be about being someone for somebody while you want and have to be an autonomous subject.

"I stopped writing--this interpretation is going too far! My intention was not to interpret another person's psyche or motives. Ethically, it is reprehensible." The researcher did not have sufficient knowledge about the person for such an analysis and the research process is definitely not therapy, and the subjectivity of the interviewee is not the object of research, so why was the researcher doing this?

## **Interpretation of the Interpretation Process**

The interpretation process had involved many challenges, because the researcher's initial withdrawn position was followed by transference and identification, and subsequently anxiety and disturbance.

Let us first consider the social context and cultural staging of the researcher in the interview. The researcher knew it was not helpful to regard people with mental illness categorically through their diagnosis and in the same way as done in the psychiatric system. The researcher knew she had to have a personal relationship based on empathy in order to research subject-borne knowledge. The researcher knew people with mental illness can be in a very vulnerable situation. Empathy is an important part of this kind of research. Besides empathy, the researcher had expectations of problematic communication because of difference and distance, and also due to lack of knowledge. It was crucial to create a space where it was allowed to talk about and express

life-historical experiences and stories that might be strange, considered culturally deviant and scary. Within the relationship the researcher also had to contain Mary's feelings such as despair, insecurity, fears, frustrations, sadness, or even aggression. The story and the situation made the researcher feel helpless and humbled.

Let us now return to the first session in the interpretation group and its influence on the researcher. At the beginning of the interpretation session the group had difficulty in understanding the talk about the body and were all left in a strange mood of discomfort, and certainly the group mirrored the researcher's discomfort as well. The researcher tried to understand the discomfort and wrote "My First Meeting With Mary." By writing this story the researcher tried to recognise common and recognisable human emotions and feelings in Mary's story. She realised how shared the social context of mental illness is and how easily and understandably one might get oneself into a life situation like that of Mary. This realisation allowed her to recognise the "sameness" in Mary's "otherness," and to acknowledge an individual's everyday life experiences. The process of transference and countertransference of the disturbed body in the text helped her to understand the disrupted text and the gap between the interview as a context and the interview as a text. It was a process where the researcher identified herself with Mary. The researcher's attempt to understand and explain Mary's situation from a distance or from the "outside" led to psychodynamic explanations.

Finally, let us look at the second interpretation session in the group. When the researcher presented the text "My First Meeting With Mary," the group identified the empathy and proximity between Mary and the researcher. However, the group resisted and/or could not share this identification with Mary. Instead they transferred irritation or even anger onto the researcher. To some extent this may have been a countertransference in a distorted form derived from the disturbance that the researcher was causing in the group. These reactions were strongly felt by the researcher, who was left alone with her empathy for and identification with Mary. The transference of anger aroused new emotions and the researcher eventually became irritated, and even angry, at having to identify with Mary in a solitary, non-recognised way. However her reactions were eventually felt and seen by the group and also by her supervisor, and the emotional reactions became an object for introspection in the middle of the table in the group. This invited the researcher to introspect her own understandings and actions. The disturbance multiplied:

from the interview, to interpretation of the text about the interview, and now disturbance in the group interpretation. Disturbance disturbs!

The identification process had made the researcher blind to the boundary work going on between herself and Mary, and to the context, and later on in relation to the interpretation group. All this tended to conceal from her the differences between Mary and herself. The researcher's transference reactions remained unrecognised and therefore inaccessible for consciousness. The reactions in the interpretation group became the key to accessing the field of tension in the work of the group, and then the tensions of the interview situation. The reactions made it possible to understand the mechanism described here and to discover the transferences and countertransferences of the initial interview situation, where the disturbances and weight of Mary's experiences were partly transferred onto the researcher. This final group session opened the door to a view beyond the researcher's identification with Mary. In this process the researcher realised that there was a fundamental opposition between Mary's experiences and her own in many respects. Mary's subjectivity had been disintegrating. It was her subconscious strategy for survival and yet she had her daily struggle to find new strategies in order to keep a sense of subjectivity. The researcher recognised this through writing an autoethnographic text and drawing in her own subjectivity through the processing in the group interpretation. She turned her back on the effort to gain control over Mary as a research object. When she finally did so, she discovered the difference between them as subjectivities and this enabled her to acknowledge the area of tension, the transitional space, where proximity and distance, sameness and difference, as well as acceptance and rejection were sustained together.

## **Conclusion**

This article illustrates the importance of not only focusing on the interview as a text, but also as interaction and interrelational space. This was carried out in the analysis by staging and performing the interview in the interpretation group, and additionally by creating autoethnographic texts for interpretation by the researcher herself and together with a panel of other researchers, using their senses and life experiences as well as research competencies. Part of the research object became the interrelational space between the researcher and the interviewee, but also the space in the interpretation group during the pro-

cess of interpretation. A focus on the interrelational space between the researcher and interviewee is a source of many insights and can help to create more nuanced analyses and representations of social and cultural phenomena.

The analysis presented here sheds new light on how social and cultural understandings of mental illness frame and manifest themselves in interactions between people suffering from mental illness and those not suffering, mediated through emotions, but in subdued ways, with latent meanings not clear to the persons involved. It is difficult and disturbing to see and recognise mental illness as difference and sameness at the same time, and this easily shapes categorisations of difference and deviance as in the first step of the interpretation, or creates invisibility and lack of recognition of the sufferings, as in the second step of interpretation. The autoethnographic approach also included the bodily and sensuous experiences of the researcher, which created access to the bodily aspects and the situatedness of the person suffering from mental illness. The body spoke to the interviewee, as well as to the researcher, and created a new consciousness of the cultural expectations of bodies in control in “normal” life versus bodies with unknown subjective powers. This was even brought into the group setting, facilitating a closer look at mental disturbance as an aspect of everyday life.

The relationship in this case between the researcher and interviewee was a process of transference and countertransference, where the researcher captured and remembered more about and from the interviewee than she was actually aware of, and these experiences remained in the body as sensations. The researcher had sensations of discomfort which she reacted upon emotionally and bodily. The psychodynamic text analysis and the first presentation in the interpretation group helped the researcher by reinforcing these feelings of discomfort, and she was able to objectify them. But the turning point was the written narrative. By writing a narrative as a kind of introspection, inspired by autoethnography, the researcher came closer to the bodily sensations which turned out to be a source of knowledge. The narrative allowed for the researcher’s understanding of the sameness in the process, but her identification process prevented her from experiencing the otherness. In the interpretation group there was a countertransference reaction to the proximity and identification process, which led to an introspection of the autoethnographic representation of the interview. The following analysis enabled the researcher to discover the otherness in the interview situation, and in this particular case to recognise the difference in our sameness.

This interpretation process enriched the understanding of what was active in the interrelational space between the researcher and the interviewee. It is particularly suitable for the research of specific cultural situations and for investigating the feelings, experiences, and frustrations which are apparent in professional work with people from different backgrounds, with differentiated life histories. This approach to analysis and interpretation made feelings come alive in analysis and allowed the researcher to “be touched by” and “keep in touch with” the way human beings use various strategies for existing in the world and how everyday life is experienced and lived. Furthermore, this approach provided a way of creating knowledge about people’s experiences of living in a modern complex society and also revealed aspects of social reality and dimensions of the social phenomena of living with mental illness that are hidden or excluded from public discourse. In conclusion, the focus on affective, cognitive, and bodily processes of the researcher provides a critical input to understanding processes of transference and countertransference in interpretative research.

## 21. Diskussion af erfaringsfelter fra den psykiatriske kontekst

I dette kapitel vil jeg forsøge at indfange nogle af pointerne, som jeg har fremanalyseret i de tidligere kapitler og diskutere dem i forhold til læring som erfaringsdannelse. I de foregående kapitler rettede jeg opmærksomheden på kompleksiteten med subjektive erfaringer, hvor jeg i dette kapitel vil relatere dem til en bredere social kontekst, hvor erfaringsdannelsen tager form.

### Sprogfællesskab og erfaringsdannelse

I analyseafsnittene blev det tydeligt, at kontakten med det psykiatriske system er betydningsfuld, da de fleste af patienternes og brugerstøtternes tænkning og praksis blev formet af de dominerede fortællinger om psykisk sygdom, og at de identificerede sig med de psykiatriske diagnoser, hvor de f.eks. udtrykte ”jeg er skizofren”. Diagnosticeringen spiller en så dominerende rolle, at personerne fusionerer sig selv med sygdommen og identificerer sig selv i forhold til en bestemt sygdomskategori. Der opstår en form for slutning mellem symptomer og diagnose, hvor diagnosen medvirker til at fastlåse personen i denne forståelse.

I behandlingspsykiatrien, er der et samfundsmæssigt krav om og forventning til de professionelle om, at patienterne bliver diagnosticeret hurtigst muligt, så der kan iværksættes en effektiv behandling. Der er endvidere retningslinjer for, at udskrivedatoen skal foreligge hurtigt efter indlæggelsen. Patienternes situation afklares dermed ud fra diagnostiske kategorier og institutionelt fastlagte forståelsesrammer, som modsvarer de foranstaltninger og handlingsmodeller, som den psykiatriske velfærdsinstitution råder over.

Diagnoser er, som kategorier, uafhængige af konteksten og personens livshistoriske erfaringer. I diagnostiseringsprocessen reduceres subjektet med sine livshistoriske erfaringer til en almen sygdomskategori, som ikke rummer helheden i personens liv. Når patienterne og brugerstøtterne identificerer sig med de institutionelle sygdomskategorier, opstår der processer, hvor de risikerer, at distancere og objektivisere deres livshistoriske erfaringer. Det betyder, at diagnostiseringsprocessen og behandlingsdiskursen kan medføre, at patienterne og brugerstøtterne tilpasser sig rollen som patient, som ikke inkluderer subjektets egen tilgang til og erfaringer med indholdet. De subjektive og sociale dynamikker forstærker derved objektiviseringsprocesserne og svækker oplevelsen af et subjekt – subjekt forhold. I de empiriske eksempler fremgik det, at patienterne oplevede, at de kom i patientrollen, at de ikke indgik i en ligeværdig relation med personalet, som i stedet blev erfaret som nedværdigende. Det er interaktionsformer, som skaber en destruktiv trussel om objektgørelse, hvilket medfører frustration hos patienterne, som producerer aggression mod det psykiatriske system.

I mødet med den psykiatriske institution, opstår der en proces, hvor menneskelige problemer oversættes til systemsprog. Järvinen & Meyer skriver, at personens indflydelse på og magt til at definere sig som person pr. definition er underordnet de professionelles faglige forståelser. Järvinen og Meyer belyser diagnoser ud fra et sociologisk perspektiv, og fremhæver, at institutioner skaber og påvirker problemidentiteter bl.a. via den diagnostiske proces, og at personer forventes at påtage sig specifikke identitetskonstruktioner (Järvinen & Mik-Meyer, 2003).

Dette fremgår også af anden forskning, som viser at patienternes sygdomsforståelse nok er til forhandling, men at det er personalets forståelser, der dominerer feltet, og at diskurserne er med til at konstituere identiteter som psykiatriske patienter. De indlagte personer tilpasser sig hurtigt personalets diskurser (Ringer, 2013) (Øvre Sørensen, 2006) (Larsen, 2002) (Buus, 2005).



Identitetskonstruktionen, som psykisk syg forstærkes af, at psykoedukation er blevet integreret på mange afdelinger, som et undervisningstilbud til de indlagte personer. Psykoedukation er undervisningssessioner, hvor personalet underviser patienterne i deres sygdom og i den korrekte behandling. Johansen udtaler, at personalet underviser patienterne i at være patienter på den rigtige måde, nemlig den måde, som personalet bedst kan håndtere. I denne proces internaliserer personalet bestemte måder at anskue patienter og sygdomme på (Schepelehn Johansen, 2005). Psykoedukationen har udgangspunkt i den diagnostiske tænkning.

Der opstår en ikke italesat overensstemmelse mellem patienterne og det psykiatriske personale om et sprogfællesskab, som handler om en bestemt erkendelse af fremmedpsykiske forhold. Når patienterne og det psykiatriske personale taler sammen, er det inden for rammerne af dette fælles sprog, som henviser til fælles betydninger. Patienternes selv- og virkelighedsforståelse er dermed under indflydelse af det institutionaliserede sprogfællesskab, som bliver indskrevet i den enkeltes forventningsstruktur, som kommer til at fungere som horisont for betydningsdannelsen.

Den psykiatriske institution danner rammen for interaktionerne mellem de professionelle og patienterne, som skaber nogle bestemte læreprocesser, der medvirker til og påvirker særlige identitetskonstruktioner. Der opstår med andre ord en proces i interaktionen med det psykiatriske personale, hvor den enkelte lærer at forstå og tale om sig selv på særlige måder. Patienterne danner erfaring med, at deres sanseindtryk kobles til ord, begreber og sprogbrug som kan genfindes i den psykiatriske behandlingsdiskurs, som bliver billeder af, hvordan de forstår deres virkelighed.

Sproget regulerer praksissen, fordi sproget som betydningssystem formidler betydning og inkluderer retningslinjer for handling. Sproget medvirker til at skabe tolkning af virkeligheden som meningsgivende for patienternes handlinger. At lære en ny praksis er også at ændre sig selv. Det er altså ikke ligegyldigt, hvilke erfaringer man danner sig med en ny praksis, da det er en måde at ændre sig selv.

Den sproglige overensstemmelse, sprogfællesskabet og forventningsskabelonen betyder samtidig, at patienterne danner en forventningsstruktur til, hvad de kan tale om, og hvem de kan tale med hvad om. Det fremgik af de empiriske eksempler, at patienterne overvejede, hvad de vil tale med personalet om,

og de fortalte ikke personalet om deres følelser og tanker i forbindelse med deres psykiske lidelse og sammenhængen med deres livshistoriske erfaringer. Det forhindrer yderligere, at der bliver skabt sammenhæng mellem person, livshistorie, kontekst, kultur, historie og omverden. Forventningsstrukturen i sprogfællesskabet udelukker derved grænserne til det forbevidste og ubevidste, når patienterne ikke inddrager deres livshistoriske erfaringer.

Diagnoser er et arbejdsredskab for de professionelle i forhold til at iværksætte en behandling, men behandlingsdiskursen og de medfølgende interaktionsformer, herunder psykoedukation, fremmer ikke en læring, hvor afviste interaktionsformer kan blive tilgængelige for bevidstheden. Behandlingsdiskursen skaber ikke sammenhæng med den erfaringsdannelse, som er blevet forstyrret eller forhindret, og som er blevet utilgængelig for bevidstheden. I stedet bliver den enkeltes erfaringer konverteret til symptomer, som kan behandles med medicin. I et erfaringsdannelsesperspektiv er det et problem, fordi der tages udgangspunkt i et alment begreb om psykisk sygdom og ikke i erfaringsdannelse som subjektive processer, som er forankret i livshistorien, som samtidig er sociale og kulturelle erfaringer med interaktion. I behandlingsdiskursen mangler samspillet mellem person, livshistorie, kontekst, kultur og omverden. Det får betydning for, hvordan den enkelte patient håndterer sin aktuelle situation og sit hverdagsliv efter udskrivelsen.

Fordomme mod personer med psykisk lidelse spiller også en afgørende rolle for patienternes erfaringsdannelse og muligheder for at håndtere deres situation. Det vil jeg reflektere over i næste afsnit.

## **Fordomme og erfaringsdannelse**

Den enkeltes erfaringsdannelse skal også ses i forhold til de fordomme der knytter sig til personer, som bliver diagnosticeret med psykisk sygdom.

Diagnoser er, som generelle kategorier, med til at give en bestemt forståelse af psykisk lidelse. Ifølge Topor bliver mennesker med psykisk lidelse i det psykiatriske behandlingssystem diagnosticeret og defineret med udtryk, der angiver mangler og forstyrrelser med hensyn til viljesliv, kognitive og emotionelle færdigheder, men i en generaliseret form (Topor, 2002) (Topor, 2003). Psykiatriske diagnoser er på den måde anderledes end somatiske diagnoser, som oftest refererer til en organisk årsag. Diagnoser, som udtryk for en persons forstyrrelser og mangler i forhold til en anderledes måde at være eller

handle på, er et af de mange forhold, som danner betydning til den kollektive forståelse af og diskurs om personer med psykisk lidelse.

Det er psykiatriens opgave, skriver Venn, at kortlægge folks abnormiteter og patologier, i form af forskellige diagnoser, hvor der er udarbejdet taksonomier for adfærd, der søger at sætte normer for menneskelig adfærd (Venn, 1984). I dette perspektiv er personens måde at være eller handle på et udtryk for en adfærd, der afviger fra normen. Normer for menneskelig adfærd er kulturspecifikke. Bracken påpeger, at hvad der anses for at være et problem, afhænger af den specifikke kultur og de gældende normer for dette sociale miljø, som den enkelte person skal fungere i (Bracken et al., 2012). Det vil sige, at hvad der bliver anset for at være mangler hos en person og hvilke måder personen bør agere på, er historiske og kulturelt bestemt. For eksempel blev homoseksualitet, som en afvigelse fra normen, først fjernet fra sundhedsstyrelsens liste over psykiske sygdomme i 1981. Psykiatriske diagnoser og normalitetsbegrebet er historiske specifikke konstruktioner, som signalerer en sygdom og livsførelse, som afviger fra de fremherskende normer i samfundet, og som danner baggrund for stigmatisering og marginalisering.

I forhold til det empiriske eksempel med Jess, var det tydeligt, at hans handlinger medførte, at han mistede sit job, nogle af sine venner og sin kæreste, fordi han ikke kunne fungere i de forskellige miljøer i forhold til normerne for den forventede adfærd. Personer med psykisk lidelse bliver således udskilt fra ”de normale”.

Stigmatiseringen og marginaliseringen af mennesker med psykisk lidelse påvirkes også af den mediefremkaldte diskurs, hvor psykisk lidende personer hyppigt forbindes med kriminalitet, overfald og mord. Det er en socialproduceret angst, som generer en følelse af ubehag.

Psykiatriske diagnoser, de samfundsmæssige normer og diskurser afspejler, hvad der opfattes som værende afvigende fra det normale i samfundet på et bestemt historisk tidspunkt. I dette perspektiv medvirker diagnoserne, normerne og diskurserne til, at patienterne ser sig selv og sin verden i lyset af, hvad kulturen i bred forstand formidler af værdier, normer og idealer. Der opstår en proces, hvor de samfundsmæssige forståelser og fordomme om psykisk lidelse bliver internaliseret og de subjektive, sociale og samfundsmæssige dynamikker medfører, at den enkelte patients oplevelser af sig selv og sin omverden til dels organiseres af disse socialiseringsprocesser.

Det er socialiseringsprocesser, der er forbundet med skam og ydmygelse. I det empiriske eksempel med Mette, oplevede hun, at det var det mest ydmygende sted i sit liv. Skammen er meget nedværdigende, når det er indskrevet i det enkelte subjekt som en kulturel formidlet forståelse af hvordan, man bør være og handle som individ. Internaliseringen af den subjektive og kollektive følelse af ydmygelse og skam, er et resultat af den kollektive modoverføringsproces, som er usymboliserede dimensioner i scenen. Det vil sige, at det er erfaringer, som ikke er bevidstgjort, da de ikke er blevet sprogliggjort.

Selvstigmatisering er en ekskluderende faktor, som kan føre til, at den enkelte trækker sig fra social kontakt og anden aktiv deltagelse i samfundslivet til følge. Udover at den enkelte trækker sig fra social kontakt, bliver mange personer med psykisk lidelse samtidig ekskluderet fra deltagelse i samfundet. I dagligdags tale kobles marginalisering ofte til arbejdsløshed. Mange mennesker med psykisk lidelse oplever da også problemer med at vende tilbage til arbejdsmarkedet efter at være blevet diagnosticeret med psykisk sygdom. Rapporten fra OECD viser, at hver anden førtidspension blev tildelt personer forårsaget af psykiske sygdomme i 2007. Samtidig vender disse personer ikke tilbage til arbejdsmarkedet (OECD, 2010). Der kan være mange forklaringer på dette fænomen, men samfundsmæssige fordomme og uvidenhed om psykisk lidelse præger billedet. Fordomme og myter som f.eks., at mennesker med psykisk sygdom er farlige, mindre begavede eller socialt dårligt fungerende, spiller en afgørende rolle for stigmatisering og stereotypisering af disse mennesker og dermed for deres ekskludering fra samfundet (SFI Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2013) (Sundhedsstyrelsen, 2013). Mette og Jess havde på hver sin måde oplevet problemer i forbindelse med deres arbejde. Stigmatisering nedsætter livskvaliteten, da det får konsekvenser for tilknytning til arbejdsmarkedet, men også for den enkeltes sociale liv.

Hverdagslivet består ikke kun af arbejdsmarkedet, men det hele levede liv. Udover ekskluderingen fra arbejdsmarkedet er mennesker med psykisk lidelse i risiko for at blive forladt af familie og venner samt miste sit sociale netværk og blive isoleret fra lokal området. Beck-Jørgensen skriver, at disse mennesker ikke bliver tålt inden for normalitetens selvfølgeligheder selvom de paradoksalt nok bekræfter normaliteten (Beck-Jørgensen, 2001). Ekskludering fra samfundet og stigmatisering får dermed alvorlige konsekvenser for den enkeltes liv.

Forståelsen af psykiske lidelse influerer også på læreprocesserne. Det vil jeg reflektere over i næste afsnit.

## **Personalets sygdomsforståelser**

Personalets forståelse af psykisk lidelse er væsentlig for at forstå den kliniske praksis og de læreprocesser, der skabes mellem personalet og patienterne.

Järvinen og Mik Meyer skriver, at alt socialt arbejde bygger på institutionaliserede praksisformer og problemstillinger (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). Dette fremgik også i analyseafsnittene, men det viste sig også, at den psykiatriske sygdomsforståelse og praksis til en vis grad er åben for fortolkning. Den psykiatriske praksis har ikke fast afgrænsede sygdomsforståelser, selvom det umiddelbart fremgår af de forskellige diagnosemanualer.

I praksis opstår der alligevel relativt stabile sygdomsmodeller på trods af, at opfattelsen af sygdommene forhandles af det psykiatriske personale, og at der kan være forskellige sygdomsforståelser blandt personalet. For det første stabiliseres de forskellige sygdomsmodeller i den enkelte afdeling bl.a. på grund af supervisorsseancer. Her lærer personalet at opfatte sygdom og behandling på bestemte måder, og danner dermed specifikke problemforståelser og specifikke ideer om, hvad der er bedst for patienten. I disse sessioner bliver individuelle og afvigende opfattelser ekskluderet (Schepele Johansen, 2005).

For det andet er der en tendens til, at det psykiatriske personale flytter rundt mellem forskellige sengeafsnit og forskellige afdelinger, indtil de finder et sted, hvor de passer ind. Det personale, som har en anderledes sygdomsopfattelse eller opfattelse af behandling end det øvrige personale, flytter afdeling, frem for at ændre på noget i den eksisterende kultur (ibid.).

For det tredje synes den egentlige sygdomsmodel blandt personalet at blive til en *medicin-adfærds-model*. Det skyldes til dels, at den medicinske behandling er den primære behandling, som har en dominerende position i behandlingen af psykiatriske sygdomme. Andre behandlingstiltag, f.eks. samtaleforløb, bliver opfattet som noget, der kommer efter den medicinske behandling, når patienten f.eks. er blevet apsykotisk og stabiliseret af den anti-psykotiske medicin. Patienterne når ofte ikke frem til disse sekundære behandlingstiltag fordi, når patienten er blevet god nok til at indgå i samtaleforløb, er vedkommende som regel også god nok til at blive udskrevet fra afdelingen (ibid.). I de afdelinger,

hvor brugerstøtterne besøgte patienterne, var samtaleterapi ikke et tilbud eller en del af behandlingen.

Ringer viser i sin afhandling, at personalet i psykiatrien har ideer om, hvad der er sygt og hvad der er normalt. Det medfører, at personalet gør sig forestillinger om, hvilke patienter, der er psykisk syge på den rigtige måde. Når personalet oplever, at patienterne ikke er patienter på den rigtige måde, risikerer patienten at blive opfattet som problematisk, som en der er for rask til behandling, eller som en patient, der mangler sygdomsindsigt, og som dermed er svær at inddrage i behandlingen (Ringer, 2013).

Personalets opfattelse hviler på en række forestillinger om, hvordan de skal anskue patienternes problem og dets løsning. Der er med andre ord en række forhold ved den psykiatriske praksis, der gør det meningsfuldt at anskue personalets sygdomsopfattelse som styrende for deres overvejelser og handlinger i forhold til patienternes pleje og behandling. Personalet arbejder med patienterne ud fra specifikke problemforståelser og ud fra specifikke ideer om, hvad der er bedst for patienten. Det er opfattelser, der influerer på hvilke læreprocesser, der bliver igangsat og dermed på patienternes identitetskonstruktion.

Personalets forståelser kan være i åbenlys konflikt med patienternes. I det empiriske eksempel med Jess, havde han for eksempel tilegnet sig den fællesproglige behandlingsdiskurs, men når han rettede henvendelse til personalet for at få hjælp, kunne de ikke hjælpe ham. Det kan der være flere forklaringer på.

For det første har personalet en forståelse af, at Jess har en syg og en rask del, og at han skal bearbejde sin situation, så han fremmer den raske del. Ifølge Høgsbro udvikles en diskurs mellem patienterne og personalet, hvor sygdommen, afgrænses til at vedrøre en afgrænset del af patienten. Der kan være uenighed om, hvor stor en del af deres forestillingsverden, der knytter sig til sygdommen, men der eksisterer en konsensus om, at det er muligt at skelne mellem den syge og raske del (Høgsbro, 2003). Jess forstår ikke opdelingen i en syg og en rask del og bliver vred over fremstillingen.

Høgsbro har identificeret en idealtypisk måde at forholde sig til sindslidelse på, hvor patienten opfatter at *hele personen er syg*. Den type er ikke den fremherskende, men hvor den gør sig gældende, er situationen fortvivlende (ibid.). Jess har behov for at skabe mening i sin situation, så han tilegner sig en for-

ståelse af, at hele hans person er syg. Det er en forståelse, som ligger i forlængelse af den bio-medicinske forståelse. Det er en situation, der er fortvivlende for personalet, som ikke kan finde et medicinsk præparat, der kan fjerne eller lindre hans problemer. Det er en fortvivlende situation for Jess, da der er tale om angstfulde erfaringer, som er fortrængt fra bevidstheden, hvorfor han ikke kan bearbejde dem og handle herpå.

Grundlæggende er der tale om meget forskellige forståelser mellem personalet og Jess. Det er forståelser, som præger psykiatriens historie og som både har folkelige og videnskabelige rødder. Ifølge Lindhardt, kaldes den ene strømning for den neutrale. Her rammer sygdommen personen, som noget der opfattes som neutralt i forhold til ens eget ansvar. Man kan ikke gøre for det. Situationen er bestemt af skæbnen, og det er ikke nogens skyld (Lindhardt, 2011). Det er en opfattelse, som hænger tæt sammen med den bio-medicinske opfattelse eller apparatfejlsmodel, hvor det er op til de professionelle at gøre skaden god igen. Patienterne er uden skyld og kan ikke gøre så meget. Jess repræsenterer denne opfattelse. Ifølge denne forståelse befries han for skyld og han kan stille sig passiv over for forløbet.

Når personalet, i det empiriske eksempel med Jess, opfordrer ham til, at han skal bearbejde sin situation, er det et udtryk for, at personalet har en forståelse, hvor de kan se en sammenhæng mellem hans lidelse, hans livshistoriske erfaringer og interaktionen med det omgivende samfund. Problemet er, at personalets forståelse forbliver som en forklaring for Jess. Interaktionsformerne er blevet fortrængt fra bevidstheden, hvorved Jess ikke i stand til at forstå sin situation og italesætte sine erfaringer, men overlades til at blive i sin lidelsesfulde situation. Jess er ikke i stand til at bearbejde sine erfaringer med lidelsen.

Når personalet betragter patienterne som havende en syg og en rask del opstår et andet problem, da personalet kan opfordre patienterne til at tage ansvar for og bearbejde deres situation, hvilket de som sagt ikke altid er i stand til. Det er en sygdomsforståelse, som Lindhardt kalder for den moralske. Den henviser til, at det er egenskaber hos individet selv, der gennem udvikling, opvækst, egne handlinger og konflikter mellem personens interaktioner med omgivelserne, der er med til at fremkalde sygdommen. Her er skyld meget central. Den psykiske sygdom opfattes som noget, man selv kan gøre for, eller som omgivelserne kan gøre for. Det er samtidig en opfattelse, der pålægger personen ansvar for, at man selv kan gøre noget for at komme ud af igen

(ibid.). Den moralske holdning bliver herved nemt moraliserende, og den pålægger de involverede personer skyld. Personalets opfordring til patienterne om selv at gøre noget og selv tage ansvar for sin situation, kan let medføre og forstærke følelsen af, at det er vedkommendes egen skyld. Mette følte sig for eksempel på sit mest ydmyge sted og fortalte flere gange, at hun bare måtte prøve noget og bare gøre noget. I interaktionerne mellem patienter og personale opstår der subjektive og sociale dynamikker, som nemt kan producere opfattelser af at blive pålagt eller selv pålægge sig ansvar og skyld.

Problemet er, som tidligere nævnt, at der er tale om afviste interaktionsformer, som ikke er blevet sprogliggjort og dermed gjort tilgængelig for bevidstheden. Dette vanskeliggør, at den enkelte patient kan tage ansvar for sin situation på en demokratisk og myndiggørende måde.

Patienternes sproglige udsagn bliver nok relateret til deres livshistorie, men der er mere tale om forklaringsmodeller og tilgange, hvor personalet ikke tager udgangspunkt i patienternes gestus, sanselige oplevelser og sproglige udtryk. Personalet har formentlig intensionen om at åbne op for patienternes ubevidste og forbearbejdede erfaringsmateriale, men i stedet lukker de for det og udelukker det af den fælles kommunikation.

At tage ansvar for og bearbejde sin situation er blevet problematiseret i forhold til forskellige sygdomsforståelser. Det er forståelser, som skal relateres til de politiske og økonomiske dagsordner. Det vil jeg reflektere over i næste afsnit.

## **Den ansvarliggjorte psykiatriske patient**

I sundhedssystemet blev modtagerne af sundhedsydelserne tidligere tillagt en passiv rolle, der var defineret ved følgende:

Patienten er en borger, som har en fysisk eller psykisk lidelse. Denne lidelse formodes at være upåvirket af den pågældende borgers intentioner og bevidste valg. Om end man kan tale om usund levevis, er fysiske og psykiske sygdommes opståen noget, man grundlæggende ikke selv er herre over (Høgsbro, 2003, p. 24).

Det vil sige, at der var en sammenhæng mellem de subjektive og kollektive erfaringer med, at lidelse er uforskyldt, og at der var forventninger om, at det



offentlige var forpligtet til at hjælpe. Det er den situation Jess står i og som skaber irritation over, at han ikke at få den forventede hjælp.

Det er en diskurs, som er ændret markant som følge af paradigmeskiftet i velfærdsstaten. I forbindelse med velfærdsstatens udvikling og de økonomiske begrænsede ressourcer, er der opstået politiske krav til, at interventionerne i sundhedsvæsenet skal sikre høj kvalitet og høj effektivitet for borgerne samtidig med, at man får mest muligt for de begrænsede ressourcer. Det har medført nye strategier, hvor der bl.a. bliver lagt vægt på værdier som selvbestemmelsesret, brugerinddragelse og på recoveryprocesser. Det er et perspektiv, hvor borgerne, sammen med de professionelle, skal inviteres til at formulere egne mål for sundhed. Dette paradigmeskift i tilgangen til sundhed medfører samtidig en forventning om og forventning til, at borgerne skal være aktive i forhold til egen sundhed.

I psykiatrien er kognitiv adfærdsterapi en effektiv interventionsform, hvor man hurtigt lærer at sætte mål for og handle for egen sundhed. Flere af de afdelinger, som medvirkede i dette projekt anvendte principperne i denne terapiform. Præmissen i den traditionelle kognitive terapi er som regel, at dysfunktionelle antagelser omkring en selv og omverden er udviklet som resultater af negative barndomsoplevelser. Disse erfaringer kan senere reaktiveres i mødet med kritiske hændelser, og medieres af negative automatiske tanker, som den pågældende ikke er bevidst om. Disse kognitive mønstre producerer så negative affektive tilstande som for eksempel depression og angst. I den kognitive terapi arbejder man med at omstrukturere de negative tanker, som producerer negative affektive tilstande og som blokerer for handling.

Det kunne tyde på, at Mette har fået hjælp via den kognitive terapi til at arbejde med sin krop og afprøve muligheder. Hun fortæller:

..så prøvede jeg også hele tiden og noget.. jeg prøvede selv noget, altså, hvad kan jeg så..hvad kan jeg så, jeg kan ligesom prøve at finde ud af **hvad** kan jeg egentlig, for i starten troede jeg ikke jeg kunne gå, nå men så kunne jeg godt gå, så når men så kunne jeg gå, så kunne jeg aldrig komme over til byen, nej men det kunne jeg så godt lige pludselig, nå men det kunne jeg så også godt..  
(IM1)

Hendes udsagn er et sprogligt udtryk for, at hun skal tage aktiv del i og ansvar for egen sundhed, samtidig med at hendes sprog repræsenterer en tilgang,

hvor det er afprøvninger af nye handlinger, der er i fokus. Hendes sprog er et udtryk for en særlig diskursiv forståelse.

Selvom den kognitive terapiform er effektiv, finder jeg den problematisk, fordi den slører for nogle forhold. Ifølge Boyle, placerer den kognitive terapi, teoretisk set, negative tidligere livserfaringer, som er erfaret i en fjern fortid, som så afsides beliggende, samt det faktum, at de ikke kan ændres, at de ikke synes at være berettiget til at få opmærksomhed. Derudover mener hun, at ved at konstruere den nuværende tilstand som et resultat af en serie af trigger, er det samtidig underforstået, at de tidlige kritiske erfaringer ikke bliver anset for at være tilstrækkelige i sig selv til at producere alvorlig psykisk lidelse (Boyle, 2011). Den potentielle ødelæggende effekt af tidligere livshistoriske erfaringer med interaktion er anerkendt i denne tilgang, men bliver placeret uden for rækkevidde og bliver ikke inddraget. Det er efter min mening problematisk, når personens livshistoriske erfaringer og kontekst i øvrigt ikke bliver inddraget.

Psykoedukation, kognitiv adfærdsterapi, medicinsk behandling og ingen faste tilbud om f.eks. samtaleterapi er nogle af systemets bud på, hvordan patienterne kan lære at handle kompetent i deres komplekse hverdagsliv med psykisk lidelse. Konsekvensen er, at patienternes og brugerstøtternes sprogbrug viser, på det manifeste lag, at de synes, at personaler er søde, men de erfarer på forskellig vis, at de ikke får den hjælp som de ønsker eller de er utilfredse med måden, som de får hjælpen på.

Pleje- og behandlingstilbuddene hænger tæt sammen med de politiske og økonomiske ressourcer, hvilket jeg vil komme ind på i næste afsnit.

## **Styring af den psykiatriske praksis**

De psykiatriske afdelinger er underlagt særlige vilkår og rammer. Mange af samtalerne mellem personale og patienterne er styret ud fra institutionens formål, rationaler og vilkår dvs. oplevelser, der i høj grad er styret af institutionens objektive strukturer. Maj, en af patienterne, fortæller:

Maj: Personalemæssigt kan man sige, at det er sådan meget mere, det er sådan lidt mere medicinsk orienteret, synes jeg, det er sådan, hvor er du henne nu, hvad skal du have af medicin og hvordan går det, har du sovet godt om natten, det er meget mere sådan patient orienteret, hvor jeg følte mig jo ikke som en patient når jeg mødtes med Ann og Dorte overhovedet, bare at det

var mere ligeværdigt og snakke ud fra den sådan mere menneskelige side af det, hvor det synes jeg ikke der er så meget plads til mht. personalet fx, det bliver meget mere sådan medicinsk orienteret, hvordan har du det, sover du, kan du spise og bom bom bom..., hvor det andet her var meget mere sådan venskabeligt, vil jeg sige (IMa1).

Personalet skal observere for almene behov som f.eks. behovet for hvile, ernæringstilstand etc., og de skal observere patientens symptomer. Endvidere skal personalet give medicin og observere effekten af medicinen. Det professionelle personale arbejder med kravet om målrettethed i form af sygeplejediagnoser og kravet om dokumentation af deres arbejde. Endvidere har en psykiatrisk afdeling en bestemt struktur og døgnrytme, og plejen/behandlingen er organiseret på bestemte måder. Interaktionen mellem patienterne og de professionelle finder sted inden for disse institutionelle rammer, vilkår og betingelser.

I det empiriske eksempel med Jess opstod der en situation mellem Jess og personalet, hvor de havde forskellige dagsordner, hvilket afspejler en situation med manglende ressourcer. Jess ønskede hjælp i forbindelse med sine selv-mordtanker og ønskede ikke at blive udskrevet. Jess kunne ikke overkomme sin situation og havde brug for at underlægge sig hospitalets totale omsorg. Dette kom i konflikt med hospitalets ressourcestyring og Jess' ønsker blev på det nærmeste afvist. Personalet forsøgte, at forklare Jess, hvorfor han skulle udskrives, og at han skulle lære at være alene igen. Deres dagsordner var i konflikt. Konflikterne opstår der, hvor systemet ikke tilgodeser patienternes dagsorden, og som skaber spændinger i relationen, som kommer til at dreje sig om modstand og følelighed/tilpasning.

I en rapport om opgaveudvikling på psykiatriområdet fremgår det, at psykiatriske patienter ikke får den nødvendige behandling. Der mangler simpelthen sundhedspersonale til at varetage opgaven og ca. 3000 indlæggelsesdage til patienter med behov for indlæggelse, der i dag ikke er plads til (Madsen et al., 2011).

Jess' indlæggelse handlede om en kort og målrettet medicinregulering, hvorefter han skulle udskrives. Personalet i afdelingerne står på den måde i et spændingsforhold mellem modsatrettede opgaver: de skal udskrive patienterne hurtigst muligt, fordi der er andre patienter, der har akut behov for pladsen samtidig med, at personalet skal give dem en tilstrækkelig pleje og behandling. Patienterne bliver på den måde objekter for personalets kalkulerings

i forhold til indlæggelseskapa­citeten. Den modsætningsfyldte praksis besværliggør og forhindrer den nærværende omsorg og en kommunikation, der tager udgangspunkt i patienternes ytringer og ikke kun i procedurer og regler.

Regeringens psykiatriudvalg skriver, at den manglende indlæggelseskapa­citet tidligt i sygdomsforløbet eller den manglende mulighed for langvarig stabiliserende indlæggelse kan være en forudsætning for et godt ambulant forløb (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013). De politiske intentioner er væsentlige, men de hænger ikke altid sammen med virkeligheden og viser, at det professionelle personale er i en presset og vanskelig situation, hvor de arbejder i et miljø med mangelfulde ressourcer.

Rhodes peger på, hvordan det psykiatriske personale på en akut modtagelse håndterer denne modsætningsfyldte praksis. Hun viser, at personalet anvender forskellige handlingsstrategier med bl.a. provokerende og ironiske verbale udtryk. Personalets forståelse kom ikke til udtryk som integrerede meninger i relation til arbejdet, men mere som en kontinuerlig konfrontation med tvetydigheder og modsætninger. Rhodes påpeger, at personalet var indlejret i et krydsfelt af modsigelsesfyldte forventninger. Deres tale afspejler denne modsætningsfyldte praksis, som manglende kontinuitet og intensitet, som burde følge med opgaveløsningen (Rhodes, 1995).

Personalet repræsenterer således en kompleks og modsætningsfyldt praksis, hvor patienterne blev repræsentanter for følelser af f.eks. vrede, ligesom i tilfældet med Jess. Den modsætningsfyldte praksis betyder, at det arbejde, der gav mening og kvalitet for personalet er blevet en afmagtssituation og belastning for dem. Personalets vredesudtryk skal ikke betragtes som individuelle subjektive udtryk, men som udtryk for fundamentale kollektive erfaringer med ambivalenser i den psykiatriske praksis. De subjektive og samfundsmæssige erfaringer med den modsigelsesfyldte praksis er blevet fortrængt og betydningen heraf kan dermed ikke sprogliggøres, forklares og begrundes.

Personalets roller og funktion er logisk bundet til ressourcestyring inden for det offentlige system. Det psykiatriske omsorgsarbejde er underlagt de tiltag til moderniseringen og professionaliseringen, som foregår i den offentlige sektor. En modernisering, som har medført en organisering af arbejdet, som i stigende grad følger New Public Management Modellen, som har betydet en øget kvalitetssikring med standardisering af ydelserne og dermed en rationalisering af arbejdet. Ydelsernes værdi og deres effekt skal dokumenteres gen-

nem formaliserede beskrivelser og målinger af arbejdet. Andersen & Dybbroe fremhæver, at det har medført et krydspres på de professionelle. På den ene side er de professionelle tynget af de politiske direktiver, som regulerer deres daglige arbejde. På den anden side er de tynget af de forventninger, som modtagerne af ydelserne har til de professionelle, og som de professionelle ikke kan tage sig tilstrækkeligt af (Lundgaard Andersen & Dybbroe, 2011). Flere forskere<sup>6</sup> har peget på, at udviklingen og effektiviseringen af sundhedsvæsenet har medført en dalende kvalitet for brugerne og et ringere arbejdsmiljø for de ansatte.

## Afrunding

Afsnittene i dette kapitel viser, at den erfaringsdannelse patienterne tilegner sig i den psykiatriske praksis får betydning for, hvordan patienterne forstår og håndterer deres aktuelle situation og deres hverdagsliv efter udskrivelsen. I kapitlet fremgår det endvidere, at det kollektive ubevidste indhold presser sig på den enkeltes erfaringsdannelse. Det er ubevidste og førbevidste erfaringer, så hvis de ikke bliver sprogliggjort, bliver de ikke gjort tilgængelige for bevidstheden, og interaktionsformerne kan derved ikke diskuteres eller reflekteres, hvilket vanskeliggør myndiggørende og frigørende læreprocesser.

## 22. Diskussion af erfaringsfelter fra brugerstøttepraksissen

I dette kapitel vil jeg diskutere brugerstøtte som en fremtidig praksis i psykiatrien med de potentialer og udfordringer, som en sådan praksis rummer. I diskussionerne vil jeg tage udgangspunkt i den konkrete brugerstøttepraksis, som jeg har studeret i denne afhandling.

### Ideen med brugerstøttepraksissen

I diskussionen om brugerstøtte som en fremtidig praksis er det væsentlig at gøre sig klart, hvad ideen eller formålet er med den pågældende praksis.

---

<sup>6</sup> Se denne artikel samt Tidsskrift for arbejdsliv. 8. årgang. nr. 1 Februar 2006, som omhandler dette problem.

Der eksisterer forskellige interesser, der hver har deres legitime fokus og særlige perspektiv på en praksis med brugerstøtte. En brugerstøtte kan overordnet betragtes ud fra et velfærdsstatsligt, et liberalistisk og et demokratisk-emancipatorisk perspektiv. Tiltag omkring brugerstøtte er præget af disse forskellige ideologiske perspektiver, som kommer til udtryk i forskellige strategier.

Ideen med den brugerstøttepraksis, som jeg har studeret i denne afhandling var, at brugerstøttepraksissen skulle bygges op om demokratiske – emancipatoriske interesser. Perspektivet skulle lægges på de samfundsmæssige fremmedgørelsesprocesser, der ligger til grund for bevidstheden og de frigørende dimensioner, der er knyttet til de specifikke kontekster og måder at tale på. Praksissen skulle fremme et demokratisk og socialt forandringsarbejde med fokus på frigørende og myndiggørende erfaringsdannelsesprocesser, som skulle understøtte både kollektiv og individuel handlekapacitet.

Denne ide og disse perspektiver rejser mange spørgsmål til den konkrete brugerstøttepraksis. Det vil jeg komme ind på i de følgende afsnit.

## **Er brugerstøtternes opgave at skabe frigørende og myndiggørende erfaringsdannelsesprocesser?**

Det første spørgsmål er, hvad man kan forvente af de erfaringsdannelsesprocesser, der skabes i den konkrete brugerstøttepraksis.

Kaare Nielsen taler om, at kvaliteten i læreprocesserne drejer sig om, i hvilket omfang den konkrete overførings- og modoverføringsdialog bringer personen i kontakt med hidtil ukendte erfaringslag og oplevelsesformer (Kaare Nielsen, 2001). I forhold til Lorenzers teori om psykisk lidelse, handler det om at få sprogliggjort endnu ikke symboliserede og de desymboliserede interaktionsformer, da symboliseringen gennem sproget sætter den bestemte interaktion på begreb og gør dermed verden tilgængelig. Lorenzer fremhæver samtidig, at den subjektive og kollektive konstruktion af psykisk lidelse er en kompleks størrelse, som rummer en langt større kompleksitet med subjektive livshistoriske erfaringer, som skal ses i en bredere social kontekst, hvor subjektiviteten tager form. Der er altså tale om yderst komplicerede erfaringsdannelsesprocesser, hvor det bliver problematisk at vurdere læreprocesserne i brugerstøttepraksissen ud fra Kaare Nielsens begreb om kvalitet.

I en brugerstøttepraksis kan der ikke stilles forventninger til brugerstøtterne om, at de skal kunne tage vare på disse komplicerede læreprocesser. Der er tale om dialoger mellem to personer med hver deres livshistoriske erfaringer, hvorved det ikke kan tages for givet, at deres møder skaber nye erfaringsdannelsesprocesser, som er frigørende og myndiggørende. Endvidere kan læreprocesserne ikke afgrænses til de rum, der bliver skabt mellem brugerstøtterne og patienterne, da de subjektive livshistoriske erfaringer, som tidligere nævnt, skal ses i en bredere social kontekst, hvor subjektiviteten tager form. Det er derfor heller ikke relevant at måle på effekten af deres praksis. Det bliver mere aktuelt at se på, hvilke læreprocesser den konkrete praksis skaber muligheder for.

## **Hvilke læreprocesser bliver mulige?**

Først vil jeg fremhæve, at de patienter der fik besøg af brugerstøtterne tydeligvis var truet på deres subjektivitet og erfarede en spaltet praksis. Brugerstøtterne har erfaringer hermed, men de var i en proces, hvor de havde fået deres hverdagsliv til at fungere igen. Samtidig har brugerstøtterne bl.a. via brugerstøttepraksissen fået reflekteret over oplevelser og erfaringer med psykisk lidelse, hvilket gør, at der er tale om forskellige udviklingsprocesser og myndiggørelsesprocesser hos patienterne og brugerstøtterne.

I den konkrete brugerstøttepraksis blev der skabt muligheder for nogle særlige rum med ligeværdige og kreative dialoger, som skabte mulighed for at brugerstøtterne kunne understøtte det dynamiske erfaringsarbejde både hos hinanden og hos patienterne, som handlede om at danne nye erfaringer i forhold til de nye vilkår og betingelser. Brugerstøttepraksissen rummede potentiale for nogle sansebaserede læreprocesser, hvor brugerstøtterne blev beholder for bl.a. patienternes frustrationer og aggressioner, og hjalp dem med at sætte ord herpå, og hvor de opnåede symbolværdi for patienternes ønskede scener, samt for håbet om at få det bedre. Der blev skabt nogle læreprocesser, som kunne føre til sprogliggørelsen af fortrængt materiale og dermed rummer praksissen muligheder for frigørende og myndiggørende processer.

Men der er tale om så komplekse erfaringsdannelsesprocesser, hvor brugerstøtterne ikke altid eller i begrænset omfang kan understøtte disse processer. Særligt i de tilfælde, hvor der er sket en resymbolisering af det fortrængte, men hvor det fortrængte ikke er blevet koblet til de oprindelige symboler, bevirker det dannelsen af et privatsprog. Betydningerne i privatsproget er svær

tilgængelig for personen selv og for andre. Det er en forsvarsproces på baggrund af reel angst. Forsvaret og omfanget af angsten medfører, at det kan være meget vanskeligt at bearbejde det fortrængte. Det bliver endnu vanskeligere at hjælpe, når symbolerne udvikles til tegn, som udtryk for at klicheen har mistet sin relationskarakter. Det er en svækkelse af den emotionelle betydning for subjektet. Det empiriske eksempel med Jess er langt hen ad vejen et eksempel herpå.

Brugerstøtterne oplevede, at de lyttede og tog udgangspunkt i patienternes behov, men de erfarede også, at læreprocesser er individuelle, og at det ikke er alle patienter, som de kan hjælpe med ny erfaringsdannelse. Brugerstøtterne erfarede, at der er tale om komplicerede erfaringsdannelsesprocesser, som kan være vanskelige at arbejde med. Særligt taget i betragtning af, at de fleste af patienterne kun fik besøg i ca. 3 måneder. For at der kan skabes læreprocesser som dialektiske processer, skal der være tale om langvarige læreprocesser. I den konkrete brugerstøtte praksis var det kun 5 af patienterne, der fik besøg i en periode på et år.

I diskussionen om der blev skabt frigørende og mynddiggørende erfaringsdannelsesprocesser i forhold til patienternes læreprocesser, mener jeg, at de sanselige læreprocesser er udgangspunktet herfor. Endvidere mener jeg, at det var brugerstøtternes nye erfaringsdannelse og det rum, som blev skabt i interaktionen med patienterne, der som strukturel mulighed åbnede for nye horisonter og som kunne fremme nye erfaringsdannelsesprocesser med psykisk lidelse.

Brugerstøtternes er dog forskellige steder i deres erfaringsdannelsesprocesser, som følge af, at de har forskellige livshistoriske erfaringer. Spørgsmålet er, om der skal være plads til andre interesser og forståelser i brugerstøttepraksissen end den demokratisk-emancipatoriske interesse.

## **Brugerstøtternes erfaringsdannelsesprocesser - skal der være plads til mange forståelser og interesser?**

Udfordringen for brugerstøtterne var, at patienternes tænkning og praksis ofte er formet af de dominerede fortællinger om psykisk sygdom. Patienterne er ligesom dem selv blevet defineret ud fra den diagnostiske behandlingsdiskurs og de dominerende psykiatriske diskurser, der hersker på den konkrete afdeling. I en eller anden udstrækning har patienterne påtaget sig eller accepteret



en identitet som psykisk syg, hvilket virker socialiserende og handlingsorienterende for håndteringen af hverdagslivets betingelser. Brugerstøtternes udfordring var at udfordre disse forståelser.

Det væsentlige var, at der skulle være tale om læreprocesser, der fremmede et frigørende potentiale og som var fri for undertrykkende forhold. Perspektivet skulle lægges på de samfundsmæssige fremmedgørelsesprocesser, der ligger til grund for bevidstheden og de frigørende dimensioner, der er knyttet til de specifikke kontekster og måder at tale på.

I analyse afsnittene fremgik det, at flere af brugerstøtterne diskuterede og reflekterede over forskellige historiske marginaliserede fortællinger i et almindeligt hverdagslivssprog. Brugerstøtterne reflekterede over modsætningerne i forhold til patienternes værdier, tankesæt og handlemåder. Brugerstøtterne gjorde patienternes virkelighedsforhold til en genstand, et overfor, der kunne arbejdes med. Det handlede om muligheden for at frisætte de subjektive dynamikker i forståelsen af psykisk lidelse i forhold til den enkeltes konkrete livssammenhæng og udvikle en hverdagsforankret diskursiv praksis.

Jeg kan ikke garantere, at brugerstøtternes udsagn ikke var buzzwords fra det fælles læringsrum, men i analyserne træder det frem, at de kæmper med forskellige sygdomsforståelser og normalitetsbegrebet. De trænger ind i disse forståelser og reflekterer over dem.

Læreprocesser er subjektive og står i forbindelse med den enkeltes livshistoriske erfaringer. Erfaringsdannelseprocesser er derfor forskellige. Det skaber mulighed for, at andre forståelser kunne gøre sig gældende, og at de herskende psykiatriske mønstre og diskurser kunne blive repeteret. Dette ville hindre brugerstøttepraksissens civilsamfundsmæssige potentiale med et demokratisk perspektiv. Det stiller spørgsmål ved, hvorvidt der skal være plads til mange forskellige problemforståelser, eller om organiseringen af en brugerstøttepraksis skal danne platform for en fælles problemforståelse.

Spørgsmålet er, hvordan man skal forholde sig til andre diskurser sammenholdt med at læring sker over tid. I en brugerstøttepraksis skal der være plads til at udfordre etablerede forståelser, men spørgsmålet er, hvor længe der skal være plads til at udfordre stabiliserede erfaringsdannelser. Det er et spørgsmål, som handler om rummelighed, men også et spørgsmål om, hvilke værdier et nyt og anderledes projekt skal tegne udad til og opad til i de politiske

diskussioner. Disse spørgsmål fører videre til en anden problematik, som handler om prioritering.

## **Hvem skal tilbydes besøg?**

Spørgsmålet er, hvilke patienter, der skal tilbydes besøg af en brugerstøtte. Jo længere tid den enkelte person har været tilknyttet behandlingspsykiatrien, desto større mulighed er der for, at vedkommende er socialiseret til de herskende psykiatriske diskurser. I denne afhandling var det patienter, der var indlagt for første gang, som fik besøg af en brugerstøtte i den tro, at det ville lette læreprocesserne med et hverdagslivsperspektiv.

Brugerstøtterne i projektet har været indlagt mange gange, og i analyseafsnittene gav flere af brugerstøtterne udtryk for, at de i havde dannet nye erfaringer med deres liv med psykisk lidelse. Antallet af indlæggelser og antal af år med kontakt til systemet er med andre ord ikke et argument, der vægter i diskussionen.

Det er et spørgsmål om ressourcer, om alle indlagte personer kan få tilbudt besøg af en brugerstøtte, hvor længe de kan få besøg under indlæggelsen og efter udskrivelsen. Det fører videre til spørgsmålet om, hvorvidt den enkelte person skal have tilbud om samtaler med en brugerstøtte inden en egentlig indlæggelse f.eks. hos egen læge.

Endelig kunne jeg forestille mig, at brugerstøtterne kunne fungere som kontaktpersoner i socialpsykiatrien ligesom på handicapområdet, hvor den enkelte person selv vælger og ansætter sine kontaktpersoner.

Platformen for brugerstøtte kan foregå mange steder, men det er væsentligt at fastholde, at det er hverdagslivsperspektivet med demokratiske-  
emancipatoriske interesser, der er produktivt og som rummer frigørende og myndiggørende læreprocesser.

## **Krav til kontinuerlige erfaringsdannelsesprocesser**

Brugerstøtterne aftalte med patienterne, hvordan og under hvilke forhold relationen skulle finde sted, men de vidste ikke, hvad indholdet kom til at handle om. Det er patienterne, der sætter dagsorden og brugerstøtterne kunne der-

for kun i begrænset omfang planlægge møderne, hvilket kan skabe usikkerhed hos den enkelte brugerstøtte.

Derudover tager brugerstøtterne ansvaret for at relationen med patienterne fungerer samtidig med at de oplever, at de skal leve op til patientens forventninger. Det lægger et stort pres på den enkelte brugerstøtte og skaber oplevelser med angst om at blive fravalgt eller forkastet.

Erfaringsdannelse er forbundet med den enkelte brugerstøttes livshistoriske erfaringer. Flere af brugerstøtterne inddrog deres egne erfaringer med at håndtere hverdagens betingelser og vilkår, hvilket ofte var sårbare læreprocesser. Endelig influerer vanskeligheder eller problematikker i brugerstøtternes egen hverdag på deres funktion med at hjælpe andre.

Deres praksis er med andre ord fyldt med usikkerheder samtidig med, at erfaringsdannelsesprocesser foregår over tid. Det kræver kontinuerlige møder, hvor der er rum til at rumme brugerstøtternes frustrationer, men også glæder, og hvor der er rum til, at brugerstøtterne kan få sprogliggjort og reflekteret over deres individuelle og kollektive oplevelser med deres praksis.

Det er også nødvendigt, at projektlederen har kontinuerlig kontakt med den enkelte brugerstøtte både for at rumme frustrationer og som hjælp til at reflektere over individuelle vanskeligheder eller problematikker i mødet med den enkelte patient. Det er også nødvendigt, fordi den enkelte brugerstøttes egen situation kan blive forværret. I forhold til min situation som projektleder, var det en balance mellem at føre en konstruktiv dialog til, at jeg nogle gange måtte kræve, at den enkelte brugerstøtte holdt en pause.

Den kontinuerlige kontakt er særlig væsentlig for at fastholde og fremme de frigørende og myndiggørende erfaringsdannelsesprocesser.

I en brugerstøttepraksis skal der være rum til at bearbejde oplevelser, men man kan stille spørgsmål ved, om der skal være en leder tilstede, som kan lede disse processer og hvem det i givet fald skal være. Jeg mener, at det er vigtigt, at der er en leder, som kan lede og strukturere møderne samt har praksissens formål for øje. Det er også væsentligt, at lederen har erfaringer med at facilitere erfaringsdannelsesprocesser.

I litteraturen fra udlandet peger de fleste på, at lederen af en brugerstøttepraksis skal have erfaringer med psykisk lidelse, men argumenterne hænger sammen med pointen om, at det ikke skal være en leder, som kommer fra det professionelle psykiatriske system. Selvom jeg ikke havde erfaringer fra det psykiatriske system, var mine forforståelser præget af min uddannelsesbaggrund. Jeg har derfor været i en søge- og udviklingsfase, hvor brugerstøtterne har medvirket til, at jeg har dannet nye forståelser af et liv med psykisk lidelse. Det har været gensidige dynamiske erfaringsdannelsesprocesser, som har præget læreprocesserne i læringsrummet.

## **Fantasi og politisk praksis**

I analyseafsnittene fremgik det, at brugerstøtterne dannede erfaring med, at den diagnostiske vurdering underordner det særlige subjekt i et diagnostisk alment begreb, hvorimod i brugerstøttepraksissen bliver det særlige subjekt opfattet som så særligt, at det ikke kan indordnes under noget alment begreb. Det fremgik, at brugerstøtterne oplever sig selv i forhold til et sundheds- og socialvæsen, hvor det kan være svært at blive set og hørt, som den person man er med sine livshistoriske erfaringer og ressourcer. Brugerstøtterne oplever et sundheds- og socialvæsen, som ikke altid er tilstrækkeligt til at tage hånd om patienternes bedringsprocesser. Brugerstøtterne oplever, at de har en ressourceorienteret tilgang til patienterne, og at de formidler håb om et bedre liv til patienterne. Samtidig oplever brugerstøtterne, at de er patienternes betroede, at de hjælper den enkelte patient til at få styr på sin situation og til at stille krav til systemet, samt medvirker til at skabe sammenhæng i sundheds- og socialvæsenet.

Relationerne mellem brugerstøtterne og patienterne er dynamiske relationer, der medfører, at brugerstøtterne føler sig betydningsfulde og uundværlige for patienternes erfaringsdannelsesprocesser. Arbejdet som brugerstøtte producerede oplevelser af at have et meningsfuldt arbejde. Det var oplevelser, som jeg på flere måder delte med brugerstøtterne. Jeg oplevede, at brugerstøtterne gjorde en forskel i psykiatrien, og at projektet var værdifuldt og meningsfuldt.

Der opstod en tilfredsstillelse med projektet, som medførte, at brugerstøtterne og jeg mente, at det var nødvendigt med brugerstøttepraksissens fortsatte beståen. Det var processer, der gjorde det rigtig svært at afslutte projektet. Brugerstøttepraksissen var blevet et arbejde, der var forbundet med erfaringsdannelse, som dannede mening til hver persons livshistorie, og som

dannede betydning til den enkeltes liv. Brugerstøttepraksissen var på forskellig måde blevet rammen om vores liv og virksomhed. Det blev vigtigt for os at holde liv i praksissen.

Den oprindelige ide med projektet blev suppleret af vores ide om organisationens nødvendighed. Vi oplevede, at praksissen var vigtig og nødvendig, fordi vi indfangede en anden og meningsfuld tilgang til patienterne, hvor mening samtidig henviser til, at brugerstøttepraksissen følger afgørende betydning til den samfundsmæssige meningsfuldhed.

Der blev dannet en fantasi, hvor konsekvensen var, at vi blev indfanget i bestemte forestillinger af tilfredsstillelse, som var uden for reelle bevidsthedsbetingelser. Jeg, som leder, formåede ikke at fastholde projektets deadline og at fastholde, at en fremtid med brugerstøttepraksis, ikke kan adskilles fra den politiske praksis.

## 23. Konklusion og perspektivering

Inden jeg sammenfatter og perspektiverer afhandlingens empiriske fund, vil jeg redegøre for afhandlingens perspektiver og særlige pointer, og mit bidrag til forskningen med brugerstøttepraksis.

### **Afhandlingens perspektiver, særlige pointer og bidrag til forskningen med brugerstøttepraksis**

Jeg indledte denne afhandling med at stille spørgsmål til, om der ud fra læreprocesserne hos patienterne og brugerstøtterne kan fremkomme ny viden om ressourcer og evner til nyorientering i livet hos psykisk lidende mennesker, og hvilke aspekter af brugerstøttepraksissen, der har betydning herfor?

Denne afhandling bidrager med et anderledes teoretisk udgangspunkt i forhold til at forstå psykisk lidelse og til at forstå personer, der har eller har haft kontakt med behandlingspsykiatrien.

Psykisk lidelse forstår jeg, med inspiration fra Lorenzers teori om sprogbeskadigelse, som processer med erfaringsdannelse, hvor erfaringer med interaktion er blevet forstyrret i at blive symboliseret eller er blevet desymboliseret. Der er tale om erfaringer med interaktionsformer, som ikke er blevet sprogliggjort eller som er blevet fortrængt fra sproget. I begge tilfælde er erfa-

ringerne ikke tilgængelige for bevidstheden og kan derfor ikke diskuteres eller reflekteres. Pointen er, at patienter med psykisk lidelse ikke kognitivt kan arbejde og tage ansvar for deres situation, når de afviste interaktionsformer ikke er blevet sprogliggjort og dermed gjort tilgængelige for bevidstheden. Den enkelte patient formår dermed ikke tage ansvar for sin situation på en demokratisk og myndig måde. Dette teoretiske perspektiv på psykisk lidelse er en af hovedpointerne i afhandlingen.

Med inspiration fra Lorenzers og Negts forståelse af erfaringsdannelsesprocesser, har jeg interesseret mig for udviklingen af nye måder at interagere med omverdenen på, og betydningen for dannelsen af nye livsforventninger og orienteringsrammer hos personer med psykisk lidelse. I afhandlingen beskriver jeg og giver stemme til den praksis, der foregår imellem brugere og tidligere brugere i psykiatrien, hvilket er mit afsæt til at forstå og vurdere hvad der sker i en brugerstøttepraksis.

Personer som bliver indlagt på en psykiatrisk afdeling er kommet i en situation, hvor vedkommende er truet på sin subjektivitet. Når patienterne derfor udtrykker, at de ønsker ”at få det bedre”, handler det, i denne afhandling, om læreprocesser som erfaringsdannelse, hvor afviste eller endnu ikke sprogliggjorte interaktionsformer kan blive sprogliggjorte, så de kan blive bevidstgjorte og blive tilgængelige for refleksion. Det betyder, at jeg i analyserne har haft fokus på erfaringsdannelsesprocesser, der forhindres eller som medvirker til udviklingen af det myndige subjekt. Dette teoretiske perspektiv på læreprocesser er en anden hovedpointe i afhandlingen.

I afhandlingen når jeg frem til, at sanselige læreprocesser spiller en afgørende rolle for at kunne begynde at erfare og forstå sin situation på andre måder, og at dette blev tilbudt i samarbejdet med brugerstøtterne. Jeg når endvidere frem til, at læreprocesser, som tager udgangspunkt i den kognitive erkendelse, som en logisk tilgang til personer med psykisk lidelse, kan hindre eller udelukke denne erfaringsdannelse.

Psykisk lidelse er interaktionsforstyrrelser, som viser sig ved forskellige forstyrrelser i relationen med andre. I afhandlingen når jeg frem til, at sanselige læreprocesser, hvor der samtidig sker en sprogliggørelse af afviste interaktionsformer og som dermed bliver gjort tilgængelig for bevidstheden kan medføre, at den enkelte lærer at indgå i interaktioner med andre på nye måder.

I afhandlingen diskuterer jeg begrebet recovery. Ofte er recoverybegrebet baseret på en medicinsk fortolkning af sygdom og relateres til et traditionelt sygdomsbegreb. I mange af teorierne om og tilgange til recovery mangler der endvidere en kontekstuel forståelse af recoveryprocesserne. En kontekstuel forståelse, som kan bidrage til, at der også bliver lagt vægt på omgivelserne og hverdagslivet, og hvordan det enkelte menneskes sociale og materielle vilkår kan være en støtte såvel som en hindring for recoveryprocesser. Jeg anvender ikke begrebet recovery, og jeg tager dermed ikke stilling til om den enkelte ”kommer sig” eller ”kommer over det”. Jeg undersøger om den enkelte person oplever nye forståelser, indsigter og får det bedre socialt f.eks. med det empiriske eksempel med Jess, som ikke er mindre lidende, men som har det bedre i samarbejdet med Mia. Jeg taler dermed ikke om recoveryprocesser, men arbejder i stedet med læreprocesser som erfaringsdannelse.

I afhandlingen lægger jeg, i tråd med kritisk teori og den materialistiske socialisationsteori, ikke vægt på individet alene, men også på socialisationen, den historiske foranderlige produktion af den menneskelige subjektivitet. Jeg har arbejdet med forskningsspørgsmålet ved at udarbejde kvalitative eksemplari-ske analyser af bestemte menneskers erfaring i forhold til en bestemt historisk tid og læringsmæssige omstændigheder. Den erfaringssteoretiske ramme har været anvendelig for analysen af erfaringspotentialet hos brugerstøtterne og patienterne i en bestemt brugerstøttepraksis, fordi den har det dobbelte blik på både brugerstøtternes og patienternes oplevelser og på den samfundsmæs-sige realitet. Med den erfaringssteoretiske refleksion blev det muligt at under-søge, hvordan brugerstøtternes og patienternes livshistoriske erfaringer blev integreret med deres nye livssituation og om de kunne rummes heri. Jeg har anvendt erfaringsbegrebet bredt ved at betragte erfaringsdannelse som sub-jektive processer, som samtidig er sociale og kulturelle erfaringer med interak-tion. På den måde har jeg forsøgt at tænke kritisk i og over for feltet.

I analyserne fandt jeg, at den enkelte patients og brugerstøttes fortællinger krydsede både fortid, nutid og fremtid, da disse fortællinger rummer erfarin-ger og håb, som danner betydning til deres oplevelser. Mit empiriske materia-le dækker derfor ikke patienternes og brugerstøtternes samlede livshistoriske erfaringer og oplevelser med et liv med psykisk lidelse. Mine analyser er base-ret på udvalgte oplevelser og fortællinger som patienterne og brugerstøtterne har fundet som subjektive betydningsfulde nok til at fortælle mig. Mine kon-klusioner er baseret på analyser og fortolkninger, hvor jeg har forsøgt at præ-sentere patienternes og brugerstøtternes situationsafhængige og kontekstuelle

måde at forstå og orientere sig på i forhold til en konkret situation. Analyserne og tolkningen af patienternes og brugerstøtternes udtalelser kan altså ikke generaliseres, men kan være eksempler på en erfaringsteoretisk rammeforståelse for mulige erfaringsdannelsesprocesser. I den sammenhæng skal det nævnes, at min forskersubjektivitet har været en integreret dimension i tolkningen, og at jeg på forskellige måder, subjektivt som kollektivt, har arbejdet med at gøre mine erfaringer bevidste.

Patienternes og brugerstøtternes fortællinger og mine analyser og tolkninger repræsenterer ikke brugerstøtterne og patienterne, som de er, eller hvordan den psykiatriske praksis er eller hvordan en praksis med brugerstøtte er. Deres fortællinger og erfaringsdannelse var og er i fortsat bevægelse, og jeg har bestræbt mig på ikke at give et bestemt teoretisk billede af den enkelte patient og brugerstøtte. Mine forskningsresultater kan fortælle os om oplevelsernes kvalitative aspekter og om den erfarings- og betydningsdannelse som praksissen med brugerstøtte gav anledning til i den sociale og kulturelle praksis, som den skrev sig ind i. Intensionen i afhandlingen er med andre ord ikke at lægge vægt på det enkelte individ, men derimod at lægge vægt på og diskutere de strukturer og erfaringsbetingelser for netop denne bestemte gruppe af personer i en bestemt kontekst og under bestemte samfundsmæssige og historiske vilkår.

I min konklusion vil jeg give et billede af afhandlingens analyser og bidrag til en erfaringsteoretisk forståelse af praksissen med brugerstøtte, og diskutere implikationerne for personer med psykisk lidelse, for brugerstøtter og sundhedspolitikere.

## **Læringsperspektiver i den psykiatriske praksis**

I de følgende vil jeg sammenfatte patienternes erfaringsdannelse i relation til den psykiatriske praksis.

### **Sprogfællesskabets betydning for patienternes erfaringsdannelse**

Den psykiatriske behandlingsinstitution danner rammen for interaktionerne mellem de professionelle og patienterne. I analyserne fremgik det, at det særligt er den diagnostiske diskurs og behandlingsdiskursen, men også personalets sygdomsforståelser, som udgør de dominerende diskurser i den psykiatriske praksis. Dette er væsentligt, da sproget som betydningsssystem medvirker til at danne mening og betydning til den enkelte persons livshistorie. Der ek-



sisterer med sikkerhed andre vidensformer og diskurser, som de professionelle trækker på, men i denne afhandling er det nogle strukturelle forhold, som jeg trækker frem på baggrund af patienternes og brugerstøtternes oplevelser og erfaringer.

Diagnoser er generelle kategorier, der beskriver den enkelte persons vanskeligheder, men uafhængigt af personens egne perspektiver og livshistoriske kontekst. Der er tale om diskurser, der primært tager udgangspunkt i et alment begreb om psykisk sygdom og ikke i erfaringsdannelse som subjektive processer, som er forankret i livshistorien som samtidig er sociale og kulturelle erfaringer med interaktion. I et erfaringsdannelsesperspektiv er det et problem, fordi spillet mellem person, livshistorie, kontekst, kultur og omverden mangler.

I analyserne viser jeg, at der i praksis opstår en ikke italesat overensstemmelse mellem patienterne og det psykiatriske personale om et sprogfællesskab, som handler om bestemte måder at forstå og tale om den psykiske lidelse, som medvirker til og påvirker patienternes erfaringsdannelse og subjektkonstruktioner.

Pointen i analyserne er, at når der ikke bliver skabt sammenhæng mellem konteksten og personens livshistoriske erfaringer, åbnes der ikke op for læreprocesser, som kan støtte den erfaringsdannelse, som er blevet forstyrret eller forhindret, og som for den enkelte patient er blevet utilgængelig for bevidstheden. I stedet bliver den enkeltes erfaringer konverteret til symptomer, som kan behandles med medicin.

### **Erfaring med interaktion, der opleves som nedværdigende**

De psykiatriske diskurser, der er de fremherskende i den psykiatriske praksis, medvirker til, at der skabes nogle subjektive og sociale dynamikker som forstærker objektiviseringsprocesserne hos patienterne, men de skaber samtidig nogle modsætningsfyldte erfaringer med interaktion. I analyserne fremgår det, at patienternes stræben efter bestemte scener, som f.eks. ønsket om at indgå i interaktioner med ligeværd, omsorg og beskyttelse, ikke blev opfyldt. I stedet blev deres stræben på det nærmeste afvist, hvilket blev erfaret som frustrerende og nedværdigende. I analyserne viser det sig ved, at patienterne, på det manifeste niveau, er tilfredse med plejen og behandlingen i afdelingerne, men på det latente niveau erfarer patienterne, at de kommer i patientrollen, at de ikke indgår i ligeværdige relationer med personalet, som i stedet bliver erfaret

som nedværdigende, og at de ikke får den nærhed og beskyttelse/omsorg, som de stræber efter.

Det centrale i analysen er, at patienterne danner erfaringer med interaktion, der bliver oplevet som nedværdigende og som producerede aggression mod det psykiatriske system. Det er samtidig erfaringer, som ikke bliver bevidstgjorte, da de ikke bliver sprogliggjorte.

### **Når lidelsen betragtet som et samarbejdsprojekt bryder sammen**

Der opstår et sprogligt fællesskab mellem patienterne og personalet, men alligevel kan deres forståelser være i åbenlys konflikt. Analyserne viser, at der blandt personalet udvikles en diskurs, hvor der er konsensus om, at det er muligt at skelne mellem den syge og raske del hos patienterne, men hvis patienterne ikke deler denne tilgang opstår der en åbenlys konflikt. Konflikten opstår, fordi nogle patienter ikke oplever, at de har en rask del, men mener at hele deres person er syg, og at de skal have medicin for at blive raske. Dette er en fortvivlende situation, særligt når personalet ikke har et medicinsk præparat, der kan afhjælpe patienternes problemer, og når de ikke kan tilbyde andre behandlingsformer. De forskellige sygdomsforståelser, som er på spil mellem personalet og patienterne medfører dynamikker, der bidrager til konflikter. Det skaber utilfredshed hos patienterne, som en irritation eller aggression over ikke at få den forventede hjælp.

I de tilfælde hvor personalet forsøger at hjælpe patienterne med at bearbejde lidelsen og relatere lidelsen til deres livshistoriske erfaringer, bliver patienterne frustrerede, fordi de ikke kan bearbejde deres angstfulde erfaringer, da de er fortrængt fra bevidstheden. Når patienterne ikke kan imødekomme personalets forventninger og krav, oplever patienterne i stedet disse opfordringer som truende eller uforståelige. Analyserne viser, at det kan føre til, at patienterne trækker sig fra interaktionerne, som bliver til sceniske oplevelser af at blive ladet alene tilbage og de danner dermed erfaringer med eksklusionsprocesser. Det betyder, at udviklingspotentialet nedbrydes og bliver regressivt og lidelsen betragtet som et samarbejdsprojekt bryder sammen.

Pointen i analyserne er, at de angstfulde erfaringer med interaktionsformer er fortrængt fra bevidstheden og dermed fra sproget, hvorved de ikke kan diskuteres og reflekteres. Pointen er endvidere, at læreprocesser, som tager udgangspunkt i den kognitive erkendelse, som en logisk måde at tilnærme sig de

fortrængte interaktionsformer, kan hindre eller udelukke erfaringsdannelsesprocessen og i stedet medføre yderligere frustration.

### **Patienterne har vanskeligheder med at bearbejde og tage ansvar for deres situation**

Diskursen om en rask og syg del medfører, at personalet på forskellige måder kan opfordre de indlagte personer til at tage ansvar for og bearbejde deres situation. Analyserne viser, at det er situation, der let producerer følelser af skyld og ydmygelse, og at patienterne oplever, at de bare må prøve at gøre noget. Patienternes sprog afspejler formentlig diskursen i afdelingerne om, at de skal tage aktiv del i og ansvar for egen sundhed, samtidig med, at sproget muligvis repræsenterer en tilgang, hvor det er afprøvninger af nye handlinger, der er i fokus, som f.eks. i den kognitive adfærdsterapi. Analyserne peger på, at der i interaktionerne mellem personalet og patienterne opstår nogle subjektive og sociale dynamikker, som producerer opfattelser af at blive pålagt og selv pålægge sig ansvar og skyld.

Forventninger om, at patienterne skal tage ansvar, skal ses i sammenhæng med velfærdsstatens udvikling og de økonomiske begrænsede ressourcer. De politiske krav skal sikre, at interventionerne i sundhedsvæsenet er af høj kvalitet og effektivitet for borgerne med vægt på værdier som selvbestemmelsesret, brugerinddragelse og på recoveryprocesser samtidig med, at man får mest muligt for de begrænsede ressourcer. Der er sket et paradigmeskift i tilgangen til sundhed, som har medført, at borgerne ikke længere skal betragtes som passive modtagere, men skal ses som aktive og ansvarlige brugere af sundhedsydelserne i sundhedssystemet. De nævnte konfliktsituationer i den psykiatriske praksis skal derfor ses i sammenhæng med, at det psykiatriske omsorgsarbejde er underlagt de tiltag til modernisering og professionalisering, som foregår i den offentlige sektor.

Den centrale pointe i analyserne er, at patienterne ikke på myndig vis kan bearbejde og tage ansvar for deres situation, når de afviste interaktionsformer ikke er blevet sprogliggjorte og dermed gjort tilgængelige for bevidstheden. Den enkelte patient kan dermed ikke tage ansvar for sin situation på en demokratisk og myndig måde.

## **Modernisering af den offentlige sektor – patienterne får ikke den hjælp de ønsker**

Analyserne viser, at der i interaktionen mellem personalet og patienterne opstår nogle modsætningsfyldte strukturer, som ikke er til at undgå. Der er tale om strukturer, hvor patienternes ønsker og stræben efter at få hjælp ikke kan imødekommes, fordi personalets og de indlagte personers dagsordner er i konflikt. Systemet kan ikke umiddelbart tilgodese patienternes ønsker og forventninger, hvorfor det skaber spændinger i relationerne, som kommer til udtryk som aggressioner.

Patienternes uopfyldte ønsker og forestillinger skal ses i relation til de ydre strukturer og vilkår. Personalets roller og funktion er logisk bundet til ressourcestyringen inden for det offentlige system. Det psykiatriske omsorgsarbejde er underlagt de tiltag til modernisering og professionalisering, som foregår i den offentlige sektor. En modernisering, som har medført en organisering af arbejdet, som i stigende grad følger New Public Management Modellen, som har betydet en øget kvalitetssikring med standardisering af ydelserne og dermed en rationalisering af arbejdet. Det har medført et krydspres på de professionelle. På den ene side er de professionelle tynget af de politiske direktiver, som regulerer deres daglige arbejde. På den anden side er de tynget af de forventninger, som modtagerne af ydelserne har til de professionelle, og som de professionelle ikke kan tage sig tilstrækkeligt af.

Analysen peger på, at konfliktsituationerne afspejler en situation med mangel på ressourcer, hvor der mangler personale, sengepladser og ressourcer til langvarige stabiliserende indlæggelser, som forudsætning for en god ambulant opfølgning. Personalet står endvidere i et krydspres mellem modsatrettede opgaver, hvor de skal udskrive patienterne hurtigst muligt, fordi der er andre patienter, der har akut behov for pladsen, og samtidig skal personalet give dem en tilstrækkelig pleje og behandling.

Analyserne viser endvidere, at den modsætningsfyldte praksis besværliggør og forhindrer den nærværende omsorg og en kommunikation, der tager udgangspunkt i patienternes ytringer og ikke kun i procedurer og regler. Personalet repræsenterer således en kompleks og modsætningsfyldt praksis, hvor patienterne i nogle tilfælde blev repræsentanter for følelser af f.eks. vrede.

Der tegner sig et billede i analyserne af, at udviklingen i og effektiviseringen af sundhedsvæsenet har medført en dalende kvalitet for brugerne og et ringe-

re arbejdsmiljø for de ansatte. Konsekvensen er, at patienternes sprogbrug på det manifeste lag viser, at de synes, at personaler er søde og rare, og at de udfører den funktion som jobbet kræver, men patienterne erfarer på forskellig vis, at de ikke får den hjælp, som de ønsker, eller at de er utilfredse med måden, som de får hjælpen på.

Pointen i analyserne er, at der opstår nogle dynamikker i interaktionen mellem patienterne og personalet, fordi der opstår nogle konflikter, hvor systemet ikke kan tilgodese de indlagte personers dagsorden, ønsker og det de stræber efter. Der skabes en struktur, som hindrer udviklingsbevægelser, hvor tidligere og nuværende interaktionsformer potentielt kunne konstituere nye interaktionsformer. Konflikterne består, fordi de subjektive og samfundsmæssige erfaringer med den modsigelsesfyldte praksis er blevet fortrængt og betydningen heraf kan derfor ikke sprogliggøres, forklares og begrundes. Normerne for interaktion kan derved ikke diskuteres eller reflekteres.

### **Fordomme vanskeliggør myndiggørende erfaringsdannelsesprocesser**

Når en person bliver diagnosticeret med en psykisk sygdom, er det samtidig et udtryk for, at personen har en adfærd, der strider mod det herskende normsystem. Analyserne viser, at oplevelsen af at have været i en situation, hvor man skiller sig ud fra de gængse normer, hvor man har været nødt til at blive indlagt på en psykiatrisk afdeling og ikke kunne magte sit hverdagsliv og interaktioner med andre, er forbundet med ydmygelse og skam. Skammen er meget nedværdigende, når det er indskrevet i det enkelte subjekt, som en kulturel formidlet forståelse af, hvordan, man bør være og handle som individ.

Det vil sige, at når patienterne erfarer, at deres adfærd strider mod det herskende normsystem, rammer det dermed dobbelt, fra en ydre og fra en indre instans, fordi normerne er blevet internaliseret. Selvstigmatiseringsprocesserne forstærkes yderligere af de fordomme som den enkelte møder fra omgivelserne, herunder arbejdsledernes og kollegaernes håndtering af og perspektiver på psykisk lidelse.

Stigmatiserings- og selvstigmatiseringsprocesser medfører en risiko for, at den enkelte trækker sig fra social kontakt og anden aktiv deltagelse i samfundslivet eller direkte bliver ekskluderet fra deltagelse i samfundet. Jess blev for eksempel fyret fra sit arbejde og måtte leve et desintegreret liv på førtidspension. Analyserne viser, at udover ekskluderingen fra arbejdsmarked, er mennesker med psykisk lidelse i risiko for at blive forladt af familien og venner samt mi-

ste deres sociale netværk og blive isoleret fra lokal området. Hvis skammen og ubehaget ikke bliver italesat, forværres situationen for den enkelte med lavt selvværd til følge.

Pointen i analyserne er, at det kollektive ubevidste indhold presser sig på den enkeltes erfaringsdannelse og vanskeliggør nye erfaringsdannelsesprocesser, hvis disse processer ikke bliver italesat. Den manglende sprogliggørelse vanskeliggør dermed myndiggørende og frigørende erfaringsdannelsesprocesser.

I de følgende afsnit vil jeg konkludere på afhandlingens spørgsmål om, hvad der opstår, når brugerstøtterne møder patienterne ud fra et hverdagslivs perspektiv og hvilken læring denne praksis skaber af muligheder hos både patienterne og brugerstøtterne.

## **Læringsperspektiver i brugerstøttepraksissen set i forhold til patienternes læreprocesser**

I de følgende afsnit vil jeg sammenfatte patienternes erfaringsdannelse i relation til brugerstøttepraksissen.

### **En anderledes platform for ligeværdige interaktioner, hvor patienterne sætter dagsordenen**

I analyserne fremgår det, at patienterne oplever en anden interaktionsform med brugerstøtterne end med de professionelle. Her oplever patienterne, at de bliver betragtet som en person og ikke som en patient, og at der ikke stilles særlige forventninger til dem eller krav om at tage ansvar for deres lidelse.

Patienterne oplever heller ikke, at de skal beskytte brugerstøtterne ligesom i relationen med familie og venner. Patienterne erfarer på forskellige måder, at deres familie og venner er i en afmagtssituation, hvorfor de ønsker at beskytte dem i angst for at miste dem. Patienterne erfarer, at de kan fortælle brugerstøtterne om deres lidelsesfulde situation og tale om lige dét, de har behov for at tale om. Patienterne oplever med andre ord, at interaktionen med brugerstøtterne udgør en anderledes platform med mere ligeværdige møder, hvor de kan tale med brugerstøtterne på måder, som de ikke kan tale med familie, venner eller de professionelle på. Det er en platform, hvor patienterne kan få rum til at dele deres særlige oplevelser og erfaringer med psykisk lidelse.

Analyserne viser, at patienterne oplever, at brugerstøtterne italesætter relationen og de måder og vilkår, som de kan interagere på. Herved bliver interaktionen sprogliggjort, så den kan diskuteres. Analyserne viser, at patienterne derved erfarer, at det er dem, der sætter dagsordenen for, hvad der skal tales om. De oplever, at det er deres liv og fortællinger, som er udgangspunktet for samtalerne. Interaktionen er samtidig uforpligtende i den forstand, at den kun varer så længe, som patienterne har behov for eller som ligger inden for projektets tidsramme.

Det centrale i analyserne er, at patienterne oplever, at møderne med brugerstøtterne udgør en anderledes platform med mere ligeværdige interaktioner, hvor patienterne kan tale om lige det, som den enkelte har behov for at tale om.

### **Patienterne erfarer, at brugerstøtterne har en anden forståelse via den sanselige genkendelse**

Analyserne viser, at patienterne oplever, at brugerstøtterne kan identificere sig med deres situation og hvordan det føles, fordi brugerstøtterne har prøvet det på egen krop. Der opstår en særlig genkendelse, da de har fælles erfaringer med psykisk lidelse. Erfaringsdannelse vil altid være individuel og forankret i en bestemt livshistorisk kontekst, men den sanseligt erfarede empati vækker genkendelse, som medfører, at de kan dele deres subjektive og kollektive erfaringer med lidelsen. Analyserne viser, at når brugerstøtterne genkender de affektive og kropslige reaktioner fra forskellige situationer, opstår der en særlig autentisk empati, som medfører, at patienterne oplever, at brugerstøtterne har en anden forståelse end andre. En forståelse, der knytter sig til de kropslige og sanselige erfaringer. Patienterne erfarer, at dette gør det muligt at tale om oplevelserne på en anden måde end med familien/venner og personalet i de psykiatriske afdelinger.

En af hovedpointerne i afhandlingen er, at praksissen med brugerstøtte åbner og skaber muligheder for sanselige erkendeformer, som tager udgangspunkt i menneskets konkrete og sanselige omverdensrelation, som indeholder betydning og som er udgangspunktet for, at det usigelige og smertelige kan få form og udtrykkes.

### **At dele oplevelser medvirker til at normalisere**

Analyserne viser, at patienterne erfarer, at brugerstøtterne genkender deres kropslige og sanselige erfaringer, som bevirker, at patienterne kan tale om de-

res mærkelige oplevelser og fremmede sider på en anden måde end med andre. Igennem genkendelsen og brugerstøtternes blotte tilstedeværelse, opnår brugerstøtterne symbolværdi på, at det er muligt at få et godt liv igen, som er et brud med de internaliserede stigmatiseringsprocesser og forventningsmønstre. Samtidig sprogliggør brugerstøtterne og patienterne skammen og ubehaget med at være diagnosticeret med psykisk sygdom, hvilket skaber muligheder for at bryde med isolationen, men patienterne oplever samtidig, at det er med til at normalisere dem, så de ikke føler sig så fremmedgjorte. Essensen i analysen er, at når patienterne og brugerstøtterne genkender og deler deres sanselige oplevelser, åbnes der for nye måder at opleve, at tale om og forstå den nye situation på.

### **Oplevelser med at være værdifuld**

Det er ikke alle oplevelsesprocesser, der skaber erkendelsesprocesser. Patienternes psykiske lidelse er et udtryk for en spaltet praksis, hvor nogle interaktionsformer er blevet desymboliserede eller er blevet forhindret i at blive symboliseret. Disse processer rummer et overskud, som trænger sig på. Overskuddet og drivkræfterne giver grunde til fantasier og stræben efter at få tilfredsstillet ønsket om en bestemt scene. Analyserne viser, at patienternes ønsker og stræben efter en bestemt scene ikke umiddelbart blev tilgodeset i den psykiatriske kontekst, men det blev muligt i interaktionerne med brugerstøtterne. Analyserne viser, at patienterne erfarede, at det blev muligt at indgå i ligeværdige og respektfulde interaktioner med brugerstøtterne. Interaktionerne blev oplevet som værdifulde, som et udtryk for, at den enkelte patient blev bekræftet som værende et værdifuldt subjekt. En væsentlig pointe i min afhandling er, at overskuddet og drivkræfterne har en oplevelseskvalitet, som er materialet til og som rummer potentiale til nye erkendelsesprocesser som udgangspunkt for myndiggørelsesprocesser.

### **Når det er svært at rumme det hele selv**

Analyserne viser, at patienterne oplever, at de kan tale med brugerstøtterne på måder, som de ikke kan tale med familie, venner eller de professionelle på, og at brugerstøtterne har en anden forståelse end andre. I de sanselige erkendelsesprocesser skabes der et særligt rum, hvor der åbnes muligheder for at brugerstøtterne kan fungere som beholdere, hvor de rummer al det ubehag og alle de aggressioner, som patienterne har svært ved selv at rumme. En af patienterne fortalte, at han havde én at læsse lortet af på. Disse processer og italesættelsen af frustrationerne medvirker til at regulere affekter, som hjælper til



at overvinde angst, som igen medfører, at patienterne kan gennemspille nogle forhold i tankerne inden aktuel handling.

### **Der bliver skabt et specifikt erfaringsrum**

Analyserne viser, at der skabes et særligt erfaringsrum, som patienterne kan gribe og tage til sig. Det er et udtryk for, at der bliver skabt muligheder for et rum, hvor brugerstøtterne opnår symbolværdi på mulighederne for at opnå et bedre liv. Der er tale om en fantasiforestilling, som tager udgangspunkt i patienternes hverdagerfaring, men uden at blive fastholdt i disse mønstre. Det er som en leg, der skaber åbninger fra ulystfyldte til lystfyldte sceniske interaktionsformer. Det vil sige, at der kan skabes utopier, som kan overskride hverdagerfaringen med psykisk lidelse, og skabe forestillinger om en bedre fremtid. Pointen i analysen er, at det specifikke erfaringsrum skaber muligheder for, at patienterne kan få hjælp til at beherske den ulystfyldte situation og skabe forestillinger om et bedre liv.

### **Brugerstøtterne skaber håb og repræsenterer håbet**

Analyserne viser at, brugerstøtterne opnår symbolværdi for patienternes stræben efter at få det bedre. Brugerstøtterne bliver et konkret udtryk for en fantasiorganisering, hvor en scene erstattes af en anden - fra at være psykisk lidende til at få et hverdagsliv til at fungere igen med ligeværdige og omsorgsfulde relationer. Brugerstøtterne opnår symbolværdi på, at det er muligt at få et godt liv igen.

Håbet er en væsentlig drivkraft i læreprocesserne, fordi håbet er utopien, som skaber social forestilling og grobund for nye visioner. Håbet er essentielt, fordi håbet overskrider de eksisterende forhold og arbejder med alternative fremtidsmuligheder. Håbet er drivkraften, som kan øge evnen til at forme egen fremtid og muligheder for at lære at opnå kontrol over eget liv.

Analyserne viser, at brugerstøtterne og patienterne oplever, at brugerstøtterne formidler håb om et bedre liv, da de repræsenterer håbets tilstedeværelse. Det er en vigtig funktion, da tiden med at få det bedre kan overskygge håbet.

Brugerstøtterne får samtidig via fantasiforestillingen symbolværdi, så patienternes afviste eller desymboliserede interaktionsformer kan blive symboliseret, så de bliver tilgængelig for sproget og som derved kan blive bevidstgjort. Det er langt fra sikkert, at det sker, men analyserne viser, at brugerstøttepraksissen åbner muligheder herfor.

I de foregående afsnit har jeg argumenteret for og konkluderet på, at et væsentligt element i brugerstøttepraksissen er, at patienterne oplever, at brugerstøtterne har en anden forståelse via den sanselige erkendelse, at de kan fungere som beholder for patienternes ubehag, og at der skabes muligheder for at brugerstøtterne formidler håb og forestillinger om et bedre liv.

Læring er ikke afgrænset til specifikke rum, relationer eller tider og skal ses i forhold til den enkeltes livshistoriske erfaringer. I de situationer, hvor brugerstøtterne opnår symbolværdi, åbnes der for erkendelsesprocesser, som kan medvirke til at formidle overgangen mellem patienternes sanselige oplevelser og sprogliggørelsen, og dermed bevidstgørelsen som væsentlig for udviklingen og konstitueringen af et myndigt subjekt. Sagt på en anden måde: først når det usigelige kan få form og udtrykkes, kan det bevidstgøres og reflekteres. Det er ikke sikkert, at der sker, men der skabes åbninger og muligheder herfor, da den sanselige erkendelse indfanger flere udtryksformer end hvad man traditionelt forstår ved erkendelse.

## **Læringsperspektiver i brugerstøttepraksissen – set i forhold til brugerstøtternes læreprocesser**

I de næste afsnit vil jeg sammenfatte brugerstøtternes erfaringsdannelse i relation til deres funktion som brugerstøtter.

### **Smertelige læreprocesser – interaktion med andre på nye måder**

I analyserne fremgik det, at brugerstøtterne erfarer et rum med mere ligeværdige møder og ligeværdige dialoger, når de interagerer med hinanden i læringsrummet. Udfordringen var, at jeg skulle udfordre og bryde med de samfundsmæssige fremmedgørelsesmekanismer, som lå til grund for bevidstheden med de institutionaliserede og marginaliserede betydninger, som var indskrevet i den enkeltes livshistoriske erfaringer og som dermed var en del af den enkeltes forventningsstruktur. Det var dynamiske læreprocesser, som greb dybt ind i flere af deltagernes subjektiveringsprocesser og dermed hele deres liv. Det var lærerprocesser, der blev oplevet som psykisk krævende, som følge af, at smertelige livshistoriske erfaringer skulle hentes frem. Alle deltagere havde forskellige livshistoriske forudsætninger og livsvilkår, da vi indgik samarbejdet, hvorfor der var store forskelle i måderne at deltage på og i oplevelserne af forløbet. Nogle fravalgte læreprocesserne, hvilket også er læreprocesser.

I analysen viser jeg, at den dialogbaserede form i læreprocesserne medvirkede til, at der blev skabt et rum, hvor brugerstøtterne oplevede, at de brugte hinanden som brugerstøtter. Det vil sige, at den enkelte brugerstøtte ikke kun skulle udholde sin egen lidelsesfulde historie, men at de også skulle rumme hinandens komplicerede følelser og relationer. Der er tale om processer, som et betydningssystem af sanselig karakter, hvor der foregår en sanseforankret erfaringsdannelse. Det er processer, hvor der skabes mulighed for, at den enkelte deltagers smertelige oplevelser ikke forblev som sanselige erfaringer, men kunne blive symboliseret via de kreative dialoger og dermed gjort tilgængelige for bevidstheden. Sprogliggørelsen medvirker samtidig til affektreguleringen. Brugerstøtterne taler også om vigtigheden af at fortælle sin historie. I analysen fremgik det, at brugerstøtterne erfarer, at når oplevelserne med interaktion bliver sprogliggjort, bliver den enkelte ikke så overvældet af sine egne smertelige oplevelser.

I analysen fremgår det også, at brugerstøtterne erfarer, at den sårbare krise og de læreprocesser, som de har været igennem, rummer et potentiale, som udtryk for, at deres livshistoriske erfaringer med psykisk lidelse har fået ny værdi. Brugerstøtterne erfarer på forskellige måder, at deres selvværd er blevet øget, og at de blev bevidste om deres styrker og svagheder. Det er et forløb, der har fået de enkelte deltagere til at føle sig mere ressourcestærke, hvor de oplever, at deres nye erfaringsdannelse er blevet en ressource i deres liv og i deres funktion som brugerstøtte.

Pointen i analysen er, at brugerstøtterne danner erfaringer med, at de kan indgå i interaktioner med andre på nye måder, og at de kan bruge sig selv på nye måder.

### **Advokerer for at bruge systemet og have en ressourceorienteret tilgang**

Analyserne viser, at når brugerstøtterne møder patienterne på de psykiatriske afdelinger, oplever brugerstøtterne interaktionsproblemer mellem patienterne og personalet. Brugerstøtterne erfarer, at de skal lytte til patienternes bekymringer og hjælpe dem med at få sprogliggjort bekymringerne, så patienterne kan få drøftet deres problemer med personalet. De erfarer, at deres funktion er at være formidlingspunkt mellem patienternes bekymringer og personalets faglige kompetencer. Brugerstøtterne erfarer også, at deres funktion er at hjælpe patienterne med at få kontakt til andre instanser i sundheds- og socialvæsenet. Analyserne viser, at brugerstøtterne oplever, at de skal advokere for, at patienterne skal bruge systemet, fordi de selv har erfaret, at der er nogle

ting, som man har brug for, når man endnu ikke selv har tilstrækkelige ressourcer. Brugerstøtterne erfarer, at de må hjælpe den enkelte patient til at få styr på sin situation og stille krav til systemet.

I forhold til sundheds- og socialsystemet viser analyserne, at brugerstøtterne oplever, at systemet ikke har et ressourceorienteret tilgang, men har et mangelfokus. Brugerstøtterne oplever, at de lytter til patienternes livshistorie og at de har en tro på, at patienterne har ressourcerne til et bedre liv. Pointen i analysen er, at brugerstøtterne oplever, at de tager udgangspunkt i patienternes ressourcer og at de har en ressourceorienteret tilgang, samt at de medvirker til at skabe kontakt og sammenhæng til ”systemet”.

### **At være den betroede øger forventningspresset**

Analyserne viser, at arbejdet som brugerstøtte erfares som meningsfuldt og som skaber rum for subjektive og kollektive orienteringer. Mange af brugerstøtterne har ikke været på arbejdsmarkedet i flere år. Gennem projektet har flere af brugerstøtterne fået en ny social arbejdsidentitet og flere identificerer sig som kollegaer. Mia siger. *”Jeg går på arbejde og jeg diskuterer mit arbejde med mine kollegaer”* (feltnote). De italesætter et fælles positivt ladet begreb om deres arbejde. Arbejdet som brugerstøtte er et job, som er lønnet og er en praksis med arbejdsmarkedslignende forhold. Analyserne viser, at selvrealisering, egen udvikling og forandring samt muligheden for at hjælpe andre fremtræder som stærke grunde til at fungere som brugerstøtte. De modtager bekræftelse på egen værdi både fra patienterne og fra hinanden. Arbejdet som brugerstøtte producerer oplevelser af at have et meningsfuldt arbejde, men arbejdet rummer også usikkerheder og modstridende erfaringer.

I analyserne fremgår det, at brugerstøtterne erfarer, at patienterne er trygge og har tillid til dem, hvilket medfører, at patienterne fortæller brugerstøtterne om deres komplekse problematikker. Brugerstøtterne erfarer, at de bliver betroet mange ting, og at deres besøg bliver værdsat. Der opstår nogle processer, hvor brugerstøtterne kommer til at føle sig som betydningsfulde i forhold til patienternes situation og deres erfaringsdannelsesprocesser. Den erfarede tillid producerer samtidig oplevelser, der er skræmmende.

Det fremgår i analyserne, at det er patienternes dagsorden, der er genstand for deres møde. Brugerstøtterne ved med andre ord ikke, hvad indholdet skal handle om, hvilket skaber usikkerhed om, hvorvidt de kan leve op til patienternes forventninger. Brugerstøtterne oplever også, at de er patienter-

nes betroede, men den erfarede tillid kan opleves som vanskelig, fordi brugerstøtterne oplever, at patienterne samtidig lægger et stort ansvar over på dem. Patienternes forventninger og det store ansvar, som brugerstøtterne oplever der følger med medfører, at brugerstøtterne bliver usikre på, om de kan leve op til disse forventninger. Analyserne viser, at brugerstøtterne oplever, at de skal præstere noget særligt, hvilket øger forventningspresset.

Pointen i analyserne er, at møderne mellem patienterne og brugerstøtterne skaber tilfredsstillelse hos brugerstøtterne, som værende betydningsfuld og som værende patientens betroede, men samtidig skaber møderne angst og en trussel om at blive forkastet, fravalgt eller blive overflødig. Brugerstøtterne har mange livshistoriske erfaringer med at blive forkastet og fravalgt, så deres fortælling er samtidig en scenisk gengivelse af angsten herfor.

### **Erfaringer med ikke at tage ansvar for og handle på den andens vegne**

I analyserne fremgik det, at brugerstøtterne gerne vil tage ansvar for patienternes bedring. De vil gerne hjælpe og gøre en forskel for andre. De stræber efter at hjælpe patienterne og når det ikke lykkes, opstår der frustration over de indgåede interaktioner. Brugerstøtterne erfarer derved, at det ikke er alle patienter, som formår at indgå i interaktioner, hvor der dannes nye erfaringer. Ikke at kunne gøre noget for den anden, er en interaktionsform, som opleves som meget svær og som kan være forbundet med en scenisk oplevelse af afmagt og magtesløshed. De modstridende erfaringer medfører nye læreprocesser, hvor brugerstøtterne danner nye erfaringer med interaktion, som handler om, at de ikke kan hjælpe den enkelte patient ved at tage ansvar for den anden, og handle på den andens vegne. Interaktionerne bliver dermed et resultat af indøvelsen af en relation eller en kommen-overens relation.

Pointen i analyserne er, at brugerstøtterne erfarer, at deres interaktion med patienterne må være en forhandling, som et samspil mellem den anden og dem selv, og at møderne skaber tilfredsstillelse, men kan samtidig producere oplevelser af afmagt og magtesløshed.

### **Erfaringer er ikke identiske**

Analyserne viser, at brugerstøtterne danner nye erfaringer med interaktion, hvor de erfarer, at selvom de og patienterne har lignende erfaringer som begge parter kan relatere sig til og som vækker genkendelse, så er erfaringerne ikke identiske. Brugerstøtterne erfarer, at de ikke kan overføre deres egne erfaringer til den anden, men at de skal tage udgangspunkt i den enkelte pati-

ents oplevelser og erfaringer. De erfarer, at det er den enkelte patients ønsker, behov og dét den enkelte stræber efter at få tilfredsstillet, som skal styre samtalerne. Psykisk lidelse er interaktionsforstyrrelser, som viser sig ved forskellige forstyrrelser i relationen med andre. At kunne adskille sig selv fra den anden, gør det muligt for den enkelte brugerstøtte at indgå i interaktion med andre på nye måder.

Pointen i analyserne er, at brugerstøtterne danner erfaring med, at erfaringer ikke er identiske og at erfaringsdannelse er subjektive processer, som er forankret i hver enkelt persons livshistorie, men som samtidig er sociale og kulturelle erfaringer med interaktion. Denne erkendelse medfører, at brugerstøtterne kan indgå i relationen med andre på nye måder.

### **At indtage en platform, hvor der tages udgangspunkt i personen og ikke i sygdommen**

Analyserne viser, at når brugerstøtterne sætter ord på deres erfaringer med psykisk lidelse, bliver det muligt at diskutere og reflektere over deres erfaringer samt foretage perspektivskifte. I refleksionsprocessen danner brugerstøtterne sig f.eks. erfaringer med, at den diagnostiske vurdering og dømmekraft underordner det særlige subjekt i et diagnostisk alment begreb og de erfarer, at de ikke bliver betragtet som personer med hver deres livshistoriske erfaringer. Endvidere danner de erfaringer med, at diagnoser ikke har et bestemt forløb eller en bestemt prognose. Brugerstøtterne erfarer en frihed, når de ikke skal tage afsæt i og arbejde med de psykiatriske diagnoser, som gør, at de kan tænke og tale mere frit. De erfarer, at den psykiatriske diskurs begrænser deres perspektiver.

Pointen i analyserne er, at brugerstøtterne når frem til en subjektiv og kollektiv erkendelse af, at de ønsker at indtage en platform, hvor det er det enkelte menneske set i et hverdagslivsperspektiv og ikke diagnosen, som skal være det fremherskende perspektiv i brugerstøttepraksissen.

### **At være skør-normal - plads til forskellighed**

Brugerstøtterne diskuterer og reflekterer over de herskende psykiatriske diskurser og normalitetsbegrebet i et hverdagslivsperspektiv. Her tager de afsæt i hverdagerfaringerne og forvandler de uoverskuelige og komplekse forhold med psykisk lidelse til forhold, der er lettere at overskue og opfatte. Denne kompleksitetsreducerende proces åbner for særlige autonome betydningsdannelser som f.eks. skør-normal og åbner op for en diskussion og kritik af nor-

malitetsbegrebet. At være unormal transformeres til en mere lykkelig tilstand, som en modstilling til normalitetsbegrebet, hvor der er plads til forskellighed og anderledeshed. I analyserne fremgå det, at sprogliggørelsen og bevidstgørelsen har gjort det muligt for brugerstøtterne at sammenligne og reflektere over forskellige interaktionsformer.

Det er dialektiske processer, hvor der ikke er tale om en generaliserende måde at forstå på, men hvor der åbnes op for forskellige måder at danne betydning på i forhold til den enkeltes livshistoriske erfaringer. Diskussionen rummer samtidig en kritik af den samfundsmæssige socialiseringsproces, hvor arbejde og materielle værdier er efterstræbelsesværdige goder. Brugerstøtterne har erfaringer med, at disse værdier ikke gjorde dem lykkelige, og at livskvalitet ikke skal måles på, om man har fuldtidsjob og lever op til de socialiserede normer og forventninger. Analyserne viser, at brugerstøtterne ekspliciterer en vigtig subjektiv sammenhæng mellem deres hverdagsliv, livskvalitet og livsglæde.

Pointen i analysen er, at der er tale om en kulturel orientering, som kan føre til et dannelses- og frigørelsesperspektiv, hvor den enkelte brugerstøtte kan frigøre sig fra de socialiserede betydningsdannelser og gøre den enkelte mere myndig fra undertrykkende forhold. Brugerstøtterne er dog forskellige steder i erfaringsdannelsesprocesserne som følge af, at de har forskellige livshistoriske erfaringer.

### **Lidelse betragtet som erfaringsdannelsesprocesser**

I analyserne fremgik det, at brugerstøtterne danner erfaring med, at de skal acceptere de anderledes sider hos sig selv for at kunne håndtere lidelsen. De erfarer, at de ikke skal modarbejde lidelsen, men lærer at samarbejde med og få kontrol over lidelsen. Analyserne viser, at brugerstøtterne erkender, at den enkelte skal forholde sig til og håndtere lidelsen som erfaringsdannelsesprocesser, hvor det at få det bedre handler om at danne sig nye erfaringer med interaktion. Brugerstøtterne erfarer, at denne forståelse på mange måder står i modsætning til patienternes og det psykiatriske personales forståelser, og oplever, at det er udfordringen i deres praksis.

Det er komplicerede læreprocesser, fordi det på mange måder kræver en bevidstgørelse af og et brud på de samfundsmæssige forhold og de kulturelle normer, som er blevet formidlet videre til os under vores opvækst og udvikling. Brugerstøtterne erkender, at psykisk lidelse skal ses i forhold til og er en

del af den enkeltes livshistoriske erfaringer, og at lidelsen dermed er en del af dem selv. Pointen i analysen er, at brugerstøtterne danner erfaring med, at lidelse er subjektive erfaringsdannelsesprocesser, som er forankret i livshistorien, men samtidig også er sociale og kulturelle erfaringer med interaktion.

### **Lidelse er processer med erfaringsdannelse, som tager tid**

Brugerstøtterne har en fælles erkendelse af, at de nye erfaringsdannelsesprocesser tager tid, men i deres praksis oplever de, at mange patienter ønsker at blive raske hurtigst muligt og tror, at de kan blive raske ved hjælp af piller. Analyserne viser, at brugerstøtterne relaterer denne stræben efter at blive rask hurtigst muligt til den samfundsmæssige rationalitet om produktivitet og effektivitet, som udtryk for de subjektive strukturers samfundsmæssige bestemthed. Brugerstøtterne reflekterer over, at det er tabubelagt at have en psykisk lidelse, hvorfor der opstår en subjektiv forståelse og kollektiv samfundsmæssig diskurs om, at psykisk lidende mennesker skal behandles med medicin og normaliseres hurtigst muligt. De reflekterer også over, at psykisk lidelse er forbundet med at have ondt i livet og ondt i sindet, og at behandlingssystemet ikke relaterer lidelsen til den enkeltes livshistorie.

Pointen i analysen er, at brugerstøtterne danner erfaringer med, at lidelse er processer med erfaringsdannelse, at dette erfaringsarbejde er blevet individualiseret, samt at det er et hårdt arbejde at bearbejde disse individuelle og kollektive erfaringer. Det er processer, som tager tid.

### **Udfordringerne i brugerstøttepraksissen**

I analyserne fremgik det, at erfaringsdannelsesprocesser er dynamiske læreprocesser, der griber ind i den enkeltes subjektiveringsprocesser og dermed hele personens liv. I en brugerstøttepraksis kan der ikke stilles forventninger til, at brugerstøtterne skal kunne tage vare på patienternes komplicerede erfaringsdannelsesprocesser. Læreprocesserne kan heller ikke afgrænses til de rum, der bliver skabt mellem brugerstøtterne og patienterne, da de subjektive livshistoriske erfaringer skal ses i en bredere social kontekst, hvor subjektiviteten tager form. Udfordringen bliver i stedet at se på, hvilke forskellige erfaringsdannelsesprocesser en brugerstøttepraksis skaber muligheder for.

I diskussionen om brugerstøtterne kan skabe frigørende og mynddiggørende erfaringsdannelsesprocesser i forhold til patienternes læreprocesser, mener jeg, at de sanselige læreprocesser er udgangspunktet herfor. Endvidere mener jeg, at det er brugerstøtternes anderledes forhold til hverdagserfaringens for-



ventningsstruktur, og det rum, som bliver skabt i interaktionen med patienterne, der som strukturel mulighed åbner for nye horisonter og som kan fremme nye erfaringsdannelsesprocesser med psykisk lidelse. Men der er tale om meget komplekse processer, hvor det langt fra altid er muligt at støtte det dynamiske erfaringsarbejde på vejen mod sprogliggørelsen. Endvidere er erfaringsdannelse læreprocesser, hvor modsigelserne arbejder videre i erfaringerne, hvorfor der ikke er tale om afsluttede læreprocesser. Der er med andre ord tale om et stykke kulturarbejde uden sikker udgang.

Tiden er også en udfordring. Læreprocesser som dialektiske processer er langvarige læreprocesser, fordi det handler om at bryde med forventningsmønstre og åbne op for nye bud på måder at orientere sig på.

Læreprocesser er subjektive og står i forbindelse med den enkeltes livshistoriske erfaringer. Erfaringsdannelsesprocesser er derfor forskellige. Det skaber mulighed for, at andre forståelser kan gøre sig gældende i brugerstøttepraksissen, og at de herskende psykiatriske mønstre og diskurser kan blive repeteret. Dette ville hindre brugerstøttepraksissens civilsamfundsmæssige potentiale med et demokratisk perspektiv. I afhandlingen diskuterer jeg, hvorvidt der skal være plads til flere forskellige problemforståelser eller om organiseringen af en brugerstøttepraksis, skal danne platform for en fælles problemforståelse. Dette skal ses i sammenhæng med, at læring foregår over tid og at der skal være plads til at udfordre etablerede forståelser. Det er også en udfordring, som handler om, hvilke værdier et nyt og anderledes projekt skal tegne udad til og opad til i de politiske diskussioner.

I afhandlingen diskuterer jeg, hvem der skal have besøg af en brugerstøtte, hvis personen ønsker at få besøg. Jo længere tid den enkelte har været tilknyttet behandlingspsykiatrien, desto større mulighed, er der for, at den enkelte er socialiseret til psykiatriens diskurser. Brugerstøtterne i projektet har været indlagt mange gange, og analyserne viser, at mange af dem formåede at deltage i læreprocesser, hvor der blev skabt muligheder for at de kunne transcenderer deres erkendelsesprocesser. Tiden med kontakt til de psykiatriske institutioner er med andre ord ikke et argument, der vægter i diskussionen. Det er en udfordring, som handler om ressourcer og organisering.

En anden udfordring er, at en brugerstøttepraksis er fyldt med usikkerheder. Det kræver jævnlig kontakt med den enkelte brugerstøtte samt kontinuerlige møder, hvor der er rum til at rumme brugerstøtternes frustrationer, men også

glæder, og hvor der er rum til, at brugerstøtterne kan få sprogliggjort og reflekteret over deres individuelle og kollektive oplevelser med deres praksis. Udfordringen er også at fastholde og fremme de frigørende og myndiggørende erfaringsdannelsesprocesser over tid.

En helt anden udfordring er, om brugerstøttepraksis kræver en leder, hvilke kompetencer en leder skal have og om lederen selv skal have erfaringer med psykisk lidelse.

En vigtig udfordring man skal holde sig for øje er, at den oprindelige ide med brugerstøttepraksissen, kan blive suppleret af en ide om organisationens nødvendighed. Der kan så at sige opstå en forelskelse i egen praksis, hvor der bliver dannet en fantasi, hvor konsekvensen er, at man bliver indfanget i bestemte forestillinger af tilfredsstillelse, som er uden for reelle bevidsthedsbetingelser.

Endelig er udfordringen også, at en praksis med brugerstøtte kan foregå på mange måder og i mange forskellige kontekster. Det jeg har ønsket at fremhæve i denne afhandling er, at de personer, som har været indlagt og som bliver udskrevet ikke nødvendigvis har ressourcer til at være opsøgende. En brugerstøtte kan være en hjælp i den første svære tid efter udskrivelsen. En anden måde at hjælpe dem på, som har svært ved selv at være opsøgende, er at ansætte brugerstøtter som støtte-kontakt-personer i socialpsykiatrien ligesom på handicapområdet, hvor den enkelte person selv vælger og ansætter sine kontaktpersoner. Udfordringen er, at en brugerstøttepraksis kan foregå mange steder, men det væsentlige er at være opmærksom på, hvilke interesser en praksis med brugerstøtte hviler på.

## **Brugerstøtte, en anderledes og supplerende praksis?**

Jeg indledte denne afhandling med et sekundært spørgsmål om, på hvilke måder en brugerstøttepraksis i psykiatrien kan betragtes som en alternativ og supplerende praksis.

En brugerstøttepraksis er en måde at inddrage brugerne på. Brugerinddragelse er blevet et centralt begreb i udviklingen af sundhedsvæsenet. Et fokus på brugerinddragelse er en måde at transformere psykiatriens service til en recovery-orienteret service, hvor sundhed er målet i stedet for kun at respondere på sygdommen.

I afhandlingen fremgår det, at begrebet brugerinddragelse anvendes flertydigt og tolkes ind i forskellige politiske ideologier og betydningshorisonter. De forskellige interessenters fokus rummer ikke en fælles interesse, men indeholder en mangfoldighed af særinteresser, hvor hver især kæmper om at fremme egne interesser. Anvendelsen af begrebet afhænger derfor af de bagvedliggende interesser og ideologiske perspektiver og dermed af den erkendelsesmæssige interesse, der ligger bag ideologierne.

Den måde brugerinddragelse organiseres på, bestemmer myndiggørelsens og dermed læringens perspektiv. I spørgsmålene og visionerne om at praktisere brugerstøtte, er det vigtigt at reflektere over, hvordan brugerstøtte skal struktureres og organiseres, og hvordan arbejdsdelingen skal være i forhold til hvilke målsætninger og værdier, man ønsker at udvikle.

I denne afhandling er brugerstøttepraksissen bygget op omkring demokratiske - emancipatoriske interesser. Det er et perspektiv, hvor der er en samfundskritisk, solidarisk variant, hvor der er fokus på myndiggørelsen af det enkelte individ og af gruppen, og på forandring af ulighedsskabende strukturer.

I afhandlingen diskuterer jeg de tre fremherskende perspektiver på brugerinddragelse og når frem til at fastholde, at det er et hverdagslivsperspektiv sammenholdt med demokratiske og myndiggørende processer, som har fokus på ulighedsskabende strukturer, der er potentialet til en anderledes og supplerende praksis. En brugerstøtte praksis må ske igennem processer, hvorigenem mennesker bliver i stand til og får mulighed for at styrke deres ressourcer og håndtere deres hverdagslivsbetingelser. Det drejer sig om at igangsætte læreprocesser, hvor personerne i interaktion med omgivelserne lærer at danne ny erfaringer i relation til deres livshistoriske erfaringer og i relation til den konkrete samfundsmæssige kontekst som de indgår i.

Set ud fra de forskellige perspektiver på brugerinddragelse kan vurderingen af kvaliteten, dokumentationen og succeskriterierne af en brugerstøttepraksis, ikke måles ud fra et fælles mål. Deres værdimæssige referencerammer er forskellige. En vurdering af kvaliteten af brugerstøtte set ud fra f.eks. behandlingsmæssige traditioner og standarder er meget anderledes end at spørge til, hvilke erfaringsdannelsesprocesser brugerstøttepraksissen lægger op til og reflekteres i forhold til. Der skal være flere og forskellige argumenter, når der skal prioriteres mellem forskelligartede principper og aktiviteter.

Organiseringen af en brugerstøttepraksis rummer også en række dilemmaer. Brugerstøtterne bliver f.eks. professionaliseret alene i forbindelse med organiseringen, men måden de bliver professionaliseret på, afhænger af, hvordan de organiseres og efter hvilke principper, de skal arbejde efter. En organisering af brugerstøtte som en fast ordning medfører også, at forandringsarbejdet bliver rutineret. Endelig er der risiko for at professionalisere brugerstøtterne på et politisk niveau.

Diskussionerne om hvorvidt en brugerstøttepraksis skal indgå i den samfundsmæssige praksis sættes af de objektive, politiske og økonomiske strukturer. Der skal en politisk aktivitet til at ændre forholdene. I den sammenhæng fremgår det i Regeringens plan fra maj 2014, at regeringen vil igangsætte forsøg med at inddrage borgere med brugererfaring i indsatsen på psykiatriområdet (Regeringen, 2014). I satspuljeaftalen på psykiatriområdet 2014-17 er der derfor afsat 35 mio. kr. til afprøvning og organisering af peer-to-peer støtte (brugerstøtte) til mennesker med psykiske lidelser i kommunerne og regionerne.

Regeringens udspil om indsatsen med brugerstøtte er interessant, men udviklingsmulighederne afhænger af regionernes, kommunernes og forskellige organisationers implementering heraf. Det er disse interessenters interesse med brugerstøtte, som kommer til at forme og præge praksissen med brugerstøtte i fremtiden.

Hvis fremtiden med brugerstøtte skal udfolde sine virkelige produktive og utraditionelle potentialer, så er det nu, at der skal diskuteres og reflekteres over opgaven, ellers vil en brugerstøttepraksis blot i nye former levere inspiration til endnu en traditionel tænkning. Det bliver en udfordring, da der i den samfundsmæssige moderniseringsproces er indbygget en objektiv bevægelse i retning af stadig større effektivitet og standardisering. Perspektiverne i denne afhandling kan forhåbentlig være en hjælp til refleksion og udvikling for sundhedspersonalet og interessenter i sundhedsvæsenet i al almindelighed.

## Resume af afhandlingen

Afhandlingen *Bare skør-normal. En analyse af en brugerstøttepraksis i behandlingspsykiatrien* er en undersøgelse af, om der ud fra læreprocesser hos patienter og brugerstøtter kan fremkomme ny viden om ressourcer og evner til nyorientering i livet hos psykisk lidende mennesker, og hvilke aspekter af brugerstøttepraksissen, der har betydning herfor. Endvidere er det en undersøgelse af, på hvilke måder en brugerstøttepraksis i psykiatrien kan betragtes som en alternativ og supplerende praksis. Brugerinddragelse og en praksis med brugerstøtte er aktuelle politiske målsætninger, som indskrives i en større international udviklingstendens.

I afhandlingen lægger jeg i tråd med kritisk teori og den materialistiske socialisationsteori ikke vægt på individet alene, men på socialisationen, den historiske foranderlige produktion af den menneskelige subjektivitet. I afhandlingen har jeg netop fokus på, hvordan subjektet interagerer med den sociale verden.

I afhandlingen diskuteres, hvilke interessenter der var inde over afhandlingen og der reflekteres over, at det konkrete projekt med brugerstøtte blev til et ph.d. studie. I den konkrete brugerstøtte ansatte jeg sammen med en projektmedarbejder 15 personer, der havde erfaringer med psykisk lidelse. Tanken var, at de skulle igennem et læringsforløb, så de kunne fungere som brugerstøtter for patienter på tre udvalgte psykiatriske afdelinger og følge patienterne i hverdagslivet efter udskrivelsen. Men inden brugerstøtterne skulle møde patienterne, skabte jeg med inspiration fra den kritisk utopiske aktionsforskning, en læringsarena for udviklingen af *den gode støtte*. I læringsarenaen blev det tydeligt, at den enkelte brugerstøtte var socialiseret i forhold til de psykiatriske diskurser og samfundsmæssige fordomme om personer med psykisk lidelse. Når vi skulle arbejde med brugerstøtte som en alternativ og supplerende praksis, blev det vigtigt at udfordre den enkeltes forventningsstruktur, fordi denne fungerer som horisont for betydningsdannelsen. I disse læreprocesser var jeg inspireret af Negts teori om eksemplarisk læring og sociologisk fantasi.

Undersøgelsen af forskningsspørgsmålet er baseret på feltnoter fra brugerstøttepraksissen og feltnoter fra brugerstøtternes oplevelser af deres besøg hos patienterne. Undersøgelsen baserer sig også på narrative interviews med patienter og gruppediskussioner med brugerstøtterne. I afhandlingen beskriver jeg og giver stemme til den praksis, der foregår imellem brugere og tidli-

gere brugere i psykiatrien, hvilket er mit afsæt til at forstå og vurdere hvad der sker i en brugerstøttepraksis.

Afhandlingen bidrager med et anderledes teoretisk udgangspunkt i forhold til at forstå psykisk lidelse. Psykisk lidelse bliver, med inspiration fra Lorenzers teori om sprogbeskadigelse, forstået som interaktionsformer der er blevet forstyrret og som ikke er blevet sprogliggjort, eller som er blevet fortrængt fra sproget. I begge tilfælde er erfaringerne ikke tilgængelige for bevidstheden og kan derfor ikke diskuteres eller reflekteres. Det betyder, at patienter med psykisk lidelse ikke kognitivt kan bearbejde og tage ansvar for deres situation, når de afviste interaktionsformer ikke er blevet sprogliggjort og dermed gjort tilgængelige for bevidstheden. Den enkelte patient formår dermed ikke tage ansvar for sin situation på en demokratisk og myndig måde. Dette teoretiske perspektiv på psykisk lidelse er en af hovedpointerne i afhandlingen. I analyserne har jeg dermed haft fokus på erfaringsdannelsesprocesser, der forhindrer eller som medvirker til udviklingen af det myndige subjekt. Teoretisk har jeg hentet inspirationen fra Lorenzers og Negts forståelse af erfaringsdannelsesprocesser, hvor jeg har interesseret mig for udviklingen af nye måder at interagere med omverdenen på, og for betydningen af dannelsen af nye livsforventninger og orienteringsrammer hos personer med psykisk lidelse.

I afhandlingen diskuterer og forholder jeg mig kritisk til begrebet recovery. Jeg anvender ikke begrebet recovery, og jeg tager ikke stilling til om den enkelte ”kommer sig” eller ”kommer over det”. Jeg undersøger, om den enkelte person oplever nye forståelser, indsigter og får det bedre socialt. Jeg taler dermed ikke om recoveryprocesser, men arbejder i stedet med læreprocesser som erfaringsdannelse.

I forhold til læringsperspektiver i den psykiatriske praksis viser afhandlingen, overordnet set, at læreprocesser, som tager udgangspunkt i den kognitive erkendelse, som en logisk måde at tilnærme sig de fortrængte interaktionsformer, kan hindre eller udelukke erfaringsdannelsesprocesser. Afhandlingen viser, at der i den psykiatriske praksis opstår et sprogfællesskab, som handler om bestemte måder at forstå og tale om den psykiske lidelse på, som medvirker til patienternes erfaringsdannelse og subjektkonstruktioner. Det er et sprogfællesskab, som ikke skaber sammenhæng mellem konteksten og personens livshistoriske erfaringer. Der åbnes dermed ikke op for læreprocesser, som kan støtte den erfaringsdannelse, der er blevet forstyrret. I de tilfælde hvor personalet forsøger at hjælpe patienterne med at bearbejde lidelsen og

relatere lidelsen til deres livshistoriske erfaringer, bliver patienterne frustrerede, fordi de angstfulde erfaringer med interaktionsformer er fortrængt fra bevidstheden og dermed fra sproget, hvorved de ikke kan diskuteres og reflekteres. Patienterne kan derfor ikke på en demokratisk og myndig måde bearbejde og tage ansvar for deres situation.

Afhandlingen viser, at de forskellige sygdomsforståelser, som er på spil mellem personalet og patienterne bidrager til konflikter, som medfører, at udviklingspotentialer nedbrydes og bliver regressivt og lidelsen betragtet som et samarbejdsprojekt bryder sammen. Der skabes en struktur, som hindrer udviklingsbevægelser, der potentielt kunne konstituere nye interaktionsformer. Konfliktsituationerne i den psykiatriske kontekst afspejler en situation med mangel på ressourcer, hvor der mangler personale, sengepladser og ressourcer til langvarige stabiliserende indlæggelser, som forudsætning for en god ambulant opfølgning.

Afhandlingen viser også, at stigmatiserings- og selvstigmatiseringsprocesser medfører en risiko for, at den enkelte trækker sig fra social kontakt og anden aktiv deltagelse i samfundslivet eller direkte bliver *ekskluderet fra deltagelse i samfundet*.

I forhold til læringsperspektiver med brugerstøttepraksissen, viser afhandlingen overordnet set, at sanselige læreprocesser spiller en afgørende rolle for at kunne begynde at erfare og forstå sin situation på andre måder. Praksissen med brugerstøtte åbner og skaber muligheder for sanselige erkendeformer, som tager udgangspunkt i menneskets konkrete og sanselige omverdensrelation.

I forhold til patienternes læring viser afhandlingen, at brugerstøttepraksissen giver en anderledes platform med mere ligeværdige interaktioner, og hvor patienternes kropslige og sanselige erfaringer bliver genkendt. Genkendelsen skaber erfaringer med normaliseringsprocesser, og at den enkelte patient ikke føler sig så fremmedgjort i den konkrete situation. Genkendelsen bevirker, at der åbnes op for nye måder at opleve, at tale om og forstå den nye situation på. Og som patienterne ikke kan tale med andre om. I brugerstøttepraksissen skabes der samtidig et særligt rum, hvor brugerstøtterne rummer al det ubehag og alle de aggressioner, som patienterne har svært ved selv at rumme. Brugerstøtterne opnår samtidig symbolværdi på håbet. Håbet er en væsentlig drivkraft i læreprocesserne, fordi håbet er utopien, som skaber social forestil-

ling om et bedre liv og grobund for nye visioner. Håbet er drivkraften, som kan øge evnen til at forme egen fremtid og muligheder for at lære at opnå kontrol over eget liv.

I forhold til brugerstøtternes læring, viser afhandlingen, at brugerstøtterne erfarer, at det er den enkelte person set i et hverdagslivsperspektiv og ikke diagnosen, som er udgangspunktet for deres praksis. Det fremgår, at brugerstøtterne erfarer, at de har en ressourceorienteret tilgang til patientens læreprocesser, og at de medvirker til at skabe kontakt og sammenhæng til "systemet". I analyserne træder det frem, at brugerstøtterne lærer, at erfaringer ikke er identiske, og at erfaringsdannelse er subjektive processer, som er forankret i hver enkelt persons livshistorie. Afhandlingen viser også, at brugerstøtterne diskuterer og reflekterer over de herskende psykiatriske diskurser og normalitetsbegrebet i et hverdagslivsperspektiv, som åbner op for forskellige måder at danne betydning på i forhold til den enkeltes livshistoriske erfaringer. Brugerstøtternes diskussion rummer samtidig en kritik af den samfundsmæssige socialiseringsproces. Der er tale om en kulturel orientering, som kan føre til et dannelses- og frigørelsesperspektiv, hvor den enkelte brugerstøtte kan frigøre sig fra de socialiserede betydningsdannelser og gøre den enkelte mere myndig fra undertrykkende forhold. Brugerstøtterne er dog forskellige steder i erfaringsdannelsesprocesserne som følge af, at de har forskellige livshistoriske erfaringer. Brugerstøtterne erfarer, at disse erkendelsesprocesser tager tid. Endelig fremgår det, at brugerstøttepraksissen er en modsætningsfyldt praksis, som både producerer tilfredshed og afmagt og angst for at blive forkastet.

I afhandlingen fremgår det, at de sanselige læreprocesser, hvor der samtidig sker en sprogliggørelse af afviste interaktionsformer og som dermed bliver gjort tilgængelig for bevidstheden, skaber mulighed for, at både patienterne og brugerstøtterne kan opnå nye indsigter og lære at indgå i interaktioner med andre på nye måder. Det er ikke sikkert, at det sker, men der åbnes strukturel mulighed herfor.

I afhandlingen diskuteres de udfordringer og dilemmaer der opstår med en brugerstøttepraksis. Endelig diskuteres til sidst i afhandlingen, hvilke interesser der skal ligge til grund for en brugerstøttepraksis, hvis den skal være en alternativ og supplerende praksis. Praksissen med brugerstøtte kan anvendes flertydigt og tolkes ind i forskellige politiske ideologier og betydningshorisonter. Den måde brugerstøttepraksissen organiseres på, bestemmer myndiggørelsens og dermed læringens perspektiv.



Hvis fremtiden med brugerstøtte skal udfolde sine virkelige produktive og utraditionelle potentialer, så er det nu, at der skal diskuteres og reflekteres over opgaven, ellers vil en brugerstøttepraksis blot i nye former levere inspiration til endnu en traditionel tænkning. Perspektiverne i denne afhandling kan forhåbentlig være en hjælp til refleksion og udvikling for sundhedspersonalet og interessenter i sundhedsvæsenet i al almindelighed.

## Summary

The thesis *“Just crazy-normal - An analysis of a peer-support practice in the mental health services”* is a study of learning processes among patients and their peer-supporters. The study examines whether learning processes among patients and peer-supporters may create potentials for new knowledge, resources and new perspectives in the lives of mentally distressed people - and which aspects of peer-support practice that may have an impact on these potentials. Furthermore, the study examines the extent to which the practice of peer-support may be regarded as an alternative and supplementary practice. User-involvement and peer-support are current political goals, which are coherent with a larger international tendency of development in the field of mental health.

In line with critical theories and materialistic socialization-theory, the thesis does not focus merely on the individual, but rather on the process of socialization - the historically changeable production of human subjectivity. The thesis concentrates on, in particular, how the subject interacts with the social world and social surroundings.

The thesis discusses the stakeholders who were part of the thesis' development, with a reflection over how this particular project of peer-support became a PhD research-study. In the particular peer-support practice developed throughout the study, I recruited 15 participants, all with a history of mental distress. The idea was to train the group, for them to be to function as peer-supporters for patients at three selected psychiatric wards, and follow the patients in their everyday life after being discharged from the hospital. However, prior to introducing the peer-supporters to the patients, we created a learning-arena in order to brainstorm and develop a notion of the *good peer-support*' - inspired by Critical Utopian Action Research. In the learning arena it became imminent, that the individual peer-supporters were socialized in psychiatric discourses and social prejudices concerning people with mental distress. When working with peer-support as an alternative and supplementary practice, it therefore became important to challenge individual expectations. In these learning processes, I was inspired by Negt's theories on exemplary learning and sociological imagination.

The research-question is examined based on field-notes, both from the peer-support-practice, and from the peer-supporters' experiences of their visits

with patients. The study is also based on narrative interviews with the patients who participated, and group discussions with their peer-supporters. In the thesis, I describe and explore the practice that occurs between current users and former users of psychiatric services, which is my point of departure for understanding and interpreting what happens in a peer-support-practice.

The thesis contributes with a somewhat different perspective on psychological suffering and mental distress. Inspired by Lorenzer's theory on language-destruction, psychological suffering is understood as forms of interactions that have been disrupted and never transformed into language, or repressed from language. On both occasions, the experiences have been made unavailable to the mind and consciousness, and therefore they are impossible to discuss or reflect upon. This implies that patients with mental distress cannot cognitively process and be responsible for their situation, since the rejected forms of interaction have not been transformed into language, and hence are unavailable for consciousness. The individual patient is therefore unable to take responsibility for his or her situation in a democratic and empowered way. This theoretical perspective on mental distress is one of the principal points in this thesis. Thus, the analyses focus on processes on experience-formation that prevent or contribute to the development of the empowered subject. Theoretically, I am inspired by Lorenzer's and Negt's understanding of processes of experience-formation, where my focus is on developing new ways of interacting with the world and the meaning of forming new life-expectations and frameworks of orientation for persons suffering from mental distress.

In the thesis, I discuss and relate critically to the term recovery. I refrain from using the term recovery, and I make no claims about whether an individual is "improving" or experiencing "full recovery". Instead, I investigate whether the person experiences new perspectives, insights and improvements in their social lives. This means that I do not examine recovery processes, but rather learning processes, as a development of experience.

In relation to psychiatric practice, the thesis shows that learning processes that take the person's cognition as a starting point, as a logical way of approaching the repressed forms of interaction, may hinder or exclude processes of experience formation. The thesis shows that in psychiatric practice, there is a community of language used to describe and understanding mental distress which contributes to the patient's experience formation and subject

constructions. It is a community of language that does not create a connection between the present context and the person's life history. In this way, learning processes that could potentially support the disturbed experience formation, are not opened up for. In cases where hospital staff try to aid the patients in processing their suffering and relate the suffering to their life-experiences, the patients become frustrated, since the adverse experiences and forms of interactions have been repressed from consciousness, and hence their language. Thus, they cannot be discussed or reflected upon. The patients are unable to process and take responsibility for their situation in a democratic and empowered way.

The thesis demonstrated that the different understandings of mental distress at work between patients and professionals contribute to conflicts, which result in a deterioration of the development of potential, which becomes regressive for patients. In this light, the cooperation surrounding mental distress suffers a breakdown. A structure is created, which prevents developments that otherwise could have constituted new ways of interaction. These situations of conflict reflect a context with a constant lack of resources, where there is shortage of staff, beds and resources for long term admissions, as a prerequisite for a successful outpatient follow up.

The thesis also shows that processes of stigmatization and self-stigmatization involve a risk that the individual may withdraw from social contact and other forms of participation in society, or even be directly excluded from participation in society.

In relation to learning perspectives in the peer-support-practice, the thesis generally shows that sensory learning processes play a crucial role for the patients, in that they start experiencing and understanding their situation in new ways. The practice of peer-support opens up and creates opportunities for sensory forms of recognition, based on the concrete and sensory relationship to the surrounding world.

In relation to the patients' learning, the thesis shows that the peer-support practice provides a different platform with more equal interactions, where the patients' bodily and sensory experiences are recognized. For the patients, these processes lead to experiences with processes of normalization, where the individual patient feels less alienated in the concrete situation. The recognition implies that new ways of experiencing, talking about and understanding

the new situation are opened up. And the patients cannot talk to others in the same way. In the peer-support-practice, a particular space is created, where the peer-supporters can accommodate all the distress and aggressions the patients themselves have difficulties containing. At the same time, the peer-supporters accomplish the symbolic value of hope. Hope is an important fuel in the learning processes, because hope is the utopia that creates a social notion of a better life and provides a breeding ground for new visions. For the patients, hope is the fuel that can increase the ability to shape their own future and possibilities to learn and to achieve control in their own lives.

In relation to the peer-supporter's learning, the thesis indicates that they learn that it is the person seen in the perspective of everyday life,- and not his or her diagnosis - that is the starting point for peer-support practice. It is shown that the peer-supporters learn that they have a resource-oriented approach to the patients' learning processes, and that they contribute to creating a contact and interaction with "the system". In the analysis, it is emphasized that the peer-supporters learn that experiences are not identical, and that processes of experience-formation are subjective processes, anchored in each individual's life history. The thesis also shows that the peer-supporters discuss and reflect on dominant psychiatric discourses and concepts of normality from an everyday life perspective. This opens up different ways of meaning making in relation to each individual's life history and experiences. At the same time, the peer-supporters' discussion contains a criticism of the societal socialization-process. It is a cultural orientation, that can lead to a perspective of formation and emancipation, where each peer-supporter can emancipate her or himself from the socialized formation of meaning, and be more competent in dealing with oppressive conditions. However, the peer-supporters are in different phases of the experience-formation-processes, as a result of their different life histories. The peer-supporters learn that these processes of recognition take time. Finally, it is shown that the peer-support-practice is a contradictory practice, both producing satisfaction, powerlessness and fear of rejection.

In the thesis, it is shown that sensory learning processes that include a verbalization of rejected forms of interaction, which thus become available to consciousness, create opportunities for both patients and peer-supporters to obtain new insights and to learn new ways of engaging in interactions with others. It is not certain that this happens every time. However, a new structural possibility and potential is opened up.

The thesis discusses the challenges and dilemmas that occur within a peer-support-practice. Finally, the end of the thesis discusses the stakes and interests that should be the base for a peer-support-practice, if it is to become an alternative and supplementary practice. The practice of peer-support can be used in several ways and be interpreted according to different political ideologies and horizons of meaning. How the peer-support practice is organized, determines the empowerment potential of the practice, as well as the potential for learning.

If peer-support in the future is to unfold its productive and unconventional potential, this is the time to discuss and to reflect on its ideas. If not, the initiative of peer support runs the risk of delivering inspiration to yet a traditional psychiatric way of thinking, albeit in a new shape. The perspectives of this thesis will hopefully be of help when it comes to reflections and development for health professionals and stakeholders within health care in general.

# Referencer

- Ahrenkiel, A., Bild, T., Dybbroe, B., & Hjalager, A. (2007). Tillidsrepræsentanter i et forandret sundhedsfelt: Fællesrapport. Roskilde: Roskilde Universitet.
- Anderson, L. (2006). Analytic Autoethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*, 35(4), 373 – 395.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness. *Innovation and Research*, 2(3), 17–24.
- Bech-Jørgensen, B. (2001). *Nye tider og usædvanlige fællesskaber*. [København]: Gyldendal Uddannelse.
- Bereswill, M. (2004). *The subjectivity of the researcher as methodological challenge. Paper presented at the 2nd annual conference of the International Research Group for Psycho-Sociatal Analysis, Dubrovnik, Croatia.*
- Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser Fagartikkel. *Tidsskrift for Norske Psykologforening = Journal of the Norwegian Psychological Association*, 46(5), 452 – 459.
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2), 129–140.  
doi:10.1080/09638230701498382
- Boyle, M. (2011). Making the world go away, and how psychology and psychiatry benefit. In J. Moncrieff, M. Rapley, & J. Dillon (Eds.), *De-medicalizing misery: psychiatry, psychology and the human condition* (pp. 27–43). New York: Palgrave MacMillan.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 201(6), 430–4.  
doi:10.1192/bjp.bp.112.109447

- Buus, N. (2005). *Communication among mental health nurses: a field study of mental health nursing practices*. Syddansk Universitet.
- Carlsson, M. (2009). *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme - teori, forskning og praksis*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Chodorow, N. (1999). *The power of feelings personal meaning in psychoanalysis, gender, and culture*. New Haven, Conn.: Yale University Press.
- Clausen, L. T., & Hansen, H. P. (2007). Deltagerbaseret forskning. In L. Fuglsang, P. Hagedorn-Rasmussen, & P. Bitsch Olsen (Eds.), *Teknikker i samfundsvidenskaberne* (pp. 135–155). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Consumer Workers' Forum Project. (2010). Literature review on the mental health consumer workforce. Sydney: NSW Consumer Advisory Group, Mental Health Inc. (NSW CAG).
- Copeland, M. (2002). *Wellness recovery action plan: a system for monitoring, reducing and eliminating uncomfortable or dangerous physical symptoms and distressing emotional feelings or experiences*. Brookline Village, MA: Peach press.
- Cornett, J. A. (2003). Fællesskabende: En problematisering af recovery-tænkningens individualisering og et udkast til en community psykologisk socialpsykiatri. *Social Kritik: Tidsskrift for Social Analyse & Debat*, 86, 83–89.
- Costley, C. (2010). *Doing work based research: approaches to enquiry for insider-researchers*. London: SAGE.
- Danske Regioner. (2009). Vidste du, at...: Fakta om psykiatrien. Retrieved January 20, 2014, from [http://www.regioner.dk/~media/Filer/Social og psykiatri/Fakta%20psykiatri\\_ny.ashx](http://www.regioner.dk/~media/Filer/Social%20og%20psykiatri/Fakta%20psykiatri_ny.ashx)
- Danske Regioner. (2010, May 18). Psykiatriens ABC. Retrieved January 14, 2014, from <http://www.regioner.dk/psykiatri/psykiatriens+abc>
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443–50.
- Deegan, P. (1992). *Recovery, rehabilitation and the conspiracy of hope: a keynote address*. Burlington Vt., Institute for Program Development Trinity



College of Vermont: Center for Community Change Through Housing and Support.

- Deegan, P. (2006). The legacy of peer support. Retrieved from <https://www.patdeegan.com/blog/posts/legacy-peer-support>
- Deegan, P. E. (2007). The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support it. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 62–9.
- Dybbroe, B. (1999). *Som var det mine egne: omsorg som kundskab og arbejde i to kulturer: ph.d.-afhandling*. [Roskilde]: Roskilde Universitetscenter, Erhvervs- og voksenuddannelsesgruppen.
- Dybbroe, B. (2012). Work Identity and Contradictory Experiences of Welfare Workers in a Life-history Perspective. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(3). Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1903/3438>
- Egmose, J. (2011). *Towards science for democratic sustainable development: social learning through upstream public engagement: Ph.D. thesis*. Roskilde: Roskilde University.
- Ellis, C. (2004). *The ethnographic I: A Methodological Novel about Autoethnography*. Walnut Creek CA: AltaMira Press.
- Falgaard Eplov, L. (2011). Et liv i bevægelse: En helhedsorienteret psykiatri-indsats med den sindslidende i centrum. Helsefonden. Retrieved from [http://www.helsefonden.dk/media/et liv i bevægelse](http://www.helsefonden.dk/media/et_liv_i_bevægelse). En helhedsorienteret psykiatri-indsats med den sindslidende i centrum.pdf
- Fisher, D. B., Chamberlin, J., & National Empowerment Center. (n.d.). Consumer-directed Transformation to a Recovery-based Mental Health System: A Consumer/Survivor Led Transformation of Today's Institutionally-based System to Tomorrow's Recovery-based System. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from <http://www.power2u.org/downloads/SAMHSA.pdf>
- Fog, J. (1998). *Saglig medmenneskelighed: Grundforhold i psykoterapien*. København: Hans Reitzel.

- Greenwood, D. J. (2007). Pragmatic action research. *International Journal of Action Research*, 3(1-2), 131–147.
- Greve, J., Ebsen, F., Clausen, J. K., & Herrup Nielsen, L. (2012). *Et liv i periferien: levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser*. (J. Greve, J. Clausen, F. Ebsen, & L. Herrup, Eds.). Odense: Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., ... Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 178(6), 506–17.
- Hinton, T. (2009). *Experts by experience: Strengthening the mental health consumer voice in Tasmania*. Social Action and Research Centre, Tasmania. Retrieved from <http://apo.org.au/node/14804>
- Hollway, W., & Jefferson, T. (2013). *Doing qualitative research differently - a psychosocial approach*. London: 2009.
- Husted, M., & Tofteng, D. (2005). *Respekt og realiteter: bevægelser mellem arbejde og udstødning. Ph.d. afhandling*. Institut for Miljø Teknologi og Samfund Roskilde Universitetscenter, [Roskilde].
- Høgsbro, K. (2003). *Skjulte livsverdener: en etnografisk undersøgelse af forholdene for mennesker med hjemløshed, misbrug og sindslidelse som problem*. Kbh.: AKF.
- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet - IKAS. (2009). *Den danske kvalitetsmodel, DDKM: akkrediteringsstandarder for sygehuse*. Århus: IKAS.
- Jensen, P. (2006). *En helt anden hjælp: recovery i bruger- og pårørende perspektiv*. Kbh.: Akademisk Forlag.
- Johnson, R. L., Stanford, P. D., Douglas, W., Botwinick, G., & Marino, E. (2001). High-risk sexual behaviors among adolescents engaged through a street-based peer outreach program--(the Adolescent HIV Project). *Journal of the National Medical Association*, 93(5), 170–7.
- Juul, S. (2012). Nyere kritisk teori. In *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*. Kbh.: Hans Reitzel.

- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2003). *At skabe en klient: institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Jørgensen, P., Bredkjær, S. R., & Nordentoft, M. (2012). *Psykiatriens udfordringer: 20 spørgsmål og 100 svar*. Kbh.: Munksgaard.
- Kleinman, A. (2012). Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen - and soon. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 201(6), 421–2. doi:10.1192/bjp.bp.112.118695
- Kumaria, S. (2001). Training young befrienders. *Crisis*, 22(3), 87–8.
- Kaare Nielsen, H. (2001). *Kritisk teori og samtidsanalyse*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Kaare Nielsen, H. (1996). *Æstetik, kultur og politik*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere LAP. (2012). Landskampagne mod dødsfald i psykiatrien. Retrieved January 21, 2014, from <http://www.lap.dk/kampagner/psykiatrisk-medicin-draber/psykiatrisk-medicin-draeber.html>
- Larsen, J. (2002). *Experiences with early intervention in schizophrenia: an ethnographic study of assertive community treatment in Denmark*. Sheffield: University of Sheffield.
- Lauveng, A. (2008). *I morgen var jeg altid en løve*. Kbh.: Akademisk Forlag.
- Leithäuser, T. (1976). *Formen des Alltagsbewusstseins*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Leithäuser, T. (1988). Die Interpretationsgemeinschaft und der Text: Ein Beispiel aus der Praxis [The Interpretation of the text and community: A practical example]. In *Psychoanalyse in der Sozialforschung: Eine Einführung am Beispiel einer Sozialpsychologie der Arbeit* [Psychoanalysis in social research: An introduction of a social psychology of work] (pp. 262–291). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Leithäuser, T. (1988). *Psychoanalyse in der Sozialforschung: eine Einführung am Beispiel der Sozialpsychologie der Arbeit*. Opladen: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Leithäuser, T. (1992). Teorien om hverdagsbevidsthed idag. *Unge Pædagoger*, (7-8), 45–56.
- Lindhardt, A. (2002). Den historiske udvikling. In S. Blinkenberg, P. B. Vendsborg, A. Lindhardt, & N. Reisby (Eds.), *Distriktspsykiatri: en lærebog* (pp. 31–40). Hans Reitzels Forlag.
- Lindhardt, A. (2011). *Etik og værdier i psykiatrien*. København: Psykiatrifonden.
- Lorenzer, A. (1972). *Zur Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp-Verlag.
- Lorenzer, A. (1975a). *Materialistisk socialisationsteori*. [København]: Rhodos.
- Lorenzer, A. (1975b). *Sprogbeskadigelse og rekonstruktion : forarbejder til en metateori om psykoanalysen*. [Kbh.]: Rhodos.
- Lorenzer, A. (1980). Die Analyse der subjectiven Struktur von Lebensläufen und das gesellschaftlich Objektive [The analysis of the subjective structure of resumes and the social objectives]. In H. Dahmer (Ed.), *Analytische Sozialpsychologie [Analytical social psychology]* (pp. 619–31). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Lundgaard Andersen, L. (2012). Forførende retorik, ambivalente aktører og neoliberal nøjsomhed: læringsarenaer i menneskearbejdet. *Social Kritik*, 24(131), 42–57.
- Lundgaard Andersen, L., & Dybbroe, B. (2011). The psycho-societal in social and health care: implications for inquiry, practice and learning in welfare settings. *Journal of Social Work Practice*, 25(3), 261 – 269.
- Lyngklip Svansø, V., & Steen Pedersen, F. (2012). Medicingigant til angreb på forsker. *Berlingske*, p. 1 + Business p. 6–7.
- MacNeil, C., & Mead, S. (2003). Discovering the fidelity standards of peer support in an ethnographic evaluation. Unpublished. In review with The Journal of Community Psychology.
- Madsen, M. H., Hvenegaard, A., & Fredslund, E. K. (2011). *Opgaveudvikling på psykiatriområdet : Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. København: DSI.

- Mead, S. (2005). *Intentional peer support: an alternative approach*. Plainfield NH: The author.
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134–41.
- Melander, H., Ahlqvist-Rastad, J., Meijer, G., & Beermann, B. (2003). Evidence based medicine--selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(7400), 1171–3.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sundhedsloven, Lbk 913 af 13. juli 2010, Pub. L. No. Lovbekendtgørelse nr. 913, 13.07.2010 (2010). Retsinformation. Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455>
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2011). *Evaluering og årsrapport for 2011. Det nationale samarbejdsforum for sundhedsforskning*. Retrieved from [http://www.sum.dk/~media/Filer - Publikationer\\_i\\_pdf/2012/Evaluerings-og-aarsrap-for-2011-NSS/Evaluering-aarsrap-for-2011.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer-Publikationer_i_pdf/2012/Evaluerings-og-aarsrap-for-2011-NSS/Evaluering-aarsrap-for-2011.ashx)
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2013). *Mere borger, mindre patient: Et stærkt fælles sundhedsvæsen*. Retrieved from <http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Mere-borger-mindre-patient-maj-2013.aspx>
- Nadig, M. (1997). Die Dokumentation des Konstruktionsprozesses: Theorie- und Praxisfragen in Ethnologie und Ethnopschoanalyse. *Sie Und Er*, 77–84.
- Nadig, M. (2010). Zur Psychodynamik transkultureller Begegnungen [The Psychodynamics of transcultural encounters]. In B. Golsabah, Solmaz, Küchenhoff & T. Heise (Eds.), *Migration und kulturelle Verflechtung: Beiträge zum 3. Kongress des DTPPP in Zürich [Migration and cultural integration] 2009* (pp. 59–68). VWB Verlag. Retrieved from [http://www.amber-med.at/sites/default/files/files/Migration und kulturelle Verflechtung.pdf](http://www.amber-med.at/sites/default/files/files/Migration%20und%20kulturelle%20Verflechtung.pdf)
- Nagbøl, S. (2002). Oplevelsesanalyse og subjektivitet. *Psyke Og Logos*, 23, 284–315.

- Negt, O. (1975). *Sociologisk fantasi og eksemplarisk indlæring : til teori og praksis i arbejderuddannelsen*. Roskilde: RUC Boghandel og Forlag.
- Neidel, A. (2011). *På vej?!: kritiske analyser af recovery-orienteringen af det socialpsykiatriske arbejde: en ph.d.-afhandling*. Roskilde: Forskerskolen i Livslang Læring Roskilde Universitet.
- Ochocka, J., Nelson, G., Janzen, R., & Trainor, J. (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 3--A qualitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology*, 34(3).
- OECD. (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the barriers. A synthesis of finding across OECD countries*. Paris.
- OECD. (2013). *Mental Health and Work: Denmark*. doi:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264188631-en>
- Projekt Styr Livet. (2010). *Styr livet med personcentreret planlægning : en arbejdsbog for og af mennesker med alvorlige psykiske problemer som ønsker at komme videre i livet*. (A. Kaaber, Ed.) (p. 139 sider, ill.). Kgs. Lyngby: Styr Livet.
- Ralph, R. (2005). *Recovery in mental illness : broadening our understanding of wellness* (1st ed.). Washington DC: American Psychological Association.
- Regeringen. (2010). National civilsamfundsstrategi: en styrket inddragelse af civilsamfundet og frivillige organisationer i den sociale indsats. Regeringen. Retrieved from <http://sm.dk/publikationer/national-civilsamfundsstrategi-en-styrket-inddragelse-af-civilsamfundet-og-frivillige-organisationer-i-den-sociale-indsats>
- Regeringen. (2012). Aftale om satspuljen 2012-2015. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Retrieved from [http://sum.dk/Sundhed/Psykiatri/Satspuljeaftaler/2012\\_2015.aspx](http://sum.dk/Sundhed/Psykiatri/Satspuljeaftaler/2012_2015.aspx)
- Regeringen. (2014). *Ligeværld - nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser - En langsigtet plan*. Retrieved from <http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Ligevaerd-psykiatriplan-maj-2014.aspx>
- Regeringens udvalg om psykiatri. (2013). En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Retrieved from

<http://www.im.dk/Aktuelt/Publikationer/Psykiatriudvalgrapport-okt-2013.aspx>

- Region Hovedstaden. (2012). Foreløbig redegørelse om medicinforbrug på Psykiatrisk Center Glostrup. Retrieved January 21, 2014, from [http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/0C17AA80-63C2-4AA1-B5D2-2CF3854E391F/0/Foreloebig\\_redegoerelse\\_om\\_medcinforbrug\\_PC\\_Glostrup\\_200612.pdf](http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/0C17AA80-63C2-4AA1-B5D2-2CF3854E391F/0/Foreloebig_redegoerelse_om_medcinforbrug_PC_Glostrup_200612.pdf)
- Region Sjælland. (2008). *Psykiatriplan for Region Sjælland: Mennesker og muligheder - psykiatri med relationer*. [Sorø]: Region Sjælland, Psykiatrien.
- Region Sjælland. (2010). *Brugerstyret psykiatri - hvad betyder det i praksis? Til ledere og medarbejdere i psykiatrien*. Retrieved from [http://www.regionsjælland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/patient\\_i\\_psykiatrien/brugerstyret-psykiatri/documents/folderombrugerstyretpsykiatri.pdf](http://www.regionsjælland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/patient_i_psykiatrien/brugerstyret-psykiatri/documents/folderombrugerstyretpsykiatri.pdf)
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 20(4), 392–411. doi:10.3109/09638237.2011.583947
- Rhodes, L. A. (1995). *Emptying beds: the work of an emergency psychiatric unit*. Berkeley: University of California Press.
- Ringer, A. (2013). *Listening to patients: a study of illness discourses, patient identities, and user involvement in contemporary psychiatric practice: Ph.d. afhandling*. Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde.
- Rogers, E. S., Kash-MacDonald, M., & Brucker, D. (2009). Systematic review of peer delivered services literature 1989-2009. Boston: Boston University, Sargent College, Center for Psychiatric Rehabilitation. Retrieved from <http://www.bu.edu/drrk/research-syntheses/psychiatric-disabilities/peer-delivered-services/>
- Rudy, R. R., Rosenfeld, L. B., Galassi, J. P., Parker, J., & Schanberg, R. (2001). Participants' perceptions of a peer-helper, telephone-based social support intervention for melanoma patients. *Health Communication*, 13(3), 285–305.
- Salling Olesen, H. (1985). *Voksenundervisning - hverdagsliv og erfaring*. Kbh.: Unge Pædagoger.

- Salling Olesen, H. (2006a). Diskurs og erfaring: Eksempler fra lægeprofessionen. *Nordisk Pedagogik*, 26(4), 358–71.
- Salling Olesen, H. (2006b). Theorising Learning in Life History: A Psychosocietal Approach. *Studies in the Education of Adults*, 39(1), 38–53.
- Salling Olesen, H. (2012). The societal nature of subjectivity: An interdisciplinary methodological challenge. *FQS Forum: Qualitative Social Research*, 13(3). Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1908>
- Salling Olesen, H., & Weber, K. (2012, September 29). Socialization, Language, and Scenic Understanding. Alfred Lorenzer's Contribution to a Psycho-societal Methodology. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1906/3442>
- Schepelern Johansen, K. (2005). *Kultur og psykiatri: en antropologi om transkulturel psykiatri på danske hospitaler: Ph.d afhandling*. Københavns Universitet.
- SFI Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. (2013). Handicap og beskæftigelse i 2012 - Regionale forskelle. Retrieved October 07, 2014, from <http://www.sfi.dk/rapportoplysninger-4681.aspx?Action=1&NewsId=3884&PID=9267>
- Simonsen, E. (2010a). Klassifikation af psykiske lidelser efter ICD-10. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (pp. 917–922). København: Hans Reitzels Forlag.
- Simonsen, E. (2010b). Psykiatrisk klassifikation. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (pp. 201–216). København: Hans Reitzels Forlag.
- Smorti, A., Pananti, B., & Rizzo, A. (2010). Autobiography as tool to improve lifestyle, well being, and self-narrative in patients with mental disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(8), 564–71. doi:10.1097/NMD.0b013e3181ea4e59
- Socialministeriet. (2006). Vejledning om botilbud mv. til voksne. Socialministeriet. Retrieved from [http://www.sm.dk/data/Dokumentertillovstof/VEJ nr 95 af 05-12-2006.pdf](http://www.sm.dk/data/Dokumentertillovstof/VEJ_nr_95_af_05-12-2006.pdf)



- Socialministeriet. Vejledning om særlig støtte til voksne (Vejledning nr. 5 til serviceloven) (2011). Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=135447>
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392–401.
- Solomon, P., & Draine, J. (2001). The state of knowledge of the effectiveness of consumer provided services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1), 20–7.
- Spry, T. (2001). Performing autoethnography: An embodied methodological praxis. *Qualitative Inquiry*, 7(6), 706–32.
- Steen Nielsen, B. (2010). Sansebevidsthed og gestisk viden: om det æstetiske ud fra kritisk teori. *Dansk Pædagogisk Tidsskrift*, (2), 24–33.
- Steen Nielsen, B., & Aagaard Nielsen, K., (2006). *En menneskelig natur: aktionsforskning for bæredygtighed og politisk kultur*. Kbh.: Frydenlund.
- Steen Nielsen, B., & Aagaard Nielsen, K. (2010). Aktionsforskning. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder. En grundbog* (pp. 97–120). Kbh.: Hans Reitzel.
- Steen Nielsen, B., Aagaard Nielsen, K., & Olsen, K. (1999). *Demokrati som læreproces : Industri og Lykke: Et år med Dyndspringeren* (p. 235 sider). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Sundhed.dk. (2012). Psykolog, psykologhjælp. Retrieved January 21, 2014, from <https://www.sundhed.dk/borger/valg-af-laege-og-sygehus/sygesikring-og-laegevalg/sundhedskortet-og-hvad-det-giver-ret-til/psykologhjælp/>
- Sundhedsstyrelsen. (2009). *National strategi for psykiatri*. København: Sundhedsstyrelsen. Retrieved from [http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2009/supl/psykiatri/natstrat\\_psykiatri09net.pdf](http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2009/supl/psykiatri/natstrat_psykiatri09net.pdf)
- Sundhedsstyrelsen. (2012). Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Retrieved from <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2012/introduktion-til-sundhedsstyrelsens-forebyggelsespakker>

- Sundhedsstyrelsen. (2013). En af os - baggrundsnotat. Retrieved October 07, 2014, from <http://www.sundhedsstyrelsen.dk>
- Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. (2014). Offentliggjorte afgørelser med navn truffet af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Retrieved September 26, 2014, from [http://www.patientombuddet.dk/Afgoerelser\\_og\\_domme/Afgoerelser\\_fra\\_Sundhedsvaesenets\\_Disciplinaernaevn/Afgoerelser\\_med\\_navn.aspx](http://www.patientombuddet.dk/Afgoerelser_og_domme/Afgoerelser_fra_Sundhedsvaesenets_Disciplinaernaevn/Afgoerelser_med_navn.aspx)
- Tanggaard Andersen, P. (2010). Empowerment som frigørelse? In P. Tanggaard Andersen & H. U. Timm (Eds.), *Sundhedssociologi: en grundbog* (pp. 93–110). Hans Reitzels Forlag.
- Tietel, E. (2000). The Interview as a Relational Space/Das Interview als Beziehungsraum. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(2). Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1095/2405>
- Tooth, B., Kalyanasundaram, V., Glover, H., & Momenzadah, S. (2003). Factors consumers identify as important to recovery from schizophrenia. [References]. *Australasian Psychiatry*, 11, s70–s77.
- Topor, A. (2002). *Vendepunkter: et nærstudie af vendepunkter for mennesker der er kommet sig efter alvorlig psykisk lidelse* (1. udg.). Kbh.: Videnscenter for Socialpsykiatri.
- Topor, A. (2003). *Recovery: at komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Topor, A., & Di Girolamo, S. (2010). “You have to be careful who you talk to and what you say ...” - on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 19(6), 553–61. doi:10.3109/09638237.2010.520366
- Van Maanen, J. (1988). *Tales of the field: on writing ethnography*. Chicago: University of Chicago Press.
- Venn, C. (1984). The subject of psychology. In J. Henriques (Ed.), *Changing the subject: psychology, social regulation and subjectivity* (pp. 119–152). London: Methuen.

- Videnscenter for brugerinddragelse. (n.d.). Videnscenter for brugerinddragelse. Baggrund. Retrieved January 21, 2014, from <http://www.vibis.dk/om-vibis/baggrund>
- Videnscenter for brugerinddragelse. (2012). *Hvad er brugerinddragelse i sundhedsvæsenet? Syv interview om brugerinddragelse som begreb, som udfordring og som mulighed for udvikling i sundhedsvæsenet*. Retrieved from [http://www.vibis.dk/sites/vibis.dk/files/billeder/vidensforumspot/brugerinddragelse\\_udgave\\_til\\_upload.pdf](http://www.vibis.dk/sites/vibis.dk/files/billeder/vidensforumspot/brugerinddragelse_udgave_til_upload.pdf)
- Weber, K. (1992). Teori- bevidsthed - bevidsthedsteori. Erfaringspædagogisk debat - men om hvad? *Unge Pædagoger*, 57–65.
- Weber, K. (1995). *Ambivalens og erfaring: mod et kønsdifferentieret læringsbegreb: en analyse af kvinders læreprocesser i Fagbevægelsens Interne Uddannelsessystem: ph.d. afhandling*. Roskilde: Erhvervs- og voksenuddannelsesgruppen Roskilde Universitetscenter.
- Weber, K., & Salling Olesen, H. (2001). Alle disse historier - livshistorie(r) som pædagogisk metode, kulturbeskrivelse eller problematisk realitetsorientering. *Dansk Pædagogisk Tidsskrift*, 1, 34–43.
- Weber, K., Steen Nielsen, B., & Salling Olesen, H. (1997). Modet til fremtiden. In K. Weber, B. Steen Nielsen, & H. Salling Olesen (Eds.), *Modet til fremtiden - inspirationen fra Oskar Negt* (pp. 11–35). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion = Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. [Ottawa]: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *The world health report 2001 Mental health. New understanding, new hope* (pp. 1–178). Geneva: World Health Organization,. Retrieved from [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)
- Øvre Sørensen, N. (2006). *I virkeligheden udenfor: et dobbelt perspektiv på sygeplejerskers arbejde i en psykiatrisk institution: en analyse af magt, styrings- og selvstyrings teknikker*. Roskilde Universitetscenter, Forskerskolen i Livslang Læring.
- Aagaard Nielsen, K., & Steen Nielsen, B. (2007). *Demokrati og naturbeskyttelse: dannelse af borgerfællesskaber gennem social læring - med Møn som eksempel*. Kbh.: Frydenlund.