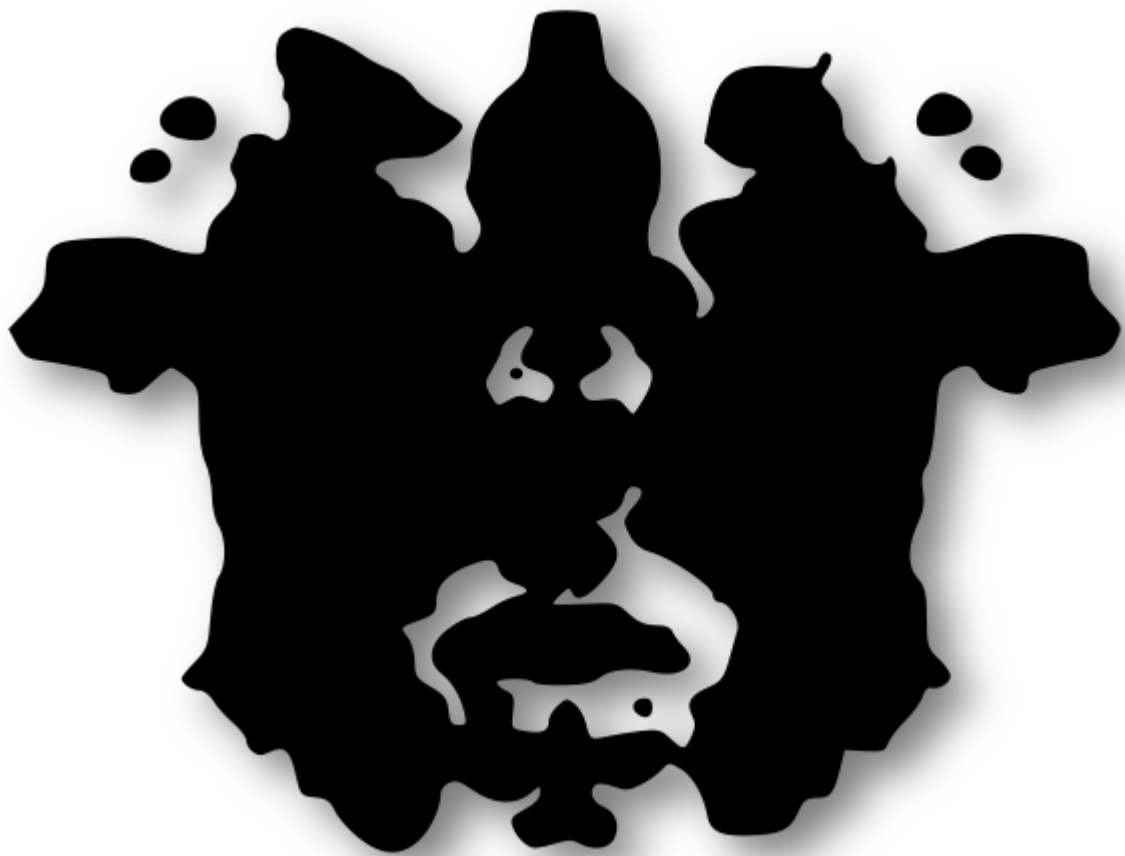


Mening i galskaben

Et sociologisk studie af sindslidendes narrative identitetsskabelse



Speciale

Af Fie Holt Christiansen

Vejleder: Inger Glavind Bo

Antal ord: 34.301

Sociologiuddannelsen, Aalborg Universitet

Indholdsfortegnelse

FORORD	5
1. PROBLEMFELT	6
Et kritisk blik på den eksisterende psykiatri.....	6
Sygdomsoplevelsen som social konstruktion	10
Problemformulering.....	13
2. METODISKE REFLEKSIONER.....	15
En socialkonstruktivistisk tilgang.....	15
Sygdomsnarrativer	17
Udvælgelse og rekruttering af interviewpersoner	19
Forberedelse af det narrative interview	20
Etiske overvejelser	23
3. TEORETISKE REDSKABER	25
Narrativ identitet	26
Narrativisering af selvet	26
Narrative typer i sygdomsnarrativer	27
Afvigelse	29
Den afvigende karriere	29
Følelser og sociale bånd	31
Skam i selvet og sociale relationer	32

4. ANALYSESTRATEGI	34
5. ANALYSE.....	36
DEL 1	36
Restitutions-narrativet	36
Erik: "Jeg er den gamle Erik igen"	36
Kaos-narrativet	39
Susan: "Man kan aldrig vide, om i morgen bliver en dårlig dag"	39
Niels: "Ens formål det er sådan set bare at overleve"	44
Finn: "Jeg har sådan set ikke nogen forventninger til fremtiden"	48
Opsamling – fællestræk i kaos-narrativerne	50
Quest-narrativet	51
Anja: "Jeg ville slet ikke have undværet den tid"	52
Janni: "Jeg er blevet meget gladere"	56
Louise: "Det er lidt som at blive født igen"	59
Matilde: "Jeg har håb for fremtiden"	64
Opsamling – fællestræk i quest-narrativerne.....	68
DEL 2	70
En afvigende karriere	70
Stemplet som sindslidende	70
(Tvangs)indlagt med afvigergruppen.....	73

Båndet til de professionelle	78
6. KONKLUSION.....	82
7. ENGLISH SUMMARY	84
8. LITTERATUR	85

Forord

I dette forord vil jeg gerne benytte lejligheden til at takke de mange personer, som har gjort specialet muligt.

Først og fremmest en stor tak til min vejleder Inger Glavind Bo. Dit evige engagement og din kyndige vejledning har gjort hvert specialemøde inspirerende og ikke mindst udviklet mig fagligt.

Dernæst tak til de forskellige repræsentanter i Landsforeningen SIND og PsykInfo, som formidlede kontakt til de sindslidende. Og sidst men ikke mindst går den største tak til de otte interviewpersoner, der viste mig tillid og åbenhjertigt delte deres livshistorier med mig. I har beriget nærværende speciale mere, end jeg havde turdet håbe på.

Aalborg d. 21/12 2011

Fie Holt Christiansen

1. Problemfelt

Problemfeltet har til formål at præcisere og sætte rammen for emnet i nærværende speciale - sindslidendes oplevelse og håndtering af deres psykiske lidelse. Først vil jeg forholde mig kritisk til den nuværende tilgang til sindslidelser, dernæst vil jeg plædere for et sociologisk perspektiv, og til sidst slutes af med en præsentation af den problemformulering, som søges besvaret igennem specialet.

Et kritisk blik på den eksisterende psykiatri

Lige siden den psykiatriske fagdisciplin opstod i begyndelsen af 1800-tallet, som følge af institutionaliseringen af sindslidende i store statshospitaler, har årsagerne til psykiske lidelser været omdiskuteret blandt forskellige videnskabelige traditioner. Typisk har én forklaringsmodel nydt større anerkendelse end andre i en specifik historisk epoke. I det meste af det 19. århundrede var det den biologiske tilgang til psykiatrien der gjorde sig gældende, og dernæst vandt psykologiske årsagsforklaringer indpas i nogle årtier, da Freud fremsatte sin psykoanalytiske teori – sidstnævnte blev dog ikke så udbredt inden for den danske psykiatri som i Centraleuropa og USA (Kragh 2008; Shorter 2001). Måden, hvorpå vi som samfund forstår og behandler sindslidende, kan derfor siges at være historisk og kulturelt betinget, snarere end baseret på en naturgiven sandhed om psykiske lidelsers beskaffenhed¹.

Den tilgang vi i dag har til psykiske lidelser i Danmark og i Vesten, tager afsæt i den revolutionerende opdagelse af nye effektive psykiatriske medikamenter, de såkaldte psykofarmaka, som fandt sted i 1950'erne. Dette banede vejen for en ny biologisk psykiatri og gav fornyet styrke til den biomedicinske sygdomsmodel, det vil sige opfattelsen af psykiske lidelser som en biokemisk dysfunktion i hjernen (Rosenberg 2008a). I forlængelse af den biologiske psykiatris renæssance opstod imidlertid også en antipsykiatrisk bevægelse i slutningen af 1960'erne, som forholdte sig kritisk til tidens biomedicinske sygdomsforståelse og behandlingsmetoder samt indespærringen af sindslidende i store asyler. I stedet argumenterede de for at anskue sindslidelser som sociale

¹ At psykiske lidelser er kulturelt betinget giver sig blandt andet til udtryk i en række tværkulturelle studier, som har vist, at der er anseelige kulturelle variationer i helbredsprognosen for personer med skizofreni, således at udfaldet typisk er bedre i de mindre industrialiserede, ikke-vestlige lande end i de vestlige lande (Harrison et al. 2001; Jablensky et al. 1992; World Health Organization 1979). Ifølge flere antropologer skyldes dette netop, at forståelse og praksis omkring lidelsen er af en anden og altså mere helbredende karakter i de ikke-vestlige lande (se for eksempel McGruder 2003; Waxler 1979).

konstruktioner. Kritikken affødte en livlig debat, ikke alene i akademiske kredse, men også i medierne og på den politiske scene, hvilket bidrog til et stigende pres for at omorganisere psykiatrien (Rosenberg 2008b: 308ff). Derfor påbegyndte man i 1976 en deinstitutionalisering - en delvis afvikling af de psykiatriske hospitaler til fordel for behandling i nærmiljøet - ud fra den ideologi at sindslidende har ret til at leve integreret i normalsamfundet. Dette blev langt overvejende muliggjort af de virksomme psykofarmaka, som gav en stor andel af de sindslidende en afdæmpet adfærd langt hurtigere end tidligere, hvorefter intet principielt var til hinder for, at de kunne leve en normal tilværelse udenfor statshospitalets tykke mure. Samtidig med denne deinstitutionalisering besluttede man desuden at decentralisere det administrative ansvar for hospitalspsykiatrien fra staten til amtskommunerne og sammenføre det psykiatriske og det somatiske sygehusvæsen (Bjerrum 2008; Shorter 2001: 331).

Gradvist mandede de organisatoriske forandringer ud i den tredeling af psykiatrien vi kender i dag: sygehuspsykiatrien, som står for undersøgelse, diagnosticering og behandling i forbindelse med indlæggelse; distriktpspsykiatrien, som ved hjælp af et tværfagligt behandlerteam tilbyder ambulant behandling i lokalsamfundet; og socialpsykiatrien, som yder en social indsats med henblik på at fremme den sindslidendes integration i samfundet samt evnen til at fungere selvstændigt i hverdagen (Sundhedsministeriet 2001: 5ff). Med denne udformning af psykiatrien sigter man altså efter en mere mangfoldig behandlingsindsats end tidligere, hvor fokus var på at identificere og behandle den enkeltstående årsag til lidelsen. Dermed bygger den nuværende psykiatri tilsyneladende også på en multifaktoriel årsagsforståelse af psykiske lidelser, idet der tages højde for både biologiske, psykologiske og sociale faktorerers indvirkning på sygdomsforløbet.

Alligevel synes den biomedicinske sygdomsmodel fortsat at dominere indfaldsviklen til psykiske lidelser, og som følge heraf også måden at behandle mennesker med en sindslidelse på. Dette giver sig måske tydeligst til udtryk i det faktum, at behandlingspsykiatrien er etableret som et lægevidenskabeligt speciale med stærk tilknytning til det somatiske sygehusvæsen, hvis interesse i reglen er biologiske årsagssammenhænge, objektive symptomer og kliniske diagnoser. I dette regi fortolkes og behandles psykiske lidelser derfor primært som biologiske fænomener, der kræver farmakologisk intervention. Faktisk er medicin i langt de fleste tilfælde det eneste behandlingstilbud, sindslidende får, selv når det er dokumenteret, at effekten er begrænset eller ikke-eksisterende (Brandt 2007: 30f; Heissel 2011; Kjær 2009; Larsen 2011;). Hermed anskueliggøres desuden, hvordan det biomedicinske paradigme ikke alene former praksis i behandlingssystemet, men også den førte politik på området, afspejlet i de ressourcer psykiatrien tildeles, eller rettere sagt ikke tildeles. For

eksempel er mulighederne for samtaleterapi blandt andet begrænset af, at man skal opfylde nogle helt specifikke alders- og sygdomskriterier for at få tilskud til psykologbehandling², hvorimod alle kan få tilskud til medicin. Og det til trods for solid dokumentation for, at terapi er mere effektiv end psykofarmaka over for denne type lette til moderate lidelser, foruden at være fri for bivirkninger (Kjær 2009). Det tyder med andre ord på, at i kraft af sindslidelse hovedsageligt defineres som en biologisk sygdom, vægtes medicinering højest i tilrettelæggelsen af behandlingstilbud.

Derudover gælder det for de øvrige interventionsformer i såvel behandlings- som socialpsykiatrien – den såkaldt psykosociale behandling og rehabilitering – at de tager udgangspunkt i en lignende ideologi. De psykosociale behandlingsformer omfatter blandt andet psykoedukation, kognitiv adfærdsterapi, social færdighedstræning samt psykodynamisk terapi og har til formål at fremme den sindslidendes sygdomsindsigt, sikre kompliance med medicinen samt give ham/hende redskaberne til at kontrollere eller acceptere symptomer og funktionsnedsættelser i hverdagen (Pratt et al. 2007: 93ff; Sundhedsstyrelsen 2004: 28; Sundhedsstyrelsen 2007a 70ff; Sundhedsstyrelsen 2007b: 62ff;). På tilsvarende vis er hensigten med den psykosociale rehabilitering, som man især arbejder med i socialpsykiatrien, at hjælpe den sindslidende til at opnå en selvstændig tilværelse og deltage i samfundet. En rehabiliteringsproces der vægter den sindslidendes egne mål og ressourcer, og stræber efter mindst mulig professionel intervention (Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri 2011). Som det fremgår af ovenstående fungerer den psykosociale behandling og rehabilitering altså ikke som alternativ til den farmakologiske behandling, men komplementerer den snarere, idet interventionerne lærer de sindslidende patienter at betragte og forholde sig til deres psykiske lidelse som en biologisk/patologisk tilstand. På den måde er de psykosociale interventioner efter alt at dømme forankret i den biomedicinske behandlingssideologi.

Min hensigt er ikke at underkende disse farmakologiske og psykosociale behandlingsmetoders effektivitet eller anfægte sindslidelsers fysiske og psykiske realitet for de ramte individer, men derimod at fremhæve det problematiske i et fremherskende paradigme, som entydigt lokaliserer psykiske lidelser i individet. Således har den biomedicinske forståelsesmodel, som illustreret ovenfor, en reduktionistisk tilgang til psykiske lidelser, idet lidelserne kædes snævert sammen med individuelle biologiske processer, med den logiske følge at den professionelle og/eller den

² Den praktiserende læge kan henvise til psykologhjælp med 60 % tilskud fra det offentlige, hvis patienten har en let til moderat depression og er mellem 18 og 37 år eller har let til moderat angst og er mellem 18 og 28 år (Danske Patienter 2010: 3f).

sindslidende betragtes som ansvarlig for bedring. Dertil kommer, at også de interventionsformer der supplerer den psykofarmakologiske symptombehandling, er udpræget individfokuserede, hvad der afspejler sig i deres primære fokus på den sindslidendes personlige og kognitive udvikling. Interventionerne bærer i den henseende præg af et grundlæggende voluntaristisk syn på de sindslidende patienter. Eller formuleret på en anden måde: de baserer sig på en forudsætning om, at den sindslidende selv er i stand til at ændre sin situation til det bedre, hvis blot viljen er til stede. I alt fra behandlingen til politikken på psykiatriområdet lader der altså til at være et fravær af opmærksomhed på sociale og kulturelle processers indvirkning på sindslidelser, og hermed også de muligheder og begrænsninger som omgivelserne kan skabe for det sindslidende individ. Indsatsen relateres med andre ord til den sindslidende som privatperson og ikke som social aktør (Hydén 1997a: 155)

Denne tilgang til sindslidende følger tilsyneladende en generel tendens i tiden, når det gælder spørgsmålet om, hvem der er ansvarlig for det udsatte individs problemer. Hvor man tidligere var optaget af at afgrænse og ændre samfundsmæssige strukturer, der producerede u hensigtsmæssige betingelser for individet, fokuserer man nu i højere grad på at bearbejde den individuelle brugers indstilling og adfærd, mere eller mindre uafhængigt af den bagvedliggende sociale kontekst (Conrad & Barker 2010: 75; Villadsen 2004: 630ff). Eller som Pearlin, Avison & Fazio (2007) beskriver det:

“In more recent times the society has grown less certain of its ability to eliminate or ease institutionally rooted problems and, more important, it has substantially scaled back its sense of responsibility for the elimination or amelioration of these problems. Instead, it is argued that the causes and, therefore, the cures for what might ail individuals reside less in the problematic aspects of our social and economic arrangements than within the individuals themselves; troubled people are now more likely to be seen as needing to get their own acts together.”

Ansaret for at løse sociale problemer placeres altså i større udstrækning på individet end på samfundet. For eksempel beskæftiger man sig i indsatsen for at fastholde eller reintegrere sindslidende på arbejdsmarkedet ofte primært med at forbedre den enkelte sindslidendes arbejdsevne, snarere end at hindre diskrimination og infleksibilitet på arbejdsmarkedet (se Borg et al. 2010). På den måde kan indstillingen til sindslidende (bevidst eller ubevidst) blive, at hvorvidt de får det bedre eller ej, afhænger af deres egen motivations- og tilpasningsevne, og ikke så meget kvaliteten af behandlingsindsatsen. Risikoen ved det biomedicinske paradigmes dominerende rolle som forståelses- og behandlingsmodel er derfor, at man negligerer sociale faktoreres indflydelse på

oplevelsen og behandlingen af psykisk lidelse, med det resultat at den sindslidende gøres personligt ansvarlig for forhold, der er uden for vedkommendes kontrol.

Sygdomsoplevelsen som social konstruktion

I lyset af ovenstående betragtninger om følgerne af det biomedicinske paradigmes mangeårige dominans, synes det efterhånden nødvendigt med et øget fokus på de sociale aspekter af sindslidelse, hvorfor jeg i dette speciale indtager en socialkonstruktivistisk tilgang. Omend psyko-farmakologien har gjort ubestridelige landvindinger i forhold til lindringen af sindslidendes symptomer, er der således fortsat en række problematikker forbundet med det at have en psykisk lidelse, som et sociologisk perspektiv potentielt kan bidrage til at løse: (...) *what will make the biggest difference to people's lives is not necessarily any form of medical treatment, but a shift in social attitudes and practices that promotes social inclusion* (Tew 2005: 19). Derfor har dette speciale til hensigt at undersøge, hvordan sociale og kulturelle faktorer indvirker på sindslidendes fortolkning, oplevelse og håndtering af psykisk lidelse, med henblik på at kontrastere biomedicinens deterministiske syn på sindslidelse og skabe grundlag for en mere holistisk psykiatriindsats.

For at anskueliggøre sindslidelsers multidimensionale og kontekstafhængige karakter, kan det være en fordel at skelne mellem de engelske begreber *illness*, *disease* og *sickness*, som ofte anvendes i medicinsk sociologi og antropologi til at illustrere forskellige perspektiver på sygdom. Det første perspektiv, *illness*, er familien og det lidende individs eget og vedrører således den subjektive oplevelse af sygdommen, dens opståen og håndteringsmulighederne. *Disease* er betegnelsen for samme sygdom, men reduceret til biomedicinske aspekter, såsom de patologiske symptomer, den kliniske diagnosticering og reguleringen af individets biologiske dysfunktion igennem farmakologiske interventioner. Det vil altså sige sygdommen sådan som den professionelle behandler opfatter den ud fra sin teoretiske optik. Og endelig er der *sickness*, som referer til den brede folkelige og samfundsmæssige tilgang til en given sygdom. Det omfatter blandt andet de offentlige privilegier som en diagnose giver adgang til, eksempelvis behandlingsrettigheder, sygemelding og førtidspension, men også stigmatiserende fordomme omkring sygdommen, som at sindslidende er utilregnelige og voldelige (Kleinman 1989: 3ff; Hydén 1997a: 47ff). En udbredt opfattelse er således, at sindslidende er farlige på grund af deres lidelse, hvilket kan siges at være affødt af den biomedicinske sygdomsmodels implicitte antagelse om, at psykiske lidelser er uforudsigelige og ukontrollable, samt forstærket af mediernes sensationsprægede historier om voldelige sindslidende (Jacobsen et al. 2010: 8; Tew 2005: 15). *Sickness* kan med andre ord betragtes som kulturelle

forestillinger om sygdommen, hvormed det sygdomsramte individ mødes af omverdenen og tildeles en særlig social rolle.

Distinktionen imellem de tre typer opfattelse af sygdom tjener alene et analytisk formål, da de i praksis er tæt forbundne. De influerer på hinanden i konstruktionen af sygdom, til trods for de ikke altid optræder samtidigt. Derudover har individet også sine egne præferencer og særegne livsforhold, hvilket betyder, at sygdomsopfattelsen i langt de fleste tilfælde vil variere fra person til person. Hensigten med ovenstående begrebssondring er imidlertid at gøre det klart, at den biomedicinske sygdomsmodel ikke repræsenterer en universel og værdineutral tilgang til psykisk lidelse, hvorfor den må suppleres med andre videnskabsperspektiver for at opnå en fyldestgørende forståelse af sindslidendes udfordringer. Biomedicinen har som sådan en relativt minimal interesse i illness og sickness, ligesom dens farmakologiske behandlingsmetoder ikke er målrettet disse sygdomsperspektiver. Af den grund er undersøgelsesgenstanden for dette speciale illness, som den opleves og håndteres af den enkelte sindslidende, men nødvendigvis uadskillelig fra de øvrige perspektiver involveret i den sociale konstruktion heraf.

Denne subjektive oplevelse af at blive ramt af sygdom kan blive defineret som en radikal og skelsættende hændelse i individets liv. Eller, som den engelske sociolog Michael Bury (1982) betegner det, som et *biografisk brud* (biographical disruption), der på dramatisk vis ændrer hverdagslivets forudsigelige meningsstrukturer: (...) *illness, and especially chronic illness, is (...) that kind of experience where the structures of everyday life and the forms of knowledge which underpin them are disrupted* (Bury 1982: 169). Sygdommen udgør i den forstand et brud i individets livsfortælling, hvormed vedkommendes hidtidige selvforståelse, tilværelsens fundamentale selvfølgeligheder og det vanlige intersubjektive forhold til omgivelserne fuldkommen mister sin gyldighed – måske i særdeleshed når selve sygdommen bringer anormale og uforklarlige oplevelser med sig, som det ofte er tilfældet for sindslidende. Som følge heraf må individet begive sig ud i en narrativ rekonstruktion af den hele livsfortælling, hvorigennem han/hun må forsøge at skabe mening med sygdommen inden for livsfortællingens rammer med henblik på at (gen)etablere en sammenhængende identitet (Bury 1982: 169f; Hydén 1997a: 100f). I denne forbindelse kan det være nyttigt at introducere det narrative identitetsbegreb. Kort beskrevet er antagelsen bag dette begreb, at identiteten består i den narrative fortælling individet konstruerer om sig selv og sit liv, ved at kæde fortiden, nutiden og fremtiden sammen til en meningsfuld helhed. Herved opnår han/hun en følelse af kontinuitet, forudsigelig og retning i tilværelsen, hvad der er en væsentlig forudsætning for at kunne navigere i livet (Gergen 2005; Bruner 1999; Horsdal 1999). Altså er det kort sagt nødvendigt

for det sindslidende individ at revidere sin identitet, i lyset af de nye livsbetingelser som den psykiske lidelse medfører, for at genskabe hverdagens stabilitet og give livet formål.

Denne narrative rekonstruktion sker imidlertid ikke i et socialt vakuum. Som illustreret ved begrebstriaden *illness-disease-sickness*, er sindslidende indlejret i en social, institutionel og kulturel kontekst, som påvirker deres oplevelse og håndtering af den psykiske lidelse, og hermed også deres identitet. Fortællingen er af den grund altid kontekstafhængig. Det betyder ikke alene, at sindslidendes narrativer konstrueres i interaktionen med de sociale omgivelser, men også at de benytter sig af kulturelle sygdomsforestillinger til at gøre det:

”Vi konstruerer vores sygdom og sygdomsoplevelse ved hjælp af de ord, begreber, billeder og teorier, som vores kultur stiller os til rådighed – uanset om de så er hentet fra den ’folkelige’ videns eller den akademiske biomedicins. Begge repræsenterer sygdomsforestillinger, der er dybt rodfæstet i vores kultur. I den forstand *opdager* vi ikke sygdomme i os selv. Vi forhandler dem snarere frem i samspil med familiemedlemmer, læger og andet plejepersonale.” (Hydén 1997a: 83)

Når sindslidelsen afbryder individets liv og han/hun følgende skal skabe mening med lidelsen og rekonstruere sin identitet, sker det altså ved hjælp af de omkringværende personer samt de kulturelt tilgængelige ressourcer, som gør det muligt at forstå og formidle sygdomsoplevelsen til andre. Sygdommen er således ikke åben for fri fortolkning, eftersom individet må konstruere sin fortælling i overensstemmelse med gældende konventioner, for at opnå positiv bekræftelse fra omverdenen. Disse konventioner kan imidlertid variere fra en social kontekst til en anden, hvorfor fortællingen afhænger af det overværende publikum, som aktivt diskuterer, modificerer og (i bedste fald) anerkender individets narrative selvfremstilling (Gergen 2005: 240ff). På den måde kan man, ifølge den svenske socialpsykolog Lars-Christer Hydén, tale om forskellige sygdomsarenaer, hvor individet henter hjælp til at integrere sygdommen i sin identitet. Alle opererer de med hver deres forestillinger og fortællinger om, hvordan lidelsen skal forklares, og hvad der kan betragtes som den rette behandling. Fortællinger, som de inddrager i forhandlingen med det sygdomsramte individ, og derfor påvirker individets oplevelse og håndtering af sygdommen, såvel som identitetsskabelsen (Hydén 1997a: 21ff).

Som den canadiske sociolog Arthur Frank minder os om, så er alle fortællinger imidlertid ikke ligeværdige, og i lige netop disse moderne tider er den biomedicinske sygdomsarena blevet

dominerende, når det kommer til at narrativisere sygdomsoplevelser (Frank 1997: 5). Dette omfatter også psykiatrien, der således arbejder med en række, ofte udtalte, forestillinger om, hvordan den sindslidende patient skal forstå sin lidelse, hvilken behandling der skal vælges og hvilke livsvalg vedkommende følgelig bør træffe (jf. forrige afsnit). Sagt med andre ord, konfronteres sindslidende med et særligt narrativ fra psykiatriens side, som de i en eller anden udstrækning forventes at konstruere deres identitet i overensstemmelse med. Faktisk bruger man inden for psykiatrien udtrykket 'manglende sygdomsindsigt', når den sindslidendes sygdoms- og selvforståelse afviger tilstrækkeligt fra behandlernes, hvilket defineres som et symptom på psykisk lidelse. På den måde kan den psykiatriske sygdomsarena altså sætte begrænsninger for de sindslidendes handle- og identitetsmuligheder.

Omvendt kan psykiatriens biomedicinske sygdomsmodel også skabe muligheder for det sindslidende individ - hvis han/hun accepterer og inkorporerer denne forståelse af sin lidelse - ved for eksempel at fremme en mere konstruktiv identitet eller eliminere de patologiske symptomer, så den narrative rekonstruktion bliver mere overskuelig. Dertil kommer, at sindslidende ikke er magtesløse tilskuere, der står uden for indflydelse på deres egen livsfortælling og derfor blindt må overtage den biomedicinske tolkningsramme. De kan således aktivt bestride, diskutere eller endda helt fornægte den sygdomsforståelse og identitet som psykiatrien tilbyder, hvis ellers deres psykiske tilstand tillader det. Ligeledes kan andre sygdomsarenaer, såsom familie, venner, brugerforeninger eller internettet³, muligvis stille alternative forklaringsmodeller og håndteringsstrategier til rådighed, med hvilke individet kan konstruere en modfortælling til psykiatriens. Sygdomsoplevelsen, og i forlængelse heraf den narrative identitet, er i den henseende en social konstruktion, skabt i en kompleks og fortsat forhandlingsproces med de sociale og kulturelle omgivelser, der henholdsvis udvider og indskrænker det sindslidende individs muligheder, i kraft af de potentielle narrativer de tilbyder.

Problemformulering

For at opsummere har dette speciale altså til hensigt at undersøge, hvilke narrativer sindslidende gør brug af i fortolkningen af deres patologiske oplevelse, i hvilke sociale sammenhænge disse er blevet forhandlet frem, og, hvad der måske er endnu mere væsentligt, hvilken betydning det har for deres håndtering af lidelsen. Forholder det sig eksempelvis sådan som visse forskere antager, at

³ Internettet anvendes i stigende grad af den almene befolkning til at indsamle og producere viden om deres helbredsproblemer, hvilket genererer nye identitetsmuligheder (Conrad & Barker 2010: 72).

sindslidende i reglen internaliserer de professionelles biomedicinske sygdomsmodel, fordi det er den eneste forklaringsramme de har adgang til? Og medfører en sådan betoning af biologiske årsagsforklaringer, at individet opleves som offer for den psykiske lidelse og indtager en passiv rolle i behandlingsprocessen (Beresford 2005: 37; Hydén 1997a: 97; Pearlin, Avison & Fazio 2007: 41f)? Eller eksisterer der helt andre, emanciperende narrativer, som sindslidende kan benytte sig af? Dette er nogle af de spørgsmål indeværende speciale vil forsøge at besvare ved at rette opmærksomheden mod sindslidendes sygdomsoplevelse og meningsskabelse. Med afsæt i den socialkonstruktivistiske optik lyder problemformuleringen således:

Hvordan konstruerer og håndterer sindslidende deres psykiske lidelse i samspil med andre, og med hvilke konsekvenser?

Hensigten er således at belyse sindslidendes menings og identitetsskabelse, set i relation til en større sociokulturel kontekst. Dermed bliver det muligt at opnå en forståelse af, hvilke narrativer, der er udbredt blandt sindslidende, og hvilken effekt de har på individet og den psykiske lidelse.

2. Metodiske refleksioner

I det følgende gennemgår jeg de metodiske og videnskabsteoretiske refleksioner, som knytter sig til specialet. Først skitseres specialets socialkonstruktivistiske forudsætninger samt de dertilhørende implikationer for undersøgelsens resultater, dernæst argumenteres for valget af det narrative interview som metodisk tilgang, og slutteligt redegøres for de konkrete overvejelser og valg i forbindelse med konstruktionen af data.

En socialkonstruktivistisk tilgang

Som redegjort for i problemfeltet, tager dette studie udgangspunkt i socialkonstruktivismen. Kerneantagelsen i socialkonstruktivismen er, ligesom i dette speciale, at den sociale virkelighed er et produkt af sociale processer. Det betyder først og fremmest, at identitet ikke betragtes som en prædetermineret kerne i individets indre, men derimod som en social konstruktion, afhængig af den sociale og kulturelle kontekst, som den er fremkommet i (Burr 2003: 5f). På den måde er der tale om et opgør med essentialistiske forestillinger om selvet, som i dette perspektiv anses for at legitimere og fastholde individer i umyndiggørende identiteter. For at tage Vivien Burrs – i denne sammenhæng – yderst relevante eksempel: (...) *if someone is described as a manic-depressive and this is seen as an abiding feature of their personality, they not only face a future in which change appears unlikely but may also become subject to invasive psychiatric procedures* (2003: 6). En socialkonstruktivistisk tilgang forkaster altså antagelsen om, at psykiske lidelser alene er en naturgiven egenskab ved individet, og problematiserer den heraf følgende sociale praksis. Derfor karakteriseres socialkonstruktivismen også som anti-essentialisme (ibid.: 5). Som tidligere nævnt betyder det ikke, at jeg afviser psykiske lidelsers biologiske eksistens, men forståelsen af psykiske lidelser antages i et vist omfang at være en foranderlig konstruktion.

Dette relativistiske syn på virkeligheden indebærer endvidere, at mange samfundsforhold anses for at være kontingente, det vil sige de kunne være anderledes. Socialkonstruktivistiske analyser forholder sig derfor ofte kritisk til sociale konventioner i samfundet og sigter efter at afdække muliggørende og begrænsende strukturer, som et nødvendigt vilkår for at kunne forbedre individets livsbetingelser (Collin 2010: 232f). På samme måde er målet for dette speciale at vise sygdomsoplevelsen og håndteringsstrategiernes konstruerede karakter, og i forlængelse heraf identificere de sociale strukturer, der henholdsvis udvider og indskrænker sindslidendes narrative handlemuligheder. Bevidstheden om disse socialt konstruerede strukturer kan nemlig siges at være den vigtigste forudsætning for at optimere den praksis, der omgiver mennesker med psykisk lidelse,

da de ofte blot får karakter af ubeviste og uforanderlige selvfølgeligheder – eller formuleret på en anden måde: (...) *sociale konstruktioner opleves som var de "virkelige". De virker tvingende på samme måde, som den fysiske virkelighed gør det. Konstruktionerne vil derfor ofte være sejlivede, og de vil ofte danne baggrund for en ureflekteret praksis* (Esmark, Laustsen & Andersen 2005: 24). Det vil altså sige, at specialet potentielt kan danne grundlag for en mere reflekteret praksis, ved at skabe viden om de sociale konstruktioner, der præger de sindslidendes virkelighed.

Hermed står socialkonstruktivismen i opposition til realismen, som hævder, at virkeligheden eksisterer uafhængigt af vores erkendelse af den og hensigten med forskning derfor bør være at opnå objektiv viden om denne virkelighed. Det indebærer ikke nødvendigvis, at man med et socialkonstruktivistisk udgangspunkt benægter eksistensen af en fysisk virkelighed, men blot det synspunkt, at vi som forskere skulle have mulighed for at få adgang til denne. Dette ville kræve, at vi kunne erkende virkeligheden fra et neutralt standpunkt, eller med andre ord gøre os fri af vores sociale og kulturelle baggrund i analysen af data, hvilket ifølge socialkonstruktivismen ikke er muligt - viden vil til enhver tid være historisk og kulturelt betinget. Målet for samfundsvidenskaben kan derfor heller ikke være at lave endegyldige beskrivelser af virkeligheden (Bruner 1999: 101ff; Burr 2003: 6f, 22f). Til gengæld er det muligt at beskrive de narrative konventioner, som de tager sig ud i en given historisk og kulturel kontekst (Gergen 2005: 227), hvilket er intentionen i dette speciale.

Disse socialkonstruktivistiske grundantagelser har endvidere en række følger for specialets fund. Således giver det ringe mening at anvende de traditionelle krav om validitet og reliabilitet til at sikre kvaliteten af den fremkomne viden, når man tager socialkonstruktivismens dagsorden i betragtning. Resultaterne i dette speciale kan altså ikke karakteriseres som den objektive sandhed om psykiske lidelsers beskaffenhed, lige så vel som de ikke kan ansues som reproducerbare, eftersom al viden er kontekstafhængig. Blandt andet er jeg som forsker med til at konstruere data, da jeg ikke kan opgive min forforståelse af emnet og fortolke data fra en objektiv position. I kraft af min sociologiske tilgang samt min historiske og kulturelle baggrund, anlægger jeg et særligt perspektiv på studiet af sindslidendes narrativer, som adskiller sig fra eksempelvis lægens biomedicinske perspektiv, og som altså blot repræsenterer en ud af flere mulige måder at anskue sindslidelser på. Teori fungerer i den forstand også som konstruktioner, der er med til at give et bestemt blik på det empiriske datamateriale (Esmark, Laustsen & Andersen 2005: 12). Derudover er den viden, der generes i specialet betinget af den historiske, kulturelle og sociale kontekst den er formuleret i, hvilket indebærer at den kan vise sig ugyldig i lyset af nye erfaringer. Som illustreret i problemfeltet er indsatsen på psykiatriområdet i høj grad afhængig af vores forståelse af psykiske lidelser, og en

ændring i denne forståelse vil derfor kunne give sindslidende en helt anden oplevelse og håndtering af deres lidelse. For eksempel ændrede betingelserne sig radikalt for homoseksuelle – i en positiv retning vel at mærke – da homoseksualitet blev fjernet fra listen over psykiske lidelser for cirka 20 år siden og det ikke længere blev betragtet som en skamfuld og behandlingskrævende sygdom. På samme vis kan tilgangen til andre psykiske lidelser forandre sig eller der kan ske en ændring i den økonomiske politik m.m., med det resultat at specialets konklusioner bliver forældede.

Dette speciale stræber således ikke efter at nå frem til en objektiv og universel viden, der korresponderer med virkeligheden, men snarere at få indblik i de sindslidendes meningsskabelse, hvorfor de traditionelle kvalitetskriterier ikke er anvendelige i denne sammenhæng. I stedet gør jeg brug af kravet om gennemsigtighed, som kort sagt indebærer at man ekspliciterer teoretiske, metodiske og videnskabsteoretiske valg og fravalg samt redegør for andre relevante faktorer i forskningsprocessen, med henblik på at give læseren mulighed for at foretage en kritisk vurdering af resultaterne (Olsen 2008: 200ff). Med andre ord handler det om at øge kvaliteten af sine fund, ved at være sig sin forskersubjektivitet bevidst og argumentere for sine valg. Altså, har jeg forsøgt så vidt muligt at leve op til gennemsigtighedskriteriet, hvad der også gerne skulle afspejle sig i den resterende del af metodeafsnittet.

Sygdomsnarrativer

Det socialkonstruktivistiske udgangspunkt for specialet fordrer ikke per definition en særlig metode, da alle metoder i princippet kan tjene socialkonstruktivismens formål. Til gengæld medfører specialets grundlæggende intention om at forstå sindslidendes narrative meningsskabelse i en sociokulturel kontekst, at den narrative metode bliver det logiske valg. Derfor består det empiriske datamateriale nærmere betegnet af otte narrative interviews med mennesker, der har oplevet at blive ramt af psykisk lidelse, hvoraf nogle stadig kæmper med lidelsen, mens andre kan anses for at være raske. Denne type interviews giver nemlig en forståelse af individets meningsskabelse og er således velegnet som metode til at belyse, hvordan psykisk lidelse konstrueres inden for livsfortællingens rammer.

Til forskel fra det traditionelle kvalitative interview, hvor den interviewede typisk skal svare på en række prædefinerede spørgsmål, indbydes vedkommende i den narrative tilgang til at fortælle sin livshistorie – i dette tilfælde med udgangspunkt i den psykiske lidelse – til den lyttende interviewer, hvis opgave består i at holde fortællingen kørende snarere end at strukturere forløbet. Fortælleren antages at være ekspert i eget liv, og det må derfor være op til ham/hende at sammensætte

fortællingen, fremhæve eller fortie erfaringer og bestemme kronologien (Horsdal 1999: 105). Tanken er dermed at gøre de sindslidendes oplevelser til det centrale omdrejningspunkt i interviewet, og dermed også undersøgelsen, frem for at mine forforståelser bliver det styrende element. Samtidig har jeg en erkendelsesinteresse, som uundgåeligt influerer på interviewet, og for den sags skyld også alle andre områder af undersøgelsen. Men jeg har så vidt muligt forsøgt at lade interviewpersonen føre ordet og derefter forfølge væsentlige spor, som han/hun selv havde bragt på banen.

I lige netop studiet af sygdom har den narrative metode fået en fremtrædende rolle i de senere år, i takt med at man inden for samfundsvidenskaben er begyndt at anerkende de sygdomsramtes perspektiv som en vigtig og meningsfuld videnskilde: *Narratives have gained importance in the study of chronic illness as a means for understanding the attempts of patients to deal with their life situations and, above all, with the problems of identity that chronic illness brings with it* (Hydén 1997b: 51). I kraft af de giver adgang til patienternes oplevelser med lidelsen, betragtes disse såkaldte *sygdomsnarrativer* (illness narratives) altså som uundværlige for forståelsen af en given sygdom og dens forløb, i modsætning til tidligere hvor man anså dem for at være underordnede i forhold til det biomedicinske perspektiv. Dette skyldes ikke mindst, at patienten som den eneste part er gennemgående i hele sygdomsforløbet og kan sætte sygdommen i relation til relevante sociale kontekster. Fordelen ved sygdomsnarrativer er derfor, at de giver indsigt i sygdomsoplevelsen dels som social og kulturel konstruktion, dels som individuelt forsøg på at skabe mening med livet (Hydén 1997b: 64f). Det narrative perspektiv gør det således muligt at undersøge, hvordan psykisk lidelse opleves og håndteres af mennesker i forskellige livssituationer, i lyset af den sociale virkelighed deres lidelse er indlejret og konstrueret i.

Derudover har narrative interviews sandsynligvis en styrke i forhold til at forstå lige netop sindslidendes sygdomsoplevelse, da det, der i et biomedicinsk perspektiv fremstår som vrangforestillinger, bizar optræden og benægtelse, kan give mening i et livshistorisk perspektiv. For eksempel anses sindslidendes benægtelse af deres problemer som et af selve symptomerne på psykisk lidelse (i alle tilfælde med hensyn til de psykotiske lidelser) inden for den biomedicinske psykiatri, hvor det betegnes 'manglende sygdomserkendelse'. Set ud fra dette perspektiv synes den sindslidendes benægtelse som en meningsløs og uhensigtsmæssig håndteringsstrategi, fordi den ofte giver sig til udtryk i dårlig behandlingskomplians (Roe & Davidson 2006: 86). Dermed overser man imidlertid benægtelsens potentielt meningsfulde funktion i individets forsøg på at håndtere lidelsen. Den sindslidendes benægtelse eller manglende behandlingskomplians kan eksempelvis være et forsøg på at undgå det stigma, der knytter sig til psykiske lidelser, og som blandt andet kan gøre det

vanskeligt at få et job (Corrigan 2004: 616). Eller det kan være et forsøg på at undgå en tilværelse passiviseret af medicin og uden håb for fremtiden (Deegan 2007: 62f). Sindslidendes tilsyneladende irrationelle håndteringsmåder behøver i den forstand ikke være en effekt af deres psykiske lidelse, men kan i stedet være udtryk for personlige præferencer og overbevisninger, som de har opbygget igennem forskellige sociale og kulturelle tilhørsforhold. Det narrative perspektiv kan derfor nuancere billedet af sindslidendes oplevelse og håndtering af deres lidelse, ved at sætte deres fortolkninger ind i den livshistoriske kontekst de er konstrueret i, og på den måde også skabe forudsætning for en indsats der er bedre funderet i den enkeltes liv.

For kort at opsummere kan studiet af sindslidendes narrativer altså både skabe indsigt i de individuelle aspekter af psykisk lidelse, forbundet med de forskelligartede sociale vilkår de sindslidende har, og anskueliggøre sammenhænge mellem den individuelle meningsskabelse og de samfundsmæssige strukturer. Set i relation til specialets problemstilling gør dette den narrative metode særdeles relevant og er således årsagen til, at empirien består af otte sindslidendes sygdomsnarrativer.

Udvælgelse og rekruttering af interviewpersoner

Kontakten til de deltagende interviewpersoner er sket igennem flere kanaler, hvilket har betydning for personernes repræsentativitet. Fire af de otte interviewpersoner fik jeg kontakt til igennem et opslag på Facebook, som Landsforeningen SIND⁴ lagde ud på deres side for mig, og som efterfølgende blev delt på andre sider. Jeg fik en række henvendelser på dette opslag, men måtte fravælge en del af dem, primært grundet deres geografiske placering. Yderligere to personer blev rekrutteret via en af SINDs lokale afdelinger, hvor lederen af det tilknyttede værested fungerede som gatekeeper, mens kontakten til de to sidste blev formidlet igennem psykiatrisk informationscenter, som videresendte en mail til nogle af deres brugerlærere⁵. Alt i alt gik rekrutteringen lettere end forventet, taget interviewemnets meget sensitive karakter i betragtning, og jeg mødte generelt en stor velvilje fra de personer, jeg var i kontakt med.

⁴ Brugerforening for sindslidende og pårørende, som arbejder for at forbedre forholdene indenfor psykiatrien.

⁵ Psykiatrisk informationscenter (PsyklInfo) er et regionalt tilbud til både fagfolk, psykiatribrugere og pårørende, hvor det er muligt at blive oplyst om psykiske lidelser, behandling m.m. Denne oplysning sker blandt andet ved hjælp af de såkaldte brugerlærere, som er mennesker med psykisk lidelse, der tager ud og videreformidler deres historie til andre sindslidende samt fagfolk.

Min forventning om at feltet ville være svært tilgængeligt influerede ligeledes udvælgelses-kriterierne, således at jeg antog en overvejende pragmatisk tilgang til udvælgelsen af interview-personer. Jeg har imidlertid tilstræbt en spredning i forhold til diagnose, alder, køn og bopæl, da disse faktorer kan have indflydelse på, hvordan den pågældende person konstruerer og håndterer sin psykiske lidelse. Dette har resulteret i tre interviews med mænd og fem med kvinder, alle i alderen 24 - 69 år, med enten skizofreni, personlighedsforstyrrelse eller depression, bosat henholdsvis i Hovedstadsområdet, Nordjylland, Midtjylland eller på Fyn. Ved at sikre en variation i samplet på disse punkter, kan analysen altså både give en forståelse, hvordan psykiske lidelser opleves ud fra den enkeltes konkrete livsbetingelser og vise fællestræk på tværs af de otte sygdomsnarrativer.

De udvalgte interviewpersoner kan dog næppe siges at være repræsentative for den samlede gruppe af sindslidende. Dette hænger mest af alt sammen med måden de er blevet rekrutteret på. Således er der grund til at antage, at interviewpersonerne har en politisk interesse i at deltage og måske har et ønske om at ændre de nuværende forhold, eftersom de er engagerede som enten brugerlærer eller aktive medlemmer af SIND. Dertil kommer, at de personer der har indvilliget i at deltage formentlig besidder et vist overskud i forhold til deres situation, i den forstand at de er tilstrækkeligt "raske" til at kunne fortælle deres historie. De svageste og mest isolerede sindslidende er på den måde ikke repræsenteret i undersøgelsen, hvorfor specialets resultater ikke kan siges at gælde for disse personer. Med andre ord er der ikke mulighed for statistisk generalisering. Dette er imidlertid heller ikke hensigten med specialet, som i højere grad søger at opnå en forståelse af de sindslidende individers narrative meningsskabelse end en statistisk generaliserbar viden. I et kvalitativt studie som dette er målet derfor snarere at etablere analytisk generaliserbarhed, hvilket indebærer, at man som forsker tolker systematisk på data og forholder empiri til teori i en vekselvirkende proces (Antoft & Salomonsen 2007: 49f). Det vil altså sige, at den manglende repræsentativitet ikke er kompromitterende for specialets resultater, fordi målet ikke er at udlede generelle lovmæssigheder.

Forberedelse af det narrative interview

Den væsentligste forberedelse forud for interviewene har bestået i at konstruere en interviewguide (vedlagt som bilag). Tanken har været, at denne skulle sikre en vis struktur i interviewene, for at gøre det muligt at sammenligne dem med hinanden, men i overensstemmelse med den narrative tilgang har jeg samtidig vægtet at skabe rum til at kunne indleve mig i deres fortællinger og forfølge væsentlige spor. Derfor har interviewguiden en semistruktureret form, det vil sige den er bygget op omkring en række temaer, som hver især indeholder forslag til spørgsmål, men spørgsmålene gennemgås ikke nødvendigvis slavisk. Det afgørende i interviewene har været at nå omkring alle

temaerne, hvorfor jeg både har ændret rækkefølge på spørgsmålene, tilpasset spørgsmål til den konkrete kontekst eller helt udelade visse spørgsmål, hvis de ikke synes relevante i situationen eller i forvejen var blevet dækket ind. Derudover har jeg i udformningen af interviewguiden haft en eksplorativ tilgang til de sindslidendes livsverden, med henblik på at lade deres erfaringer afgøre fokus i analysen. Dog er de overordnede temaer i nogen grad inspireret af teori, for at sikre, at analysearbejdet ikke bliver for omfattende og problemformuleringen bliver besvaret.

Som det fremgår af interviewguiden deles interviewet op i tre faser; en indledningsfase, hvor interviewpersonen orienteres om interviewet og interviewerens forsøger at etablere tillid, hoveddelen, hvor interviewpersonen fortæller sin livshistorie og interviewerens lytter, og spørgefasen, hvor interviewerens kan stille uddybende spørgsmål (Horsdal 1999: 106). I den indledende fase sørger jeg for at informere interviewpersonen grundigt om en række forhold. Først fortæller jeg lidt om mig selv, uddyber formålet med specialet og afklarar de praktiske spørgsmål omkring interviewet, hvilket blandt andet indebærer at garantere vedkommende anonymitet og forklare, at det er i orden at afvise spørgsmål eller afbryde interviewet, hvis det bliver for personligt eller emotionelt. Derefter opmuntrer jeg interviewpersonen til at fortælle sin historie, ved at fremhæve deres ekspertrolle samt vigtigheden af deres viden. Og endelig beder jeg interviewpersonen om at fortælle om sig selv, for at indlede interviewet på en ukompliceret og afslappet måde. Dette resulterer ofte i, at interviewpersonen selv bevæger sig videre til hoveddelen, det vil sige udfolder sit sygdomsnarrativ, men i de tilfælde hvor det ikke sker automatisk, beder jeg personen fortælle om det tidspunkt, han/hun blev klar over der var noget galt. Herefter lytter jeg opmærksomt, imens interviewpersonen fortæller, understøtter med nonverbal kommunikation og stiller sonderende og specificerende spørgsmål, såsom ”kan du fortælle mere om det?” eller ”har du eksempler på det” (Kvale 1997: 137f), der kan holde fortællingen kørende. Det væsentlige i denne fase er at undgå målrettede spørgsmål så vidt muligt, for at jeg som interviewer ikke bliver styrende for kronologien og selektionen i fortællingen, således at interviewet ender med at blive kvalitativt i stedet narrativt. Hoveddelen efterfølges af spørgefasen, hvor jeg til gengæld kan spørge nærmere ind til det fortalte og få afdækket de temaer, som ikke allerede er blevet berørt, og til sidst afslutte interviewet. Bagefter har jeg i nogle tilfælde fundet det væsentligt at blive til lidt småsnak efter interviewet, for at slutte mødet på en god måde ovenpå de stærke fortællinger, mens jeg i andre tilfælde er gået umiddelbart efter interviewet, enten fordi interviewpersonen var fysisk udmattet eller havde andre planer.

Endvidere har jeg været bevidst om min egen medkonstruerende rolle i interviewet. Her kan en række faktorer have positiv eller negativ indflydelse på kvaliteten af interviewet, såsom min personlighed, alder, køn, interviewstil, situationsfornemmelse med flere. Jeg gjorde mig især overvejelser om, hvorvidt de ville betragte mig som endnu en af de mange professionelle, de igennem tiden har fortalt deres historie til, da jeg frygtede dette kunne have en uheldig indvirkning på interviewet. For at undgå en sådan asymmetrisk relation har jeg taget flere forholdsregler. Først og fremmest har jeg søgt at interviewe dem i deres eget hjem - forudsat at vedkommende var bekvemt ved det - eftersom dette ofte er med til at sikre en uformel og tryk interviewsituation. Seks af de otte interviews blev således afholdt hjemme ved interviewpersonen, mens jeg ikke fik mulighed for at fremsætte tilbuddet til de øvrige to, da min gatekeeper i forvejen havde arrangeret, at de skulle foregå i det lokale SIND-hus (værested). Dette syntes dog på ingen måde at hæmme de to interviewpersoner, som havde deres daglige gang på stedet. Dernæst har jeg i den indledende fase af interviewet fremhævet over for interviewpersonen, at han/hun er ekspert på dette område, i den hensigt at anerkende personen og hans/hendes fortælling som værdifuld. Og sidst, men ikke mindst, har jeg i selve interviewet været opmærksom på at lytte anerkende og fordomsfrit til det fortalte, hvad enten det vedrørte patologiske oplevelser, dårlige erfaringer med psykiatrien eller barske oplevelser fra fortiden. Dermed forsøgte jeg at skabe en åben og fortrolig atmosfære, hvor interviewpersonen kunne fortælle så meget af sin historie, som han eller hun ønskede.

I praksis skulle der imidlertid vise sig at være en helt anden udfordring i at udføre narrative interviews med lige netop denne gruppe individer. Hvad jeg således ikke havde taget med i mine forudgående overvejelser var, at psykisk lidelse ofte er forbundet med en svækket narrativ kompetence, det vil sige at sindslidende individer til tider kan have vanskeligt ved at formulere en (sammenhængende) fortælling om deres liv (Lysaker et al. 2003). For interviewpersonerne i dette speciale havde dette som regel noget at gøre med, at de havde svært ved at huske de perioder af deres liv, hvor de havde været psykotiske og/eller indlagt, men enkelte forklarede det også med, at de havde fået kognitive skader. Det betød, at jeg i flere tilfælde måtte indtage en mere aktiv rolle i interviewet, stille flere spørgsmål end intenderet og fortsat understøtte fortællingen, simpelthen for at interviewet ikke skulle gå i stå. På den måde fik visse interviews i højere grad karakter af et traditionelt kvalitativt forskningsinterview med mange kategoriske spørgsmål og svar, frem for et narrativt forskningsinterview med lange righoldige fortællinger fra interviewpersonen. Dette har dog ikke gjort interviewene mindre brugbare – snarere tværtimod.

Etiske overvejelser

Et andet, meget væsentligt aspekt af de metodiske refleksioner har bestået i at afklare de mange etiske spørgsmål, som nødvendigvis melder sig i et studie som dette. Her har det frem for alt været nødvendigt at tage højde for, at emnet for specialet er af en yderst sensitiv karakter, og at de mennesker, som er genstand for undersøgelsen, ofte befinder sig i en sårbar position. Dette stiller nogle helt særlige krav til mig som forsker og kræver at der tages nogle etiske hensyn undervejs i specialet, primært i interview- og analysefasen.

I forbindelse med interviewene forberedte jeg mig på, at vi efter al sandsynlighed ville berøre nogle stærkt personlige og følelsesmæssige emner, som kunne påvirke den pågældende interviewperson i en u hensigtsmæssig retning, hvorfor jeg vedtog som grundregel, at personens tarv måtte komme forud for alt andet. Interviewpersonerne har naturligvis meldt sig frivilligt og givet informeret samtykke forud for interviewet, men de kan selvsagt ikke vide på forhånd, hvilken effekt det vil have på dem at dele deres livsfortælling og genopleve eventuelle smertefulde oplevelser. Derfor gælder det som interviewer om kontinuerligt at have føling med situationen. Dette kom allerede til udtryk i et af de første interviews, jeg lavede, hvor den mandlige interviewperson græd op til flere gange i interviewet og blev påvirket praktisk talt hver gang vi talte om hans sygdomsforløb. Efter at have givet ham mulighed for at stoppe, hvilket han ikke ønskede, valgte jeg at fortsætte interviewet – ikke mindst for at vende den triste sindsstemning - men jeg holdte samtidig op med at spørge ind til de følelsesladede emner og fik således ikke svar på alle mine spørgsmål.

Ligeledes har jeg i flere situationer haft oplevelsen af, at interviewet nærmede sig det terapeutiske interview, hvilket formentlig er uundgåeligt med tanke på de berørte emner. I en sådan situation kan der opstå en konflikt imellem de etiske hensyn og den videnskabelige interesse, i form af spørgsmålet om, hvorvidt man skal konfrontere interviewpersonen med fortolkninger, der potentielt kan føre til en radikal udfordring af hans eller hendes selvforståelse (Kvale 1997: 160). Her er jeg delvist enig med Kvale, når han svarer:

”I terapi ville det være uetisk, hvis de terapeutiske samtaler, patienten har bedt om og ofte betalt dyrt for, ikke fører til nye indsigter eller følelsesmæssige forandringer. Men i et forskningsinterview, som den interviewede ikke har bedt om, vil det være uetisk at tilskynde til nye selvfortolkninger eller emotionelle forandringer.” (Kvale 1997: 160)

Således har jeg både i den enkelte interviewsituation og i analysen afholdt mig fra at fremsætte fortolkninger, som efter min vurdering kunne gøre med skade end gavn, ud fra betragtningen om, at interviewpersonerne ikke selv har bedt om en omvæltning af deres tilværelsestolkning. Til tider vælger man også at få interviewpersonerne til at godkende og validere undersøgelsens analyse-resultater, hvad jeg dog har valgt ikke at gøre. Dette skyldes, at de ikke nødvendigvis har den teoretiske indfaldsvinkel til emnet, som jeg selv, hvorfor det synes urimeligt at forvente en validering fra dem på denne baggrund (Boolsen 2007: 218). I stedet har jeg kontinuerligt overvejet, hvorvidt de pågældende tolkninger var moralsk forsvarlige, og undladt at fremsætte dem, i de tilfælde jeg har frygtet, de kunne have u hensigtsmæssige konsekvenser for interviewpersonen. Dermed er specialet givetvis blevet en smule fattigere, på grund af den viden der er gået tabt, men hensynet til interviewpersonerne må nødvendigvis veje tungere.

Når det er sagt, så er det min erfaring, at folk som regel har lettere ved at tale om følelsesmæssige emner end man forventer. Ofte er det en befrielse for disse mennesker, at tale med en person der lytter interesseret uden at dømme, og til tider kan det hjælpe dem med at tackle svære situationer eller give ny selvindsigt. Interviewpersonerne i dette studie er ingen undtagelse. Flere gav udtryk for, at det havde været en positiv oplevelse at blive interviewet – blandt andet manden fra tidligere nævnte eksempel – og var især optaget af, hvorvidt jeg kunne bruge deres fortælling i specialet. Man må således også passe på, at de etiske hensyn ikke ender i en overforsigtig behandling af de udforskede individer og en ukritisk tilgang til den indhentede viden.

Slutteligt skal jeg for god ordens skyld påpege, at interviewpersonernes navne er pseudonymer, som har til henblik at sikre deres anonymitet. Ligeledes er alle personfølsomme oplysninger, såsom navne, uddannelse og bopæl, blevet ændret til mere generelle kategorier eller fjernet helt, for at sløre deres identitet mest muligt.

3. Teoretiske redskaber

Følgende afsnit indeholder en redegørelse af de teorier, som senere anvendes i analysen af det empiriske datamateriale. Alle teorierne besidder et væsentligt forklaringspotentiale i forhold til de sindslidendes sygdomsnarrativer og er derfor blevet valgt til at udgøre den teoretiske fortolkningsramme omkring analysen af empirien. Selve udvælgelsen er sket i en vekselvirkende proces mellem empiri og teori, hvor hensigten har været at finde teorier, der kunne bidrage til forståelse og fortolkning af narrativerne. Jeg har således valgt at inddrage Kenneth Gergen og Arthur Franks teorier om narrativ menings- og identitetsskabelse, Howard Beckers afvigelsesteori og Thomas Scheffs teori om sociale bånd.

Den amerikanske psykolog Kenneth Gergen og den canadiske sociologi Arthur Frank har begge udviklet teorier om, hvorledes narrativer fungerer som et redskab til at udforme en identitet og skabe mening i tilværelsen. Gergen har på udførlig vis beskrevet den sociale proces, hvorigennem den narrative identitet konstrueres, og han er derfor valgt som repræsentant for den narrative teori. I forhold hertil er styrken ved Franks teori, at han redegjort for de helt konkrete narrativer, som sygdomsramte mennesker anvender i samtiden, i forsøget på at rekonstruere deres liv og identitet. Altså supplerer de to teorier hinanden godt i relation til problemstillingen og kan bidrage til at forstå de sindslidendes meningsskabelsesproces som en social konstruktion.

Derudover inddrages den amerikanske sociolog Howard Becker og hans teori om afvigelse. Kort fortalt beskæftiger denne teori sig med afvigelse som en social proces, der forstærkes med den offentlige stempeling og potentielt kan føre til det, som Becker kalder en afvigende karriere. Afvigelse betragtes således som et samfundsskabt fænomen, og ikke et iboende karaktertræk ved individet. Dette kan være med til at forklare, hvordan de sindslidendes identitet påvirkes, når de bliver en del af det psykiatriske system og modtager en diagnose, samt hvilke følger dette har for deres håndtering af den psykiske lidelse.

Endelig gøres der brug af den amerikanske socialpsykolog Thomas Scheffs teori om følelser og sociale bånd, som fremhæver følelsers betydning for kvaliteten af de sociale bånd imellem mennesker og beskriver forskellige typer relationers indvirkning på individet. Teorien kan være med til at give en forståelse af, hvordan de sindslidende bliver påvirket af konstruktive og destruktive relationer i deres liv.

Narrativ identitet

Dette underafsnit indledes med en teoretisk beskrivelse af den narrative tilgang til identitet, sådan som Kenneth Gergen har formuleret den. Herigennem anskueliggøres narrativets rolle i identitetsskabelsen samt den sociale og kulturelle konteksts indflydelse herpå. Derefter skitseres de tre narrative typer, som sygdomsnarrativer antager i vores tid, ifølge Arthur Frank. Set i relation til problemstillingen spiller disse narrativer teorier en central rolle, da de kan hjælpe med at belyse, hvilke sygdomsnarrativer sindslidende gør brug af og hvordan disse skabes i samspil med omgivelserne.

Narrativisering af selvet

Ifølge den narrative tilgang til identitet består selvet ikke i en autentisk kerne, som man traditionelt har ment, men konstrueres igennem de fortællinger, som vi kontinuerligt bruger til skabe mening i tilværelsen både over for os selv og andre. For at gøre livet forståeligt giver vi det en narrativ form, det vil sige kæder episoder systematisk sammen og forener dem i den livshistoriske kontekst af fortidige og fremtidige begivenheder, således at vores nutidige handlinger fremstår meningsfulde og formålsrettede. Eller sagt på en anden måde: *En personlig historie er ikke blot en måde, hvorpå man kan fortælle andre (eller sig selv) om sit liv; den er et middel, man bruger til at udforme sin identitet med* (Rosenwald og Ochberg i Gergen 2005: 225). Narrativer afspejler altså ikke bare individets identitet, men konstruerer den snarere, idet individet via narrativet skaber en meningsgivende og sammenhængende ramme omkring sin identitet, som forklarer og legitimerer, hvem han/hun er på det pågældende tidspunkt. Den narrative sammenhæng er i den forstand afgørende for at opnå en følelse af mening og retning i livet (Gergen 2005: 219). Gergen anvender således begrebet selv-narrativ til at referere til: (...) *et individs redegørelse for relationerne mellem de begivenheder, som har været relevante for selv'et igennem tiden* (ibid.: 219).

Det betyder imidlertid ikke, at narrativer er uafhængige af den sociale og kulturelle kontekst, de er formuleret i. For det første er produceres selv-narrativer i fortløbende dialog med omgivelserne, hvilket indebærer at individet kan fremstille sig selv på en række forskellige måder alt efter den sociale kontekst. I den konkrete forhandlingsproces må individet ikke desto mindre søge at opnå narrativ validitet, altså at få anerkendt og bekræftet sin selvfortælling af tilhørerne, hvorfor identiteter i høj grad er relationelt betingede (ibid.: 240ff). Dette knytter sig videre til selv-narrativernes historiske og kulturelle afhængighed. Gergen mener nemlig, at der i en given kulturel og historisk sammenhæng eksisterer nogle specifikke narrative konventioner for den velformede

selvfortælling, som præger individets selv-narrativ. Individet må således overholde disse konventioner i udformningen af sit narrativ, for at fremstå forståelig og troværdig, og dermed få valideret sin identitet. Altså kan en undersøgelse af de aktuelle narrative konventioner, som individet benytter til at strukturere sin fortælling, give indblik i, hvor grænserne for selv-identiteten går – eller med andre ord, hvem vi kan være, og hvordan vi kan handle i en given kontekst (ibid.: 221). I den forbindelse har Gergen identificeret nogle typiske karakteristika, der synes at gælde for det velformede narrativ i nutidens kultur: der skal være et gennemgående plot, som forbinder enkeltstående begivenheder i en samlet helhed; de selekterede begivenheder skal være relevante i forhold til plottet; begivenhederne placeres i en ordnet rækkefølge, for eksempel kronologisk; de omtalte personers identitet skal bevare en vis stabilitet over tid; der skal gerne etableres kausale sammenhænge imellem begivenhederne; og endeligt skal begyndelsen og slutningen være klart markeret (ibid.: 222ff).

Derudover antager Gergen, at visse narrative former, eller plots, kan være privilegeret under bestemte kulturelle og historiske betingelser, således at der til enhver tid eksisterer et begrænset - om end foranderligt - repertoire af mulige identiteter (ibid.: 226ff). Dette er ligeledes udgangspunktet for Franks teori om narrative typer i sygdomsnarrativer, som jeg derfor vil gennemgå næst.

Narrative typer i sygdomsnarrativer

Arthur Frank har i bogen *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics* udviklet en teori om de aktuelt fremherskende narrative typer, som individer bruger, når de skal skabe mening i sygdom. I lighed med Gergen, anskuer Frank således sygdomsnarrativer som konstruktioner, der er formet af den sociale kontekst, de er indlejret i:

”The shape of the telling is molded by all the rhetorical expectations that the storyteller has been internalizing ever since he first heard some relative describe an illness, or she saw her first television commercial for a non-prescription remedy, or he was instructed to “tell the doctor what hurts” and had to figure out *what* counted as the story that the doctor wanted to hear. From their families and friends, from the popular culture that surrounds them, and from the stories of other ill people, storytellers have learned formal structures of narrative, conventional metaphors and imagery, and standards of what is and is not appropriate to tell.” (Frank 1997: 3)

Individets oplevelse og narrativisering af sygdom er på den måde ikke noget han/hun skaber på egen hånd, men er særdeles influeret af narrative konventioner og retoriske forventninger om, hvordan et sygdomsnarrativ skal struktureres for at give mening – ikke blot for andre, men også for en selv. Narrativer er i den forstand redskaber, som individet anvender til at organisere sine erfaringer og finde mening med sygdommen, som en forudsætning for at skabe kontinuitet i livet. Ifølge Frank er der i den nuværende postmoderne tidsepoke tre tilgængelige narrativer typer (plots), som individet kan benytte sig af, når sygdom nødvendiggør en rekonstruktion af livsfortællingen (ibid.: 75). De tre typer betegnes *restitutions-narrativet*, *quest-narrativet* og *kaos-narrativet*.⁶

Restitutions-narrativet er samtidens mest dominerende og efterstræbte fortælling blandt mennesker med sygdom. Plottet i dette narrativ lyder "I går var jeg rask, i dag er jeg syg, og i morgen vil jeg være rask igen" (ibid.: 77). Narrativet ender på den måde altid med, at fortælleren er 'så god som ny' og ufortrødent kan fortsætte en normal livsbane (ibid.: 90). Målet i denne fortælling er med andre ord at genoprette det gode helbred og vende tilbage til det liv, man havde før sygdommens fremkomst. Bag ved dette ligger den modernistiske forventning om, at der er en kur for enhver lidelse (ibid.: 80). En forventning, der er skabt af medicinens evige jagt efter helbredelse, og som på magtfuld vis marginaliserer alternative narrativer (ibid.: 82). I overensstemmelse hermed adskiller restitutions-narrativet sig fra de andre narrative typer ved, at den sygdomsramte fortæller overlader ansvaret til behandleren, mens han selv indtager en mere passiv rolle som kompliant patient, der alene søger at blive helbredt og ingen interesse har i årsagerne til sygdommen (ibid.: 88ff).

Kaos-narrativet er til gengæld lige modsat. Fortællingen er her præget af manglende struktur, kronologi og årsagssammenhænge, og plottet er, at livet aldrig vil ændre sig til det bedre. Narrativer af denne type lever altså ikke op til konventionerne for den velformede fortælling, og dermed heller ikke til forventningerne om det "velformede" liv (ibid.: 97). Derfor karakteriseres kaos-narrativet også som et anti-narrativ (ibid.: 98). Dette fravær af narrativ sammenhæng medfører i reglen en modvilje mod disse fortællinger, simpelthen fordi de er umulige at lytte til (ibid.: 100). Frank beskriver i den forbindelse også fortælleren af kaos-narrativet: *The person living the chaos story has no distance from her life and no reflective grasp on it. Lived chaos makes reflection, and consequently storytelling, impossible* (ibid.: 98). Det vil sige, at individet, der lever i kaos, savner den nødvendige distance til at kunne reflektere over sin livsfortælling og sammensætte den på en

⁶ Oversat ordret fra de engelske betegnelser med undtagelse af 'quest', som ikke findes tilsvarende på dansk. Ordets betydning er på dansk 'søgen'.

meningsfuld måde, med det resultat at livet synes uden retning. I kaos-narrativet er ingen således i kontrol – end ikke behandleren (ibid.: 100).

I quest-narrativet accepterer fortælleren sin sygdom og stræber efter at bruge den (ibid.: 115). Overbevisningen bag denne fortælling er, at man vinder noget igennem sygdomsoplevelsen, og det sygdomsramte individ beretter således ofte om at være blevet transformeret. I de fleste tilfælde handler det om en særlig indsigt, oplevelsen har givet vedkommende, og som hun føler sig forpligtet til at give videre til andre (ibid.: 118). Men det kan også dreje sig om "at finde ind til sit sande jeg" (ibid.: 129). Derfor inddeles quest-narrativet i tre undertyper. Den første er *erindringen*, som skildrer fortællerens eksemplariske inkorporering af sygdommen, uden at hævde ny indsigt. Den næste er *manifestet*, hvor fortælleren har lært en profetisk sandhed om lidelsen og ønsker at bruge den til at skabe social forandring. Og den sidste er *automytologien*, i hvilken fortælleren ikke blot har overlevet sygdommen, men er blevet genfødt (ibid.: 119). Fælles for dem alle er dog, at fortælleren aktivt skaber mening i sit liv, og dermed holder kaos på afstand (ibid.: 115, 131). Quest-narrativer fungerer derfor hyppigt som inspiration for andre (ibid.: 133).

Afslutningsvis er det væsentligt at nævne, at sygdomsnarrativer ikke følger en af de narrative typer på statisk vis, men kombinerer dem snarere, således at et narrativ afløses af et andet i en kontinuerlig proces (ibid.: 76). Som sygdommen udvikler sig kan fortællingen altså skifte karakter, både til det bedre og til det værre. De sindslidendes sygdomsnarrativer er i den forstand blot øjebliksbilleder.

Afvigelse

Dette afsnit redegør for Howard Beckers afvigelsesteori, som han har beskrevet i bogen *Outsidere: studier i afvigelsessociologi*. Omdrejningspunktet i teorien er den sociale proces, gennem hvilken et individ stemples som afviger, og de konsekvenser det har for vedkommendes identitet. I den forbindelse har han udviklet begrebet *den afvigende karriere*, som har vist sig relevant for analysen af de sindslidendes sygdomsnarrativer. Dette hænger sammen med, at sindslidende i reglen stemples som afvigere, når de får en diagnose, og i kraft heraf skabes der grundlag for en afvigende livsstil. Teorien kan således bidrage til en forståelse af, hvordan sindslidende kan blive ført ud i afvigelse.

Den afvigende karriere

Beckers teori bygger som sagt på den grundlæggende anskuelse, at årsagen til afvigelse ikke skal findes i individets personlige forhold, men derimod har at gøre med samfundets anvendelse af

normer og sanktioner. Ved at opstille særlige regler, som definerer visse former for adfærd som rigtige og andre som forkerte, er de magtfulde grupper i samfundet således med til at afgøre, hvad der er afvigende (Becker 2005: 23ff). Med Beckers egne ord kan en afvigende person defineres på følgende måde: *Afvigeren er en person, som denne etiket er blevet hæftet på med succes; afvigende adfærd er adfærd, som mennesker betegner som afvigende* (ibid.: 30). Det vil med andre ord sige, at en given handling ikke er afvigende per definition, men bliver det i det øjeblik andre reagerer på og definerer den som sådan.

At afvigelse er samfundsskabt betyder dog ikke, at den sociale stemplingshandling anses som den absolutte årsagsforklaring på det afvigende individs handlinger (ibid.: 177f). Det er altså ikke sådan, at sindslidendes patologiske oplevelser og adfærd blot betragtes som et resultat af, at visse personer har stemplet ham/hende som sindslidende. Pointen er snarere, at den offentlige stempling er med til at disponere individet for en fortsat afvigende adfærd, da det efterfølgende bliver vanskeligt at genoptage en normal hverdag. I den forbindelse argumenterer Becker for at anskue afvigelse som en karriere, der gennemgår flere stadier, hvoraf et er at blive stemplet offentligt. Begrebet *den afvigende karriere* tager således højde for, at individer udvikler sig i en løbende proces, hvor forskellige faktorer indvirker på vedkommendes adfærd på forskellige tidspunkter eller stadier i processen. Derfor kan det med fordel bruges til at anskueliggøre forskellen på dem, der føres ud i en tilværelse med stadig større afvigelse, og dem, der går fra et afvigende forløb til en mere "normal" tilværelse (ibid.: 43).

Men lige netop oplevelsen af at blive stemplet i offentligheden er altså, ifølge Becker, et afgørende stadie i udviklingen af en afvigende karriere: *At blive opdaget og stemplet som afviger har under alle omstændigheder betydningsfulde konsekvenser for ens videre deltagelse i sociale sammenhænge og for ens selvbillede. Den vigtigste konsekvens er en drastisk ændring af individets offentlige identitet* (ibid.: 50). Stemplingen medfører således, at individet ændrer status i både egne og andres øjne og behandles derefter i interaktionen med omgivelserne. For at belyse dette nærmere, kan det være nyttigt at anvende Beckers sondring mellem *primære* og *sekundære statustræk*. Antagelsen er her, at det stemplede individ i enhver sammenhæng først og fremmest vil blive identificeret som afvigende, og alle dets andre egenskaber vil være underordnet i forhold hertil. Det vil sige, at individets status som afviger bliver det primære statustræk. Denne primære status som afviger kan så desuden føre til en formodning om, at individet besidder andre uønskværdige træk, altså sekundære statustræk, som ofte er forbundet med lige præcis den form for afvigelse (ibid.: 51f). I de sindslidendes tilfælde kunne det for eksempel være en forestilling om, at de er farlige eller mindre begavede. På den måde

kommer afvigelsen ikke blot til at vedrøre en afgrænset del af individets identitet, men bliver styrende for, hvordan omgivelserne ser på ham/hende i mange forskellige situationer.

Konsekvensen af at behandle individet på denne facon, som generelt afvigende, er, at det bliver en selvopfyldende profeti. Dette hænger sammen med, at så snart individet bliver afsløret som afviger, indskrænkes handlemulighederne betydeligt og forudsætningerne for at bevæge sig videre ud i en afvigende karriere skabes, uafhængigt af selve den afvigende adfærd (ibid.: 52f). Eksempelvis kan det sindslidende individ blive udelukket fra et job, alene ved at nævne sin diagnose, hvilket måske kan forstærke vedkommendes problemer og frembringe patologisk adfærd, såsom selvmordsforsøg. I et sådant tilfælde er indflydelsen fra den offentlige reaktion direkte, men den kan også være mere indirekte, som følge af samfundet integrerende karakter. Heri ligger, at de forskellige sfærer i ens liv er så tæt forbundne, at afvigelse på et område kan skabe problemer på andre område, og derfor kan nødvendiggøre at individet opfører sig afvigende (ibid.: 54). Det kunne for eksempel være en førtidspensioneret sindslidende, der til en social sammenkomst bliver spurgt ind til sit erhverv og ser sig nødsaget til at lyve, for ikke at blive udstødt af de tilstedeværende. Dermed har den offentlige reaktion altså indirekte indflydelse på den fortsatte afvigelse.

Det sidste skridt i en afvigende karriere, mener Becker, er når det stemplede individ bevæger sig ind i en organiseret afvigergruppe. At blive en del af en gruppe ligesindede afviger har i alle tilfælde væsentlig betydning for ens selvopfattelse. I kraft af den fælles afvigelse, opstår der særligt perspektiv på verden imellem de påståede afviger, lige så vel som de overleverer og skaber interpersonelle håndteringsstrategier, hvilket alt sammen understøtter en vedvarende identitet som afviger. Sandsynligheden for at individet fortsætter sine afvigende aktiviteter bliver derfor større, hvis individet indtræder i en organiseret og institutionaliseret afvigergruppe, hævder Becker (ibid.: 56f).

Følelser og sociale bånd

I det følgende gennemgås den teori, som Thomas Scheffs har fremsat i bogen *Emotions, the social bond, and human reality: part/whole analysis*. Teorien koncentrerer sig i særdeleshed om begreberne sociale bånd og skam, og deres indbyrdes afhængighed. Formålet med denne gennemgang er derfor at anskueliggøre, hvordan sociale relationer indvirker på individets adfærd, samt hvilken rolle følelsen af skam spiller i denne sammenhæng. Dette skal blandt andet være med til at forklare de professionelles indflydelse på det sindslidende individ, i form af både de verbale og nonverbale

statusmarkører, som de professionelle afgiver. På den måde skabes der mere bevidsthed omkring de konstruktive og destruktive processer i forskellige sociale sammenhænge.

Skam i selvet og sociale relationer

Scheffs teori tager udgangspunkt i antagelsen om, at der i enhver menneskelig interaktion afgives verbale og nonverbale tegn, der markerer den ens sociale status i forhold til den anden, og dermed også bestemmer kvaliteten af det sociale bånd imellem parterne (Scheff 1997: 76f). Sagt med andre ord: Hvis den pågældende person anerkendes som egenartet individ, opstår der en konstruktiv relation, og hvis ikke, opstår der en destruktiv relation. Individet vedligeholder eller nedbryder på den måde kontinuerligt sociale relationer – om end ofte ubevidst – ved henholdsvis at give eller nægte hinanden anerkendelse. Således kan sociale relationer generere enten solidaritet eller fremmedgørelse, alt efter hvor meget eller hvor lidt de to parter anerkender hinanden (ibid.: 73f).

I den forbindelse sonderer Scheff mellem *sikre* og *usikre* sociale bånd. De sikre sociale bånd er karakteriseret ved, at de implicerede individer identificerer sig med hinanden og har gensidig forståelse for hinandens synspunkter, uden at måtte opgive sine egne. De bygger altså med andre ord på solidaritet. De usikre sociale bånd er i modsætning hertil præget af fremmedgørelse og kan tage form af enten for løse eller for tætte bånd. Mere specifikt kommer for løse bånd til udtryk i en isoleret relation med manglende forståelse for den anden, vedvarende misforståelser og/eller fuldstændig afvisning, mens for tætte sociale bånd er ensbetydende med en altopslugende relation, hvor den ene part overtager den andens perspektiv på bekostning af egne overbevisninger og værdier. I det første tilfælde er de to parter alene fremmedgjorte over for hinanden, hvorimod der i det andet tilfælde både er tale om en fremmedgørelse imellem parterne og en fremmedgørelse af det forkastede selv (ibid.: 74ff). Det er altså af afgørende betydning, at man anerkender hinanden i et passende omfang og skaber en balance mellem solidaritet og fremmedgørelse i relationen, da alt andet vil udgøre en trussel mod det sikre sociale bånd.

Til de sociale bånd knytter sig endvidere nogle særlige følelser, som giver en indikation om båndenes karakter; de sikre solidaritetsskabende bånd ledsages af *stolthed*, mens de fremmedgørende usikre bånd følges af *skam*. Stolthed og skam repræsenterer således den nonverbale, følelsesmæssige side af kommunikationen, men determinerer ikke desto mindre de sociale bånd i ligeså høj grad, som den verbale kommunikation (ibid.: 102). Set i dette lys bliver især skam en helt central følelse, eftersom den er et produkt af fremmedgørelse, og derfor også tegn på, at det pågældende sociale bånd er truet. Derudover er følelsen af skam belastende for individet, idet den ofte fører til en destruktiv

adfærd. Begrebet skam skal her forstås i en bredere forstand end normalt, som: *a class name for a large family of emotions and feelings that arise through seeing self negatively, if even only slightly negatively, through the eyes of others, or only anticipating such a reaction* (Scheff 2003: 254). Skam omfatter altså adskillige andre følelser, som har det til fælles, at de er resultatet af et negativt syn på selvet. Blandt andet er pinlighed, utilstrækkelighed, ensomhed, usikkerhed og ydmygelse alle varianter af skam, for blot at nævne nogle få eksempler (Scheff 1997: 233). Det vil sige, at en lang række følelser fungerer som tegn på fremmedgørelse, men at de alle er relateret til skam.

Følelsen af skam eksisterer i ethvert møde mellem individer, hvis ikke i realiteten, så i det mindste i forventningen. I den forstand er skam en grundlæggende følelse, som man uundgåeligt oplever fra tid til anden, men som passerer igen (ibid.: 12). Skammen bliver imidlertid nedbrydende for relationen, når den fornægtes og får karakter af det, som Scheff kalder ikke-erkendt skam, hvilket som sagt sker når individet fremmedgøres tilstrækkeligt. I disse tilfælde generer fremmedgørelsen en så overvældende og smertefuld skam, at den fortrænges fra bevidstheden og i stedet erstattes af vrede (ibid.: 87, 147). Denne vrede kan så udvikle sig til en fortløbende spiral af skam og vrede, hvad der fører til yderligere fremmedgørelse mellem parterne (ibid.: 199). På den måde bliver de implicerede individer fanget i en uendelig følelsesspiral, som vedligeholder en destruktiv adfærd og et usikkert socialt bånd, uden at de egentlig kan ændre situationen, fordi de ikke er bevidste om skammens tilstedeværelse. Scheff mener derfor, at fremmedgørelse af selvet og andre, og den ikke-erkendte skam der følger heraf, er den primære årsag til vedvarende konflikter (ibid.: 215f). Følelsen af skam er altså en væsentlig drivkraft i sociale relationer, så vel som i individet.

4. Analysestrategi

Efter at have gjort rede for specialets metodiske tilgang samt teoretiske begrebsapparat er det nu muligt at præsentere strategien for analysen. Den analytiske proces har taget udgangspunktet i det empiriske datamateriale, de sindslidendes sygdomsnarrativer, som dermed også har været styrende for valget af teori. I overensstemmelse med den narrative tilgang har jeg først gennemgået de transskriberede interviews enkeltvis, for at identificere de unikke kendetegn ved de forskellige personer og danne overblik over deres individuelle livs- og sygdomshistorie. Derefter har jeg sammenlignet narrativerne og afgrænset en række fællestræk, som er relevante i forhold til problemstillingen. Slutteligt har jeg udvalgt teorierne, ud fra en vurdering af, hvorvidt de kunne bidrage til en bedre forståelse af empirien.

Analysen består af to dele:

Den første del er en narrativ analyse af de enkelte sygdomsnarrativer. Afsnittet er struktureret omkring de tre narrative typer, som er hentet fra Franks teori, således at de sindslidendes sygdomsnarrativer er inddelt efter type. Hensigten er dermed at analysere de sindslidendes narrativer ud fra den specifikke kontekst, de er konstrueret i, og samtidig tolke på de elementer, der går på tværs af de forskellige narrative typer. På den måde bliver det muligt at forstå lighederne, uden at miste blikket for de individuelle forskelle. I denne analyseproces anvender jeg dels den narrative teori, dels en række redskaber fra litterær tekstanalyse (Horsdal 1999: 114ff). Sidstnævnte indebærer, at jeg belyser en række elementer, som er relevante for forståelsen af det pågældende narrativ. Disse elementer er: det temporale aspekt, herunder den personlige udvikling i narrativet, personer, steder og begivenheder. Særlig interessant er den type begivenheder, der betegnes vendepunkter, idet de signalerer enten positiv eller negativ kursændring i individets liv (Horsdal 1999: 124). Vendepunkter i de sindslidendes sygdomsnarrativer kan således være en væsentlig indikator på, hvilken af de tre narrative typer, de benytter sig af.

Den anden del af analysen supplerer den første del, idet jeg her tolker på en række gennemgående faktorer, som i løbet af de sindslidendes sygdomsforløb har været med at fremme et bestemt narrativ, kaos-narrativet, og hindret dem i at konstruere andre narrativer. Ved hjælp af Beckers begreb *den afvigende karriere* analyserer jeg på, hvordan disse faktorer kan føre de sindslidende ud i stadig større afvigelse, i modsætning til at føre dem i retning af en mere konventionel tilværelse og en konstruktiv identitetsforståelse. Den afvigende karriere antages at knytte sig til kaos-narrativet, da de begge er præget af en nedadgående livsbane og en destruktiv identitet. Becker og Scheffs teorier

kombineres i analysen af de forskellige faktorer, eftersom de tilsammen kan skabe en mere fyldestgørende forståelse af den afvigende karriere. Således kan den skam og fremmedgørelse, som kender tegner de usikre sociale bånd, understøtte den afvigende identitet, lige så vel som den afvigende identitet kan skabe usikre sociale bånd. Afsnittet er bygget op omkring de tre faktorer: *stemplet som sindslidende, afvigergruppen og båndet til de professionelle.*

5. Analyse

I det følgende analyseres det empiriske datamateriale, bestående af otte sindslidendes sygdoms-narrativer, ved hjælp af den udvalgte teori. Som tidligere beskrevet er analysen delt op i to dele. Den første del starter med det enkelte narrativ, som er af typen restitution, dernæst følger tre kaos-narrativer og til sidst fire quest-narrativer. Efter hvert afsnit samles der op på fællestrækkene i den konkrete type narrativ. Den anden del af analysen er inddelt efter de tre faktorer, som har påvirket de sindslidendes narrative identitetsskabelse; først er det stemplet som sindslidende, derefter relationen til afvigergruppen og slutteligt båndet til de professionelle. De transskriberede interviews er vedlagt som bilag på den medfølgende CD.

Del 1

Restitutions-narrativet

Ud af de otte sygdomsnarrativer, som udgør empirien i dette speciale, kan kun ét defineres som et restitutions-narrativ. Dette gør det selvsagt vanskeligt at drage generelle konklusioner om sindslidendes brug af denne type narrativer, men ikke desto mindre kan det bidrage med væsentlig viden, som jeg vil tydeliggøre i det følgende. Således koncentrerer dette første analyseafsnit sig udelukkende om et narrativ – Eriks.

Erik: "Jeg er den gamle Erik igen"

Erik er en 68-årig folkepensionist. Han har tre børn og en ekskone, som alle fylder meget i hans liv – de er *alfa og omega*, som han siger. Derudover arbejder han i dag som frivillig på et værested for sindslidende, hvilket han går op i med liv og sjæl. Hans sygdomsnarrativ begynder for cirka seks år siden, da han går til lægen med det, der efter hans egen opfattelse er stress, og bliver sendt videre til en psykiater. Den pågældende psykiater snakker lidt med ham og udskriver så efterfølgende anti-depressiv medicin. Derefter begynder Erik at få det værre og værre, og hver gang han konfronterer psykiateren med det, opfordrer han ham blot til at tage mere medicin. Ifølge Erik var psykiateren på ingen måde lydhør overfor hans opfattelse af sygdommen: *Han har aldrig nogensinde stillet spørgsmål om, hvorfor jeg var stresset, hvordan jeg havde det i hverdagen og om relationer til familien, noget som helst, overhovedet ikke* (Erik: 1). Erik oplever dermed, han bliver pålagt en særlig narrativ fortolkningsramme i forhold til lidelsen, som ikke stemmer overens med hans egne sygdomsforestillinger, men som han tilsyneladende har svært ved at afvise. Ved hjælp af begreberne

illness, disease og sickness kan man tolke det således, at psykiateren ikke indgår i forhandling med Erik omkring hans illness, men alene fremlægger sit eget perspektiv, disease, som en narrativ identitetsmulighed; Erik skal ikke forstå sig selv som stresset, men som deprimeret. Det illustrerer også, hvor magtfuld den institutionaliserede disease kan være, når sindslidende skal narrativisere deres illness, idet Erik pligtskyldigt fortsætter med at følge psykiaterens anvisninger.

Efter nogle måneder bliver det imidlertid klart for Eriks datter, hvor slemt det står til, og hun får ham derfor indlagt. Dette bliver lidt af et vendepunkt for Erik, da en overlæge her fortæller ham, at hans sindslidelse er blevet fremprovokeret af den anti-depressive medicin. Han skal således indlægges, *for at blive afgiftet for tre piller*, som han siger (ibid.: 1). Overlægen på den psykiatriske afdeling tilbyder ham dermed en anden sygdomsforståelse, end den han hidtil har været underlagt. En forståelse, der ikke alene fjerner skylden, men også giver en kur for lidelsen – han skal blot trappe ud af medicinen, og så vil han være rask. Han bliver imidlertid udskrevet, førend han er helt rask, og uden at blive tilbudt yderligere behandling. Erik fortæller:

”(...) der spurgte vi efter en distriktssygeplejerske, som kunne have tilsyn med mig det første stykke tid. Det kunne ikke lade sig gøre. Så... men så ham overlægen han gav mig... jeg skulle have en pille, zyprexa, tror jeg det var de hed. Dem gad jeg slet ikke tage. Hvad fanden skulle jeg tage dem for - jeg havde det, altså psykisk havde jeg det udmærket, men jeg var nærmest menneskesky.” (ibid.: 2)

Passagen illustrer det selv-narrativ, som Erik nu har fået mulighed for at konstruere. I dette narrativ er behandlingspsykiatrien skyld i lidelsen, hvorfor de også må være ansvarlige for at genoprette hans tilværelse til normalen. Restitutionen kan dog ikke ske ved hjælp af medicin, da den netop narrativiseres som årsag til lidelsen, eller som han selv udtrykker det: (...) *det der de bruger på psyk af medicin, det er så farligt, at psykiaterne de bestemmer selv, hvor syge de vil gøre mennesker* (ibid.: 6). Det er altså hans klare opfattelse, at han ikke havde disposition for sindslidelsen, men at den blev skabt af medicinen, og derfor er afgrænset i tid. Som han siger: *Det var en grim tid. Jeg har aldrig nogensinde fejlet noget hverken fysisk - jeg har aldrig haft influenza, noget som helst overhovedet* (ibid.: 1). Erik kan således udskille sindslidelsen fra sit selv-narrativ, i stedet for at inkorporere den, ved at fremstille den som en parentes i den store narrative sammenhæng.

Efter udskrivelsen begynder Erik imidlertid at isolere sig og få det dårligt, hvorfor det ender med, han bliver indlagt igen. Her er han i nogle uger, hvor han efter eget udsagn har det skægt med de andre patienter og slet ikke er syg. Da han så bliver udskrevet igen, siger en læge til ham: *”ved du hvad, du*

har for meget krudt i røven, du skal ud og lave noget" (ibid.: 2). Dette bliver tilsyneladende endnu et vendepunkt i Eriks sygdomsnarrativ, da han efterfølgende får et frivilligt arbejde, der med hans egne ord giver ham *mening i livet* (ibid.: 5). Han uddyber senere: *jamen, det er ligeså vigtigt for mig at hjælpe andre mennesker og være social med andre mennesker, som det er at gå på arbejde* (ibid.: 13). Det frivillige arbejde er på den måde en vigtig bestanddel i selv-narrativet, i kraft af det giver ham mulighed for at genoprette en konventionel tilværelse. Han kan nu skabe sig en anden og, for ham, mere meningsfuld identitet end den som sindslidende, hvormed han bliver i stand til at narrativisere sig selv som rask. Således skaber den samfundsmæssige sygdomsforståelse, *sickness*, en identitetsmulighed ved at bevilge ham et arbejde på trods af sindslidelsen.

I dag får Erik kun en slags medicin, som ifølge ham selv ikke er psykofarmaka, men epilepsimedicin, der har til formål at *holde ham i balance*. Han mener dog ikke, det er nødvendigt: (...) *jeg tror ikke en skid på at det hjælper, fordi jeg er den gamle Erik igen. Min kone igennem 17 år hun siger også "du er som du skal være"... Men der kan man jo så igen sige, hvor meget en familie betyder, når man har sådan en sygdom* (ibid.: 3). De sociale omgivelser validerer altså det nye selv-narrativ, hvori Erik fremstiller sig selv som rask, og det er af afgørende betydning. Ligeledes bekræftede psykiatrien hans narrativ for lige knap et år siden, da de afsluttede den ambulante behandling, fordi han ikke længere havde behov for den. Erik lever nu et særdeles aktivt liv, hvor langt størstedelen af tiden går med det frivillige arbejde, men også med at være sammen med børn og børnebørn, som tydeligvis spiller en stor rolle. Og han er på ingen måde bange for at blive syg igen: *Jeg har så stor en social vennekreds nu, det kan aldrig gå galt - aldrig. Alle er obs på mig ik'os'* (ibid.: 15).

På nuværende tidspunkt skulle det gerne stå klart, at Eriks sygdomsnarrativ er konstrueret som et restitutions-narrativ. Dette afspejler sig tydeligt i plottet, som kort sagt lyder: "Før var jeg rask, så gjorde anti-depressiv medicin mig syg, men nu er jeg rask igen". Han har således lagt den psykiske lidelse bag sig og genoptaget sit tidligere liv. Heri består den klare fordel ved at benytte sig af restitutions-narrativet. Erik oplever unægtelig sig selv som rask, og det gør ham i stand til at fortsætte livet, som han ønsker det, uden at være begrænset af den psykiske lidelse eller frygten for at få tilbagefald. Han har med andre ord skabt en narrativ sammenhæng, som giver ham mening og retning i livet. Dog lader der også til at være ulemper ved dette narrativ. Først og fremmest står det igennem hele interviewet klart, at sygdomsforløbet har været særdeles smertefuldt for Erik og stadigvæk i høj grad er det. Dette kan måske hænge sammen med, at han passivt har overladt ansvaret for restitution til behandlerne, i modsætning til aktivt at integrere sindslidelsen i sit selv-narrativ. Han har således ikke søgt at skabe mening i lidelsen, men blot afvist den som et onde, med

det resultat at han ikke kan forlige sig med sygdomsforløbet. I forlængelse af dette kan der tænkes at være endnu en ulempe ved narrativet. Ved at fortælle sit restitutions-narrativ kan Erik give andre sindslidende indtryk af, at medicinen gør dem syg og de blot skal holde op med at tage den, hvis de vil være raske. På den måde kan Eriks narrativ i værste fald have uhensigtsmæssige konsekvenser for andre.

Man kan som sagt ikke generalisere ud fra dette enkeltstående restitutions-narrativ, men netop fordi det er det eneste af slagsen, kan det give stof til eftertanke. Det kan indikere, at restitutions-narrativet ikke er et sygdomsnarrativ, der er tilgængelig for mennesker med psykisk lidelse, eller i alle tilfælde er vanskelig at få adgang til. Hvis man betragter Eriks narrativ, kan man sige, at der har været usædvanlige omstændigheder, som har gjort det muligt for ham at konstruere et restitutions-narrativ. Her tænker jeg især på den fejlmedicinering, han har været udsat for, og som han har fået bekræftet af forskellige læger. Hvis ikke de havde anerkendt denne sygdomsforståelse, kunne Eriks narrativ meget vel have været et andet, da medicinen således ikke ville være en valid årsagsforklaring på lidelsen. Altså kan det tænkes, at sindslidende kun sjældent får mulighed for at opnå restitution.

Kaos-narrativet

I det følgende analyseres på de tre sygdomsnarrativer, som er kaos-narrativer. De har som udgangspunkt flere forskelle end ligheder - måske netop fordi de ikke læner sig op ad et særligt narrativ - men de har det til fælles, at de ikke lever op til de narrativer konventioner. For at tage højde for en af forskellene, sonderer jeg mellem to typer af kaos-narrativer: det overartikulerede og det underartikulerede. Dette vil blive uddybet og eksemplificeret igennem afsnittet.

Susan: "Man kan aldrig vide, om i morgen bliver en dårlig dag"

Susan er en kvinde på 30 år. Hun har to børn og en mand, som hun har et trygt og ærligt forhold med, men ikke bruger til at læsse af på, som hun siger, fordi han ikke skal være en behandler (Susan 10f). Derudover har hun en mellemlang uddannelse, som det lykkedes hende at gennemføre, på trods af de udfordringer sindslidelsen medførte. Forholdet til hendes forældre og søskende er upersonligt og en smule anstrengt, men de holder kontakten. Susans sygdomsnarrativ er leveret i en talestrøm af korte sætninger, der giver det en hektisk og forvirrende struktur, selvom hun i nogen grad følger en kronologisk orden. Jeg betegner det derfor som et overartikuleret kaos-narrativ.

Sygdomsnarrativet starter da Susan som 16-årig diagnosticeres med en depression og kommer i medicinsk behandling. Denne behandling fortsætter hun med i mange år frem, indtil hun på et

tidspunkt møder sin mand og efterhånden får det så godt, at hun vælger at trappe ud af medicinen. I de efterfølgende år klarer hun sig fortsat godt uden medicin, selv efter hun har født sine to børn. Men i 2008, i forbindelse med et praktikophold, begynder hun at få det dårligt, hvilket til sidst resulterer i en frivillig indlæggelse. Hun udskriver hurtigt sig selv igen, men de når at få mistanke om, at hun har en personlighedsforstyrrelse. Derfor får hun en henvisning til et ambulante behandlings-tilbud, hvor der imidlertid er lang ventetid, så hendes læge henviser hende i mellemtiden til en privat psykolog. En psykolog, som hun stadig ser indimellem, når hun kan få råd til det, og som har betydet meget for hende. Hun får dog kun tilskud til 12 psykologtimer, hvilket ikke er tilstrækkeligt for hende, og hun må derfor finde anden behandling. Således starter en længere søgen efter det rette behandlingstilbud.

I den forbindelse kommer hun til forsamtale ved det ambulante behandlingstilbud, hvilket hun ikke havde en positiv oplevelse af: (...) *det var ubehageligt at være derovre til forsamtalet, og jeg følte ikke de sådan hørte, hvem jeg var* (ibid.: 2). Hun vælger altså at afslå tilbuddet, fordi de ikke er lydhøre over for hende som person. Anskuet på en anden måde kan man sige, at hun afviser den hjælp, psykiatrien tilbyder hende, da de ikke virker åbne for forhandling af hendes narrative identitet. Den efterfølgende tid fortsætter hun derfor uden anden behandling end den sporadiske psykologhjælp. Dette går også udmærket, lige indtil hun færdiggør sin uddannelse og skal ud i sit første fuldtidsjob. Her begynder det hele igen at blive for meget for hende, hvilket fører til selvska- de og selvmordstanker, og hun beslutter følgelig i samråd med sin læge at sygemelde sig. Hun ønsker imidlertid ikke at blive indlagt på grund af den dårlige oplevelse, hun havde med det sidst, hvorfor hun i stedet bor hos nogle venner i en uges tid. Da hun så kommer hjem igen bliver hun henvist til en psykiater og får her officielt diagnosen borderline samt ny medicinsk behandling. Efter noget tid forsøger hun igen at vende tilbage til arbejdet, denne gang kun med tre timer om dagen, men med hendes egne ord var det fra første dag totalt overvældende og fuldstændig kaos. Derfor bliver hun efter fire dage indlagt. Her er hun i seks dage, selvom det heller ikke denne gang er den mest behagelige oplevelse, men som hun siger: (...) *jeg havde bare brug for en pause, hvor jeg var sikker* (ibid.: 4). Den psykiatriske afdeling fungerer på den måde som et tilflugtssted for hende, hvor hun kan blive fritaget for sine pligter i forhold til arbejde og børn.

Efter indlæggelsen fortsætter hendes søgen efter behandling, og hun bliver blandt andet tilbudt samtaler med en sygeplejerske, ligesom hun igen kommer til forsamtale ved det ambulante behandlingstilbud, men ingen af delene virker tiltalende på hende. Som følge deraf bliver hun afsluttet hos psykiateren med beskeden om, at de ikke kan gøre mere for hende, når hun ikke vil tage

imod disse tilbud (ibid.: 5). I den forstand afviser de at hjælpe hende til at finde andre narrative identitetsmuligheder, fordi hun ikke vil bruge de narrative redskaber, de foreløbigt har tilbudt hende. Efterfølgende begynder hun selv at undersøge mulighederne og bliver i den forbindelse opmærksom på et projekt i en anden by, som svarer til det hun eftersøger: (...) *de har lavet, altså evaluering og forskning omkring det, og det har vist sig, at man kan blive rask efter de to år, og hvis ikke rask, så meget, meget bedre og det holder fortsat i årene efter. Og jeg var sådan... jamen, det er sådan noget, jeg gerne vil have ik' os'* (ibid.: 5). Denne passage afspejler tydeligt, hvad det er Susan søger, nemlig et restitutions-narrativ, som kan hjælpe hende til at genoprette en normal tilværelse. Hun vil altså have en kur for lidelsen, og ikke blot en kortvarig lindring. Derfor vælger hun også at undersøge, om hun kan komme i denne behandling, men det vil regionen ikke betale for, og Susan vil ikke rigtig tage imod de tilbud, der er i nærheden, fordi: (...) *det har ikke vist sig at være en behandling, der går ind og ændrer længerevarende* (ibid.: 6). Hermed opstår der konflikt imellem behandlingspsykiatriens forståelse, disease, og Susans perspektiv, illness.

I mellemtiden har hun dog været tilknyttet en undervisningsgruppe med personer, der ligesom hende selv har borderline, hvad hun har haft megen glæde af. Men dette er kun et midlertidigt projekt, hvorfor det snart slutter. Hun fortæller om, hvad det har givet hende:

"Det har hjulpet mig til at komme til det sted, hvor jeg kan acceptere... min lidelse, eller hvad man nu vil kalde det. Øh... det er jo første gang jeg har været sammen med nogle andre der har borderline, og ja nogle af dem synes jeg er dårligere end mig eller kommer fra et helt andet sted i livet. Jeg er faktisk den eneste der er mor, der har børn derhjemme. Øhm... ja, vi er jo meget forskellige, men dog er der ingen i fuldtidsarbejde. Men det har gjort det meget nemmere for mig at acceptere og selvfølgelig lære mere, at det er okay at have... de besværligheder, jeg har - det er jo ikke unormalt i forhold til den lidelse." (ibid.: 5)

Ovenstående illustrerer i virkeligheden meget godt den ambivalente situation, Susan på nuværende tidspunkt befinder sig i, hvor hun på den ene side er ved at acceptere sin psykiske lidelse og de begrænsninger, den medfører, men på den anden side ikke helt ønsker at identificere sig med de andre med borderline, som ikke lever den tilværelse hun selv stræber efter. Dermed står hun og skal vælge imellem to narrativer i konstruktionen af sit selv-narrativ; restitutions-narrativet, der potentielt kan gøre hende rask, og quest-narrativet, som kan hjælpe hende til at bruge lidelsen konstruktivt, hvis blot hun accepterer dens tilstedeværelse. At dette valg er vanskeligt for hende fremgår flere gange af sygdomsnarrativet, blandt andet i følgende fortælling om hendes fremtidsønsker:

"Jeg synes, de har ændret sig rigtig meget det sidste år. Måske er de blevet lidt mere realistiske nu. Men... jeg vil rigtig gerne have et arbejde, som jeg er glad for, hvor jeg føler mig... at det er okay at være der og føler mig tryk, og jeg føler jeg bruger min faglighed og bruger de ressourcer jeg har. Jeg vil gerne videreuddanne mig... og jeg vil gerne på sigt kunne arbejde flere timer. Jeg vil gerne klare mig selv (griner) - det har jeg altid sagt - jeg vil gerne kunne klare mig selv. Og det vil sige, at ikke have de der mennesker, som jeg ved er der." (ibid.: 15)

Selvom hun forsøger at benytte quest-narrativet til at konstruere mening og sammenhæng i livet, stræber hun altså i en eller anden udstrækning stadig efter at finde den behandling, som kan tilbyde hende et restitutions-narrativ. Ifølge hende selv, prøver hun nu at have et mere realistisk billede af sit liv, men det er ikke nemt: *Fordi, især folk der har set at jeg kan så mange ting, så er det måske svært at forstå "Jamen, opgiver du nu?", fordi jeg sidder og accepterer, at jeg ikke kan* (ibid.: 15). På den måde er hun i en vedvarende indre konflikt om, hvorvidt hun skal opgive tanken om restitution og acceptere den psykiske lidelses begrænsninger eller stadig fortsætte sin søgen efter helbredelse, og det efterlader hende i en form for narrativt tomrum.

Den manglende narrative sammenhæng, som dette indebærer, manifesterer sig desuden i en uklar årsagsforklaring på den psykiske lidelse - måske er det genetisk eller måske har det relation til hendes barndom, som hun i øvrigt ikke har mange minder fra. Hun er imidlertid heller ikke interesseret i at finde ud af, om det har noget med fortiden at gøre:

"(...) jeg kan ikke se pointen i at tage den snak. Jeg gider ikke snakke om fortiden, fordi for mig handler det om at finde ud af, hvordan skal jeg leve nu? Hvordan fortsætter jeg livet nu? Men der er dog stadig nogen, der vil snakke om, at jeg ikke har bearbejdet min barndom ordentligt. Og det kan godt være, at jeg ikke har det. Men jeg bliver nødt til at... klare mit liv nu - jeg har mine børn nu." (ibid.: 12)

Set ud fra et narrativt perspektiv kan det tænkes, det måske netop er den manglende narrative sammenhæng, som hun ikke kan overskue at skabe, der medfører, at hun har svært ved at klare livet lige nu. Under alle omstændigheder er hendes tilværelse i øjeblikket kaotisk på en lang række områder. For det første føler hun ikke, der er nogle behandlingsmuligheder, hvorfor hun ser sig nødsaget til at tage sin medicin, selvom hun ikke bryder sig om det. Derudover er hun i arbejdsprøvning 15 timer om ugen, med henblik på at få tildelt et fleksjob, hvilket er stressende, dræner hende for energi og gør hende asocial. I forlængelse heraf hersker der usikkerhed omkring

hendes fremtidige jobsituation, og dette skaber yderligere problemer, i form af en usikkerhed med hensyn til familiens i forvejen skrøbelige økonomi. Og sidst men ikke mindst er hendes familieliv påvirket, fordi hun efter eget udsagn er ustabil og til enhver tid kan blive syg igen. Altså savner hun i den grad kontinuitet og forudsigelighed i sit liv, på samme måde som hun gør i sit selv-narrativ. Hun forklarer i den sammenhæng, at det eneste der faktisk skaber stabilitet og motiverer hende i hverdagen er manden og børnene, fordi de nødvendiggør, at hun kommer ud af sengen om morgenen (ibid.: 10, 14).

På nuværende tidspunkt håber Susan på at få et fleksjob, da hun tror, denne forudsigelighed i de ydre livsbetingelser også vil give en stabilitet i den indre identitetsfølelse:

”Og så forhåbentlig vil det give mig en eller anden ro indeni, at jeg kun skal arbejde så mange timer de næste fem år, indtil de begynder at undersøge mig igen i arbejdsrelaterede ting. Fordi det giver kæmper uroligheder i familielivet. Og også for mig selv, tror jeg, for hvis jeg kan få et fleksjob, så vil det hjælpe mig mere med, at det er okay - det er okay, at jeg har det sådan, fordi det har de derude accepteret, at jeg ikke kan arbejde på grund af min lidelse.” (ibid.: 8)

De ydre vilkår er altså i høj grad med til at besværliggøre skabelsen af narrativ sammenhæng og producerer implicit både identitetsmuligheder og –begrænsninger for Susan. Således vil fleksjobbet legitimere et selv-narrativ, hvor hun er begrænset af sin psykiske lidelse, mens et afslag på fleksjob vil gøre det modsatte, det vil sige nægte hende et sådant selv-narrativ – eller sådan vil Susan i alle tilfælde fortolke det. På den måde får de sociale omgivelser afgørende indflydelse på, om det lykkes hende at skabe sammenhæng i hverdagen, afhængigt af hvilket sygdomsnarrativ de opfordrer hende til at konstruere sin identitet efter. Med andre ord får sickness betydning for illness.

Som det fremgår, er Susans narrativ et kaos-narrativ. Det er et narrativ, som ikke lever op til konventionerne på ret mange områder, da det primært koncentrerer sig om den uoverskuelige nutid. Susan har således svært ved at reflektere over både fortiden og fremtiden, netop fordi hun er optaget af det nutidige kaos, og som følge heraf kan hun heller ikke skabe en meningsfuld narrativ identitet. Ydermere oplever hun en magtesløshed i forhold til sit liv og til sin lidelse på grund af manglende eller forkerte behandlingstilbud, og hun ser sig nu mere eller mindre nødsaget til at acceptere såvel indre som ydre begrænsninger, for at kunne etablere en eller anden form for kontinuitet i tilværelsen. Kaosset er altså i højere grad forbundet med et fravær af identitetsmuligheder end med den psykiske lidelse.

Niels: "Ens formål det er sådan set bare at overleve"

Niels er 51 år, førtidspensionist og bor alene i en andelsbolig. Han har en datter, som han ikke kendte til de første ti år af hendes liv, men som ikke desto mindre betyder meget for ham i dag. Hun synes dog i nogen grad at skamme sig over at have en far med en psykisk lidelse (Niels: 14). Derudover har han to søskende, som han inderligt ønsker at have et godt forhold til, men dette ønske lader ikke til at være gengældt. Niels sygdomsnarrativ adskiller sig helt grundlæggende fra Susans, på trods af de begge bærer præg af at være kaos-narrativer. I modsætning til Susan, hvis narrativ var rodet i sin struktur og fortalt på en hektisk facon, har Niels vanskeligt ved i det hele taget at artikulere et narrativ, eller det vil sige det falder ham ikke naturligt. Dette giver selvsagt en anden form for mangel på struktur end den i Susans narrativ. Forud for vores møde bad han ellers om lov til at se mine spørgsmål, sandsynligvis så han kunne forberede sit narrativ, men alligevel formåede han ikke at holde en sammenhængende fortælling kørende på egen hånd.⁷ Derfor kan man passende betragte det som et underartikuleret kaos-narrativ.⁸

Sygdomsnarrativet tager sin begyndelse helt tilbage i 1986, da Niels bliver indlagt på en lukket psykiatrisk afdeling efter et selvmordsforsøg. Han mindes, at han på daværende tidspunkt ikke føler sig syg, selvom han hører stemmer, idet han tror, han er i gang med en spirituel udvikling, hvor Gud taler til ham. Derfor er han også meget imod medicinen, som han frygter, dømmer ham til et liv i helvede. Der går flere år med konstante indlæggelser og udskrivelser før han får en diagnose, hvilket han selv forklarer med, at de nok havde svært ved at finde ud af, hvad han var for en: (...) *jeg var så indelukket, jeg snakkede jo ikke om det. Jeg har jo været vant til at klare mig selv langt hen ad vejen* (ibid.: 2). At dømme ud fra dette uddrag kan det tænkes, at han er influeret af et traditionelt maskulint ideal om at skulle klare sig selv og ikke snakke om sine problemer, hvilket afholder ham fra at tage imod den hjælp, de tilbyder. Det lykkes dem dog på et tidspunkt at stille diagnosen latent skizofreni⁹ og i den forbindelse også at overbevise ham om, han hører stemmer. Siden har han, ifølge

⁷ Jeg gav ham dog kun en række forslag til forskellige emner, vi kunne snakke om, og forklarede, at jeg var interesseret i at høre hans historie. Dette mente han også var tilstrækkeligt.

⁸ Alternativt kunne Niels' narrative vanskeligheder tænkes at være udtryk for et mislykket interview, hvor det ikke var lykkedes mig at skabe den fornødne tillid og fortrolighed til at han kunne åbne sig i interviewsituationen. Dette er imidlertid ikke mit indtryk, da han efter interviewet fortalte, at det havde været en positiv oplevelse.

⁹ Latent skizofreni er i dag kendt som skizotypisk sindslidelse og er blandt andet kendetegnet ved excentrisk adfærd, ejendommelige ideer, tvangstanker, tendens til isolation og undertiden kortvarige, forbigående psykotiske episoder (Bertelsen & Munk-Jørgensen 1998: 40).

ham selv, været *i en god udvikling langt hen ad vejen*, i kraft af at han tre år efter sin første indlæggelse flytter ind i et botilbud, dernæst efter yderligere tre år i egen lejlighed og senest i sin nuværende bolig, som han købte for arven efter sin far. Han plages dog stadig regelmæssigt af psykotiske oplevelser og angst.

Niels mener, han alene er ansvarlig for den udvikling, der er sket igennem tiden. De forskellige professionelle er efter hans opfattelse ikke i stand til at hjælpe, eftersom de ikke har forståelse for, hvordan det er at være psykotisk og angst. Med andre ord oplever han, at psykiatrien ikke kan tilbyde et narrativ, som han kan bruge til at skabe mening i den psykiske lidelse. Han har dog ikke altid været afvisende over for psykiatriens sygdomsforståelse: (...) *for 10 år siden der spurgte jeg min psykiater "Hvorfor det lige var mig, der blev ramt af det her psykisk sygdom", og så siger han "Jamen, det er sådan en kombination af flere ting". De siger jo aldrig for meget. De giver jo ikke nogen løsninger på noget som helst - det skal man selv finde frem til* (ibid.: 10). Han efterspørger altså på dette tidspunkt narrative redskaber til at kunne skabe mening og årsagssammenhænge i sit selv-narrativ, hvilket psykiateren ikke giver ham, og derved er med til at give ham oplevelsen af at være ansvarlig for egen bedring. Episoden har altså sandsynligvis været afgørende for, at han opgav at forhandle sin narrative identitet med psykiatrien. Som han selv siger, var psykiateren kun behjælpelig med at udskrive medicin, når det han egentlig havde allermest brug for var *råd og guidance* (ibid.: 10). Desforuden oplever han ikke medicinen som virkningsfuld (ibid.: 6).

Den dag i dag kæmper han således stadig for at finde ud af, hvad han kan gøre for at få det bedre. I den forbindelse har religion haft en helt central plads i hans søgen efter mening, hvilket også tydeligt afspejler sig i hans hjem, som er indrettet med diverse religiøse figurer og billeder. Det er ikke blot kristendommen, men også buddhismen, som han med egne ord har *gennemsøgt og undersøgt meget mere end de fleste normale mennesker har* (ibid.: 15). Det synes imidlertid ikke at have hjulpet ham tilstrækkeligt i den narrative meningsskabelse, da han endnu ikke har fundet en velfungerende håndteringsstrategi:

"Som jeg sagde før, så er det et stort virvar, hvad det er der... hvad det er jeg drager nytte af. Det ved jeg simpelthen ikke. Jeg fægter i blinde, også med... Og så ind imellem så bilder jeg mig selv ind, at for eksempel det at ligge ned eller gå til gudstjeneste eller... så bilder jeg mig selv ind, at det er det, der gør det." (ibid.: 7f)

Når Niels siger, han blot bilder sig ind, at de forskellige strategier har en effekt, tyder det på, de reelt ikke er meningsfulde for ham. Han savner årsagssammenhænge i forhold til håndteringen af

sindslidelsen, og det gør det vanskeligt for ham at handle målrettet. Han fortæller da også, at religionen alene er vigtig for ham på grund af hans lidelse: *Jeg tror, hvis jeg ikke var syg, hvis jeg var rask, så ville jeg slet ikke tillægge for eksempel det at jeg går til gudstjeneste nogen betydning. Det er qua min sygdom, at jeg går op i de her ting* (ibid.: 7). I forlængelse heraf kan han siges at have skabt en noget særpræget årsagsforklaring på sin lidelse, set i forhold til de gængse sygdomsforestillinger, hvilket underbygger formodningen om, at han ikke har haft et klart narrativ at støtte sig til. Således kombinerer han i forklaringen både biologiske faktorer, stofmisbrug og dårlig samvittighed over småtyverier i sin ungdom (ibid.: 9).

At Niels ikke har fundet den rette måde at håndtere sindslidelsen på blev bekræftet for ham kort forinden vores møde:

”(...) i fredags der fik jeg det rigtig skidt - rigtig, rigtig skidt psykisk. Og jeg vil da antage, at det er fordi at jeg har fået for meget at drikke. Så det var sådan en rigtig nedtur - rigtig, rigtig stor nedtur. Fordi det endte som også med, at jeg kom hjem og den eneste måde, jeg kunne komme igennem og over det her psykotiske noget, det var at lægge mig til at sove. Og... det er ligesom for 15-20 år siden, når jeg var psykotisk på det tidspunkt, der var det også den eneste måde jeg kunne komme ud af det, det var ved at sove. Så det var ligesom at gå tilbage til... som om 15-20 års arbejde med mig selv ikke betød noget - nu var jeg tilbage til square nul ik' os'. Så det var sådan rigtig ubehageligt.” (ibid.: 8)

De tilbagevendende patologiske oplevelser efterlader ham med en frustreret følelse af, at der ikke er sket nogen progression siden han første gang blev syg og stadfæster, at de mange håndteringsforsøg har været forgæves. Han har således ingen kontrol over sin lidelse, hvilket gør det vanskeligt at agere i livet.

Det står igennem hele fortællingen klart, at Niels er influeret af det dominerende restitutionsnarrativ. Det vil sige, han har et brændende ønske om at blive rask, således at han kan (gen)etablere en konventionel tilværelse. Følgende passage illustrerer:

”Ikke desto mindre kunne jeg godt tænke mig at slå en streg i sandet og sige ”Jamen det var det”, og så komme videre. Det ville... det... det der symboliserer, den der streg i sandet det betyder også... for eksempel angst og psykotiske oplevelser og sådan noget, at... enten at jeg var så stærk, at det ikke påvirkede

mig så meget, eller simpelthen at det ikke var der mere det her angst og psykotiske noget. Slå en streg i sandet og komme videre. Det har jeg sådan på fornemmelsen, at der er nogle psykisk syge der kan - der får det sådan, at de faktisk kan komme så godt videre at de er raske ik' os'. Jeg vil... jeg vil gerne være rask ik' os' (griner).” (ibid.: 5)

Han har derfor også i flere omgange forsøgt at vende tilbage til arbejdsmarkedet, men hver gang er det blevet for meget for ham. Han fortæller: *Der er da ikke noget jeg hellere ville være... det vil være at være rask og have nogle kollegaer, arbejdskollegaer. Det kunne jeg da godt tænke mig. Men jeg tror ikke det sker* (ibid.: 15). Selvom han gerne vil være rask og have et arbejde, forestiller han sig altså ikke, det nogensinde bliver muligt. Faktisk lader hans liv i høj grad til at være uden retning, hvilket kommer til udtryk i følgende fortælling om forventningerne til fremtiden:

”Når man har været så langt ude som mig... så mister man tit fokus - det der *mål*, altså... hvordan skal jeg forklare det... jamen, man glemmer faktisk, hvad man søger efter. Det bliver sådan en... ens indsats det er sådan set bare at overleve ik' os'. Jeg har en *pligt* til at overleve - jeg har sgu ikke... jeg har ikke lyst til at finde livets kilde. Jeg sad lige og så 'Pirates of the Caribbean' - den er faktisk... den er ikke så god som de andre - og der *søger* de og bruger mange kræfter og mange liv på at finde livets kilde, eller sådan et eller andet. Jeg har fandeme ikke lyst til at finde livets kilde, fordi jeg *hader* livet. Det gør jeg virkelig. Jeg overlever kun af pligt - jeg har en 20-årig datter, som... ja. Jeg har ikke... Jeg har selvfølgelig et stort håb og tro og... på at gerne ville være rask. Det kunne jeg godt tænke mig.” (ibid.: 13)

Således har Niels efter mange års tilværelse i kaos fuldstændig mistet mening og retning i livet og er nu kun optaget af at komme igennem dagen på bedst mulig vis. De mange håndteringsstrategier kan derfor ses som et forsøg på at lindre smerten lige her og nu, så hverdagen bliver udholdelig, snarere end en søgen efter narrative redskaber, som kan gøre livet meningsfuldt. I den forbindelse lader det lokale dagcenter i øvrigt til at spille en vigtig rolle, da det giver ham lidt indhold og struktur i hverdagen (ibid.: 11f).

Der hersker på nuværende tidspunkt formentlig ingen tvivl om, at Niels' sygdomsnarrativ har karakter af et kaos-narrativ. Først og fremmest kommer dette til udtryk i den underartikulerede levering, som øjeblikkeligt vidner om, at sygdomsnarrativet ikke lever op til konventionerne for det

velformede narrativ. Niels har ikke haft nogen narrative sygdomsforestillinger at støtte sig til, og han har derfor heller ikke tilegnet sig de narrative færdigheder til at sætte ord på – og for dens sags skyld finde mening i – sin psykiske lidelse. Som følge heraf er der ingen forudsigelighed og kontinuitet i han liv, og dermed heller ingen kontrol over den psykiske lidelse. Tværtimod er der et uoverskueligt kaos, der dagligt medfører spørgsmålet om, hvordan han skal komme igennem dagen. Sagt med andre ord har Niels ikke den reflektive distance, der kræves for at skabe narrativ sammenhæng, i kraft af det nutidige kaos i hans liv er altopslugende.

Finn: ”Jeg har sådan set ikke nogen forventninger til fremtiden”

Finn er en mand på 50 år. Han er førtidspensioneret og bor alene i egen lejlighed. Endvidere har han en datter, som han efter eget udsagn har et godt forhold til, men ikke ser så tit, da hun har *travlt med livet*. Ligeledes har han en bror, han sjældent ser. Finns sygdomsnarrativ er ligesom Niels’ et underartikuleret kaos-narrativ. Faktisk er narrativet så fattigt på indhold, at det er vanskeligt overhovedet at udlede mening af det fortalte. Således har Finn tilsyneladende ikke kompetencerne til at konstruere et sammenhængende selv-narrativ, siden der er en udpræget mangel på struktur, årsagssammenhænge og ikke mindst plot. Dette blev allerede klart ved den indledende samtale, da jeg opfordrede ham til at fortælle sin historie, og hans svar var, at det skulle han nok, hvis blot jeg stillede nogle spørgsmål. Han bad mig dermed om narrativ assistance.¹⁰ Begyndelsen af interviewet tjener i denne forbindelse som et godt eksempel på narrativets karakter:

”Fie: vil du så ikke starte med at fortælle lidt mere om dig selv?”

Finn: jo, jeg hedder Finn, og jeg har været indlagt på psykiatrisk hospital, den åbne og den lukkede afdeling, med en 8-10 års mellemrum, på grund af et alt for stort forbrug af piller, hash og bajere havde jeg nær sagt... af alkohol og piller og stærk tobak...

Fie: ja

Finn: ja, og så her for en tre, fire, fem år siden der blev jeg så udskrevet, og røg op på [vejnavn], hvor der er sådan en misbrugsafdeling, jeg kunne bo på, og så fik jeg

¹⁰ Igen kunne man antage, at interviewet mislykkedes, men også Finn gav udtryk for, det havde været positivt - *det var rart at læsse af*, som han sagde.

så omsider skaffet mig en lejlighed, og så flyttede jeg ind i [vejnavn og nummer],
og der bor jeg den dag i dag.” (Finn: 1)

Som det fremgår, påbegynder Finn ikke en længerevarende fortælling om sit liv, men tager derimod et markant spring fra en begivenhed til den næste. Dette er generelt kendetegnende for narrativet.

Ydermere er narrativet til tider inkonsistent og stærkt usammenhængende, hvorfor det ikke er muligt at fastslå en præcis sygdomsbegyndelse. Dog lader det ikke til at være særlig mange år siden, han sidst var indlagt med en psykose, hvilket i øvrigt også var årsagen til den første indlæggelse. Finn mindes ikke at have fået en egentlig diagnose, men: *jeg havde da et stykke papir, jeg ved ikke om det var en diagnose eller hvad det var, men der stod der i hvert fald alle tre ting - øl, hash og piller - det havde jeg fået for meget af. Og som følge deraf har det så åbenbart udløst en psykose* (ibid.: 3f). Det lader imidlertid ikke til, han har brugt denne årsagsforklaring til at få kontrol over sin lidelse, ligesom den da heller ikke har fået ham til at lægge alkohol og hash helt på hylden. Han afviser således ikke, at han kan blive indlagt igen, og han erklærer også, at han skal tage anti-psykotisk medicin resten af livet.

Ifølge Finn, har de to psykoser givet ham en hjerneskade, som har gjort det sværere for ham at klare hverdagen (ibid.: 7). Han har dermed inkorporeret én sygdomsforestilling, som forklarer, hvorfor han opfører sig distræt og i det hele taget er begrænset i det daglige. På dette område vil han tilsyneladende gerne have haft mere hjælp:

”Der er sådan set ikke - det er det, det så jeg også i fjernsynet - der er sådan set ikke nogen der tager sig af de sindslidende, når de kommer ud med en hjerneskade. Det er nok, det er sådan set op til en selv. Men man bliver ikke genoptrænet på nogen måde derude fra. Man ryger bare ud lige så snart man kan.” (ibid.: 2)

Han er altså efter sin egen opfattelse ikke blevet tilbudt megen hjælp fra psykiatriens side, når det kommer til at genskabe de færdigheder, som er gået tabt. Til gengæld sørgede en af de andre patienter for, at han kom ind på et værested, hvilket med egne ord har været hans redning (ibid.: 7). Dette har tydeligvis givet ham et indhold i livet, som han ellers ikke ville have:

”Jamen, det får jeg sådan set mine dage til at gå med. Det gør jeg. Altså, jeg gider jo ikke sidde derhjemme 24 timer i døgnnet, så tager jeg herover og får noget at

spise og får snakket og vi spiller nogle spil og... vi er på tur ud af huset og ude og spise og... Der sker ligesom lidt i ens liv, når man kommer her.” (ibid.: 6)

Værestedet opfylder i den forstand nogle helt basale behov og skaber en tidsmæssig struktur i Finns hverdag. Ud fra den betragtning, og i forhold til hans tidligere tilværelse som misbruger, så er hans liv i dag *sådan set fint nok*, som han siger. Men da jeg spørger ind til forventningerne til fremtiden, bliver det tydeligt, at hans liv i øvrigt er uden narrativ sammenhæng:

”(lang tænkepause) jamen, jeg har sådan set ikke... jeg har sådan set ikke nogen forventninger til fremtiden. Det kunne være fint, hvis man kunne få et lille job et eller andet sted, men... de hænger jo ikke på træerne, og der er jo arbejdsløshed rundt omkring og sådan noget.” (ibid.: 11)

Dette fravær af sammenhæng og mening i livet, indikerer at Finn ikke har rekonstrueret sin narrative identitet efter sindslidelsens fremkomst. Men efter alt at dømme er han heller ikke blevet tilbudt de narrative redskaber til at gøre det.

Ved første øjekast lader Finn måske ikke til at leve en kaotisk tilværelse, men ikke desto mindre indeholder hans sygdomsnarrativ alle de egenskaber, der er karakteristisk for det levede kaos. Forskellen fra de to andre er blot, at kaoset udelukkende manifesterer sig som diskontinuitet og uforudsigelighed i Finns ydre livssituation, og stort ikke er at spore i hans indre oplevelse af sindslidelsen. Dette kan dog tænkes at hænge sammen med deres forskelligartede håndteringsmåder, for i modsætning til Susan og Niels, der aktivt forsøger at ændre deres kaotiske tilværelse, synes Finn i højere grad at affinde sig passivt med de aktuelle livsomstændigheder. Han stræber således hverken efter at få det bedre, opnå kontrol over lidelsen eller finde mening med livet, men tager i stedet en dag af gangen og lever med uforudsigeligheden. Derfor er Finns sygdomsnarrativ et kaos-narrativ.

Opsamling – fællestræk i kaos-narrativerne

Til trods for de åbenlyse forskelle i de tre sygdomsnarrativer, er der også væsentlige fællestræk, som er relevante at opsummere. Det står for det første klart, at sindslidendes sygdomsnarrativer undertiden tager form af kaos-narrativer, og kan give sig til udtryk som et overartikuleret eller underartikuleret kaos. Kendetegnede for dem alle er dog, at de er anti-narrativer. De mangler de elementer, som kræves for at have et velformet narrativ, hvorfor de heller ikke har en

sammenhængende identitet. Det levede kaos gør det således umuligt for dem at rekonstruere en identitet; det herskende og altfortærende kaos forlanger al opmærksomhed og nægter dem den nødvendige distance til at kunne reflektere over deres liv.

I dette lys bliver behovet for alternative narrativer fremtrædende og de sociale omgivelser får afgørende betydning. Men her gælder det for alle tre sindslidende, at de ikke har haft et narrativ at støtte sig til i deres meningsskabelse, enten fordi de aldrig er blevet tilbudt et eller fordi de har afvist det specifikke narrativ, psykiatrien har tilbudt. Dette afspejler sig ikke mindst i de manglende vendepunkter, som vanligt markerer overgangen til et nyt selv-narrativ. Efter alt at dømme har de heller ikke andre sygdomsarenaer end psykiatrien, hvorigennem de kan tilegne sig narrative redskaber og forhandle deres identitet, da eksempelvis familie og venner er yderst fraværende i narrativerne, når det kommer til at skabe mening i lidelsen. Derfor henvises de til et narrativt ingenmandsland, når psykiatrien ikke hjælper dem til at konstruere et meningsskabende selv-narrativ. I forlængelse heraf er det værd at hæfte sig ved, at Niels og Susans modstand mod psykiatriens narrativ ikke lader til at hænge sammen med fornægtelse af sygdommen – som det ofte bliver fortolket – men snarere skyldes, at narrativet ikke giver mulighed for restitution. De ønsker med andre ord at blive raske og den identitetsmulighed er ikke at finde i psykiatrien.

Konsekvenserne af kaos-narrativet er evidente. De tre sindslidendes tilværelse er præget af mangel på kontrol over den psykiske lidelse, og for den sags skyld også alle andre forhold i livet, som følge af de ingen kontinuitet og forudsigelighed har i hverdagen. Lidelsen kan fra den ene dag til den anden dukke op og invalidere deres verden fuldstændig. I den forbindelse synes familien (Susan) og værestedet (Niels og Finn) imidlertid at spille en altafgørende rolle, fordi de sikrer et minimum af struktur i hverdagen, og dermed gør det muligt for den sindslidende at handle til en vis grad. Det bemærkelsesværdige er dog, at det i og for sig ikke er de patologiske oplevelser, der skaber kaos i deres liv – som man ellers nok ville forvente – men i højere grad er fraværet af en meningsfuld narrativ tolkningsramme. Kaoset består således snarere i den manglende narrative sammenhæng, som afholder dem fra at have retning i livet og skaber udsigt til, at livet aldrig vil blive bedre. Kaos-narrativet konstruerer altså en identitet præget af menings- og magtesløshed.

Quest-narrativet

I dette afsnit fokuserer jeg på fire af de otte sindslidendes sygdomsnarrativer, hvilke alle kan defineres som quest-narrativer. Det er dog væsentligt først at gøre opmærksom på, at de hver især befinder sig på forskellige stadier i deres sygdomsforløb, hvorfor deres narrativer også adskiller sig

fra hinanden på en række punkter. Som det vil fremgå, er der på den måde både ligheder og forskelle i deres oplevelse og håndtering af lidelsen, selvom de benytter sig af den samme narrative type.

Anja: "Jeg ville slet ikke have undværet den tid"

Anja er 37 år, gift og har to små børn. Hun er vokset op i en stærkt indremissionsk familie, hvilket ifølge hende selv *fyldte nogle ting i rygsækken*. Som følge deraf har hun i mange år haft et meget konfliktfyldt forhold til sine forældre, men de omgås nu på en mere afslappet måde. Derudover har hun tre søskende, hvoraf de to ikke er inde i billedet, men til gengæld har hun et tæt forhold til den sidste søster. Hendes sygdomsnarrativ begynder officielt i år 2000, da hun en aften sidder med en flaske vin og 50 sovepiller, som hun vil begå selvmord med, men beslutter sig for at ringe til Psykiatrisk Døgnvagt og fortælle, at hun har det skidt og føler sig forfulgt, ud fra følgende begrundelse: *Jeg var jo egentlig godt klar over, at det her det er ikke rigtigt. Det virkede rigtigt, men jeg vidste også godt et eller andet sted, at det her det er ikke rigtigt* (Anja: 3). Retrospektivt mener hun altså, at hun allerede på dette tidspunkt vidste, at hendes oplevelser var patologiske, hvilket fik hende til at opsøge hjælp.

Herefter indlægges hun på en lukket psykiatrisk afdeling og får i 2001 stillet diagnosen skizofreni¹¹ samt tilkendes førtidspension, med beskeden om at hun skal være svingdørspatient resten af livet. En besked, Anja ulykkeligt tager til sig, men som hendes mand derimod ikke vil acceptere, hvorfor han protesterer kraftigt, da behandlerne ikke vil tilbyde hende andet end medicinsk behandling. Dette resulterer i, at hun får en psykoterapeut. De efterfølgende år præges af fortsat symptomforværring, et stigende alkoholmisbrug og adskillige genindlæggelser, indtil hendes mand får arrangeret, at hun kan flytte ind på et trænings- og bosted. Anja beskriver sin tilstand på daværende tidspunkt:

"Og da jeg kom derud, jamen jeg turde ikke gå i bad. Jeg var sikker på, jeg blev skyllet ud i brusehullerne og blev opløst, så det var mere eller mindre tvangsbadning næsten, når jeg var i bad. Jeg turde ikke at gå udenfor en dør. Jeg kunne ikke finde ud af at vaske op, jeg kunne ikke finde ud af at vaske tøj. Jeg

¹¹ Skizofreni dækker over en lang række symptomer, som varierer fra person til person, hvoraf de mest karakteristiske er hallucinationer og vrangforestillinger. Derudover optræder der ofte såkaldt negative symptomer, såsom sløvhed, apati og isolation (Bertelsen & Munk-Jørgensen 1998: 33ff).

kunne reelt ikke rigtig finde ud af noget som helst, andet end at drikke engang imellem eller ryge en cigaret og drikke en kop kaffe." (ibid.: 5)

Hun levede med andre ord en særdeles passiv tilværelse i begyndelsen af opholdet, hvor hun ikke var i stand til at handle og klare selv de mest basale hverdagsopgaver. Personalet på bostedet og psykoterapeuten, som hun stadig gik i behandling hos, påbegyndte derfor en intensiv kognitiv terapi, hvorigennem de forsøgte at vende Anjas negative og selvdestruktive tolkningsmønstre. Anjas overbevisning på dette tidspunkt var, at lidelsen var Guds straf over hende, fordi hun havde gjort noget meget forkert (ibid.: 15). Med den daværende årsagsforklaring var hun altså underlagt en selvforskyldt skæbne, som hun ikke kunne undslippe og derfor var nødsaget til at affinde sig med.

Betragtet på en anden måde kan man sige, at personalet og psykoterapeuten med den kognitive terapi startede en forhandling af hendes meningsskabelse omkring sindslidelsen, med henblik på at tilbyde hende et andet narrativ, end det hun hidtil havde benyttet til at skabe mening. Følgende passage illustrerer denne forhandlingsproces:

"(...) jeg kunne blive ved med at hænge fast i, "jamen kunne du ikke godt se, nu når det er sådan, at jeg har gjort *det*, og så kan du jo godt forstå, at så sker der den reaktion og den reaktion" - jeg kunne godt få den forklaret derud, at i min verden så var det *meget* logisk den her forklaring, at det var jo min skyld det her. Og hun begyndte egentlig bare til sidst at sige "Stop den der grammofon". Og det virkede endelig i sidste ende ret godt det der med at "Stop den. Du har ikke noget med det at gøre", i stedet for at diskutere det med mig." (ibid.: 6)

På den måde nægter psykoterapeuten at validere det selv-narrativ, som Anja fremstiller, og tilbyder hende i stedet en narrativ identitetsmulighed, der fjerner den umyndiggørende oplevelse af skyld. Dette tilbud tager Anja imidlertid ikke imod, førend hun en dag bliver voldtaget af en bekendt og følgelig beslutter sig for, at hun ikke længere vil være et nemt offer (ibid.: 7f). Oplevelsen bliver således et vendepunkt, i kraft af den leder hende frem til dette ræsonnement:

"Nu tager jeg ansvaret for mig eget liv. Nu venter jeg ikke længere på, at der er en, der knipser med fingrene, så er alt godt. Nu venter jeg ikke længere på, at den ideelle pille var opfundet, og jeg bare kunne tage den og alt var væk. Nu venter jeg ikke bare på, at den ved siden af tager kampen og gør det for mig. Nu tager jeg kampen selv". (ibid.: 14f)

Dermed går hun fra at være et passivt offer uden kontrol over sit eget narrativ til at blive en beslutsom aktør med et ønske om at være aktiv skaber af selv-narrativet. Ifølge hende selv begynder hun efterfølgende at blive mere motiveret for behandlingen, hvad der medfører, at hun åbner sig op og lytter til psykoterapeuten i langt højere grad end tidligere (ibid.: 8). Begivenhedens skelsættende karakter består derfor reelt i, at Anja forkaster sin hidtidige narrative identitet, og derefter bliver modtagelig for alternative narrativer, der kan give hende en mere handlekraftig rolle i formuleringen af selv-narrativet. Siden har hun været i en vedvarende udviklingsproces, hvor hun i korte træk er blevet symptomfri, er trappet ud af al sin medicin, har fået to børn, er blevet engageret i en række recoveryprojekter for sindslidende og senest har fået et skånejob. Især arbejdet har været en positiv faktor i hendes liv, da det giver hende et samtaleemne i sociale sammenhænge samt en følelse af, at hun er mere end en diagnose (ibid.: 25, 27).

Anja betragter således den kognitive terapi som et nyttigt redskab, (...) *fordi den er god til at gå ind og reflektere over tingene, lære hvordan kan jeg egentlig tænke anderledes* (ibid.: 18). Den kognitive terapi har med andre ord givet hende mulighed for at reflektere over sit narrativ og konstruere det på en måde, der for hende er mere meningsfuld, og som efter alt at dømme bevirker, at hun kan agere aktivt i hverdagen. Hun italesætter heller ikke længere sin lidelse som en straf fra Gud, men har en klar - om end kompleks - årsagsforklaring, der kombinerer biologiske og psykosociale faktorer (ibid.: 1ff, 21f). En årsagsforklaring, der i øvrigt indikerer, at hun har brugt det biopsykosociale narrativ¹² til at skabe mening med den psykiske lidelse, da den stemmer overens med den såkaldte stress-sårbarhedsmodel¹³, som man opererer med inden for psykiatrien. I forlængelse heraf ser hun medicin som nødvendig, idet den er en forudsætning for overhovedet at kunne tage terapien til sig (ibid.: 16).

I relation til den psykiske lidelse betyder dette, at Anja oplever en kontrol, som hun ikke havde tidligere. Med hendes egne ord er hun ikke længere bange for sine nedture, fordi det har alle mennesker fra tid til anden. Alligevel er hun kontinuerligt nødt til at være opmærksom på, om hun

¹² Med betegnelsen 'det biopsykosociale narrativ' henviser jeg til den model, som antager, at psykisk lidelse skyldes en kombination af biologiske, psykologiske og sociale faktorer.

¹³ Stress-sårbarhedsmodellen antager, at mennesker har forskellige grader af sårbarhed i forhold til at udvikle en psykose, hvilket ofte er genetisk bestemt. Nogle er på den måde meget sårbare overfor ydre stress, og udvikler relativt nemt en psykose, mens der hos andre skal mere stress til at fremkalde en psykose (Hansen 2009: 252).

foretager sig for meget, og indimellem forebygge ved at tage en fridag, hvor hun ingenting laver, *for at det ikke skal rable igen* (ibid.: 24). Hun forklarer:

”(...) altså det sagde både psykiater og psykoterapeut i hvert fald, så jeg må regne med, at jeg er nødt til at stole på dem, når de siger det, at stress det er min værste fjende - at det var det, jeg skulle passe allermest på livet igennem, det var stress. Og så må jeg sige, jamen... det skader i hvert fald ikke at lytte til det, og så sige, jamen jeg skal passe på mig selv.” (ibid.: 24)

Det tyder altså på, at det narrativ, som hun i samspil med sine behandlere har konstrueret, ikke levner mulighed for fuldstændig remission; lidelsen vil altid kunne vende tilbage, hvis blot hun udsætter sig selv for tilstrækkelig stress. Dette synes naturligt nok også at påvirke hendes fremtidsplaner. Hun giver således udtryk for, at hun ikke påtænker at frasige sig sin førtidspension, på trods af et ønske om at uddanne sig, da hun ikke tør løbe den risiko det er at skulle forsørge sig selv. Førtidspensionen giver hende en sikkerhed og lader hende bestemme tempoet i hverdagen (ibid.: 12). Dermed lader hendes nuværende narrativ til også at indskrænke handlemulighederne, i kraft af den indbyggede risiko for at skizofrenien vender tilbage. Anja selv oplever dog næsten udelukkende sygdomsforløbet og den medfølgende selvudvikling som positiv: *på mange måder så ville jeg slet ikke have undværet den tid, altså jeg kunne godt have undværet mange af tingene, men det jeg har lært af det, det ville jeg ikke have undværet* (ibid. 23).

Betragtet i sin helhed må Anjas sygdomsnarrativ karakteriseres som et arketypisk quest-narrativ. Dette kommer særligt til udtryk i hendes vedvarende brug af krigs-metaforer, som også er at finde i nogle af de ovenstående citater. Hun beretter således både om den *kamp*, hun måtte tage, og om stress som en *fjende*, hun til stadighed skal tage sig i agt for. Sådanne metaforer er med til at give sygdomsforløbet karakter af en 'quest' – en lang rejse fuld af prøvelser, som hun skulle overvinde for at kunne genopstå som et nyt og stærkere menneske. Narrativet skildrer da også en tydelig transformation fra at være en person, der passivt måtte affinde sig med de ydre vilkår, til at være en person, der aktivt konstruerer sin selvfortælling. I forlængelse heraf kan narrativet desuden karakteriseres som yderst velformet i forhold til de narrative konventioner. Det vil sige at den psykiske lidelse er blevet meningsfuldt inkorporeret og forbundet med øvrige begivenheder i hendes selv-narrativ, hvad der som illustreret er sket ved hjælp af det biopsykosociale narrativ. Og netop denne narrative sammenhæng synes at give Anja kontrol over lidelsen, således at hun opnår retning i livet og evne til at handle i hverdagen. Hendes accept af det biopsykosociale narrativ, og dermed den psykiske lidelse, har altså i den grad hjulpet hende til at skabe mening med lidelsen, hvorfor hun nu

også bruger sin sygdomsoplevelse til inspiration for andre. Af samme grund kan hendes quest-narrativ defineres som et manifest. Men samtidig indebærer hendes accept af dette narrativ tilsyneladende også en accept af visse identitetsbegrænsninger. Det er i den forbindelse sigende, at hun betegner stress som en fjende, da hun hermed personificerer den og skaber en opfattelse af, at den er en selvstændig aktør, som hun ikke kan styre. Dette er med til at tegne et billede af, at den psykiske lidelse fortsat begrænser hende, om end i et noget mindre omfang end tidligere.

Janni: "Jeg er blevet meget gladere"

Janni er en ung kvinde på 24 år. På tidspunktet for vores møde bor hun sammen med sin kæreste, som hun har været sammen med i cirka et år. De har i det store hele et godt forhold, men som hun selv siger, kan hun ikke lide at tørre sine problemer af på ham (Janni: 3). Hendes barndom var præget af konstante flytninger og en alkoholisk mor, der havde skiftende mænd, hvorfor hun den dag i dag har et problematisk forhold til sin familie. Dog har hun en søster, som hun er tæt med og ofte søger råd hos. Allerede som 15-årig bliver hun sendt til forskellige psykologer på grund af de mange problemer derhjemme, men hun er på dette tidspunkt ikke interesseret i at snakke med dem og synes ikke de hjælper hende. Dernæst i 2008 kommer hun i behandling i forbindelse med et selvmordsforsøg og får her stillet diagnoserne emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse, impulsiv type, og skizoid personlighedsforstyrrelse¹⁴, hvilket hun imidlertid ikke bliver informeret om. Dette finder hun først ud året efter, da både hendes søster og daværende praktikplads opfordrer hende til at finde ud af, om hun har borderline, fordi de har en stærk mistanke herom. Hun fortæller, hun i lang tid havde benægtet, at der skulle være noget galt, men da hun fik besked om diagnosen var det en lettelse, fordi, som hun siger: *jeg havde til sidst indstillet mig på, at nå ja, jamen hvis der er noget galt med mig, så er der jo noget galt med mig* (ibid.: 9).

I første omgang bliver Janni alene tilbudt medicinsk behandling, hvilket hun afslår. Hun mener nemlig, at hun har brug for noget helt andet:

"Jeg kunne godt have tænkt mig, at da der blev fortalt, at der er det her galt med dig, jamen så få en manual og så sige, jamen så skal du gøre sådan og sådan, og så

¹⁴ Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse, tidligere kendt som borderline, manifesterer sig som en unuanceret og uhensigtsmæssig adfærd og indebærer desuden impulsivitet og ustabile følelser, når det er af den impulsive type. Skizoid personlighedsforstyrrelse er kendetegnet ved nedsat evne til at udtrykke følelser samt indesluttethed (Bertelsen & Munk-Jørgensen 1998: 85f).

skal det hele nok bliver godt igen... eller godt... I stedet for "Nå ja, du fejler det her. Kan du hygge dig". Fordi jeg havde meget store problemer med at slæbe mig ud af sengen om morgenen, og jeg vidste ikke rigtigt, hvad jeg skulle give mig til, og jeg vidste ikke, om jeg kunne få en uddannelse. Og der var ikke rigtig nogen, der sådan kunne give mig nogle svar på, jamen hvad kan jeg så. Og min storesøster blev ved med at sige, at mange mennesker, der har en lidelse, jamen de er meget intelligente mennesker - hvad kan jeg bruge det til, hvis jeg så ikke kan tage en uddannelse, fordi jeg ikke kan komme op om morgenen, og fordi jeg kommer i klammeri med dem i skolen, og fordi jeg ikke kan tage mig sammen til at lave lektier osv.? Eller hvis jeg så endelig får taget en uddannelse, kan jeg så klare at være på arbejdsmarkedet? Sådan... Hvad så?" (ibid.: 9)

Set ud fra et narrativt perspektiv kan dette tolkes som en søgen efter et narrativ, der kan hjælpe hende i den narrative rekonstruktion, som det biografiske brud – diagnosen – har nødvendiggjort. Hun har accepteret sin sindslidelse og oplever nu behovet for at skabe mening på ny, men mangler de narrative redskaber til at gøre det. Altså savner hun narrativ sammenhæng og det medfører manglende retning i livet samt en tilstand af handlingslammelse.

I den efterfølgende tid fortsætter hun således med at leve en usammenhængende og asocial tilværelse med en forestilling om, *at i morgen blev altid bedre - så skete der et eller andet mirakel i morgen, et udefinerbart mirakel* (ibid.: 15). Hun forventede på den måde, at livet på overnaturlig vis ville ændre sig til det bedre en dag, hvorfor hun indtog en passiv rolle i sit selv-narrativ. På et tidspunkt begynder hun imidlertid at se en psykolog, som i modsætning til de andre psykologer, hun igennem tid har været hos, giver hende konkrete værktøjer til at kunne revidere livet. Janni mener derfor, at psykologen og søsteren, som er optaget af psykologi, har haft afgørende indflydelse på hende:

"(...) de har forstået en eller anden måde at hjælpe mig videre på og kunne give mig nogle redskaber til at sige "I stedet for at du siger eller du gør sådan her, så er det bedre at du gør eller siger sådan her". Og de forklarer, hvorfor de gør det, fordi jeg har behov for at vide hvorfor. (...) I stedet for, at der bare bliver jernet derudaf, og så sidder jeg med 117 spørgsmål, som jeg alligevel ikke får svar på, fordi der er ingen, der kan give mig svar på dem, og jeg skal selv ud og jage dem i 1000 år, før jeg får de svar jeg har behov for." (ibid.: 12)

Psykologen og søsteren stillede med andre ord et alternativt narrativ til rådighed, som Janni kunne bruge i fortolkningen af sine oplevelser, med henblik på at konstruere et mere progressivt selv-narrativ. Et narrativ, der gav hende svar på førnævnte identitetsspørgsmål, og i den forstand etablerede sammenhæng mellem hendes fortid, nutid og fremtid, således at hun fik en følelse af kontrol over tilværelsen. Samtidig står det klart, at Janni ikke blot har overtaget disse narrative redskaber ureflekteret, da det var vigtigt for hende at få en begrundelse. Det tilbudte narrativ skulle nødvendigvis fremstå meningsfuldt for hende, før hun ville benytte sig af det i konstruktionen af sit selv-narrativ. Dette understøtter den narrative teoris tese om, at individets narrative identitet skabes i forhandling.

Diagnosen og det narrativ, som følgelig er blevet tilgængeligt for Janni, har dermed skabt mulighed for, at hun kunne omfortolke sin livsfortælling og har givet en kausalforklaring på hendes problemer. Tidligere havde hun svært ved at forstå, hvorfor hun ikke var normal, som hun selv betegner det, og hvorfor hun ikke kunne leve op til forventningerne: (...) *jeg troede, at jeg skulle leve op til, hvad hedder det, alle de her krav, og jeg kunne ikke forstå, hvorfor jeg ikke kunne leve op til dem* (ibid.: 10). Men med den psykologiske forklaringsmodel, som hun efter alt at dømme har skabt sit selv-narrativ efter, kan hun nu forstå og forklare det: *hovedårsagen til at du får det, så vidt jeg har kunnet læse mig frem til, at det er omsorgssvigt* (ibid.: 5). På den måde kan hun i dag fremstille et validt narrativ, både over for sig selv og andre. Mødet med psykologen kan derfor siges at være et vendepunkt i Jannis narrativ, i kraft af det har tilvejebragt en tilværelsestolkning, som giver sammenhæng i hendes liv.

Det nye selv-narrativ har endvidere gjort det muligt for hende at handle målrettet og skabe en struktureret hverdag, hvor hun blandt andet formår at passe sin ungdomsuddannelse - noget hun havde særdeles vanskeligt ved tidligere – og føler sig langt gladere end førhen (ibid.: 15f). Nu påtager hun sig nemlig ikke så mange opgaver og stiller ikke for høje krav til sig selv:

”Og jeg tænker meget over, at det kan godt være en normal person kan 117 ting på en dag, men det kan jeg ikke overskue. Så jeg laver en liste, eller en overskuelig liste, og så når jeg de ting, jeg kan, og så gør det ikke noget, hvis jeg ikke når alle sammen - og så er jeg stolt af mig selv for at have nået de ting. (...) I stedet for, at tage det som en selvfølge, at i løbet af en dag så skal jeg rede sengen, støvsuge 117 gange, rede katten, handle ind, lave aftensmad (...) og jeg skal også lige nå at gå i skole, og lave lektier, og være sammen med vennerne og have et fritidsjob ved siden af.” (ibid.: 10)

Hendes narrativ indebærer altså en opfattelse af, at hun som sindslidende besidder flere begrænsninger end andre, hvilket betyder at hun må indstille sig på at kunne klare færre opgaver. Hun tager en ting af gangen og accepterer, hvis det ikke lykkes hende at gennemføre. Denne håndteringsstrategi anvendte hun eksempelvis for nylig i forbindelse med et fritidsjob: *Jeg havde et job sommeren igennem, for at se, jamen kan jeg det her. Det gik så ud over min skolegang, og så blev jeg så heldigvis fyret* (ibid.: 2). Endvidere narrativiserer hun sin fremtid herefter. Det vil sige hun har en række drømme, blandt andet om uddannelse, men risikoen for at hun ikke gennemfører og måske ender på førtidspension eksisterer allerede i hendes bevidsthed (ibid.: 17). Dermed kan man sige, at narrativet både fremmer og begrænser hendes muligheder.

Jannis narrativ er ikke et udpræget quest-narrativ, som Anjas, men ikke desto mindre indeholder det alle de karakteristika, der er forbundet med et sådant. Først og fremmest er det tydeligt, at Janni har accepteret sin sygdom, hvis ikke ligefrem omfavnet den, og søgt at bruge den til at ændre sit liv. Dernæst har hun gennemgået en transformation, som ligeledes fremgår klart af narrativet. Hun er således gået fra at leve en turbulent og afmægtig tilværelse til at agere aktivt og have struktur i hverdagen. Og igennem sygdomsoplevelsen har hun vundet den indsigt, at hun på grund af lidelsen ikke skal leve op til de samme normer som andre mennesker, men derimod skal begrænse sine aktiviteter og kontinuerligt vurdere, hvorvidt hendes planer er overkommelige. Hendes narrativ udelukker på den måde visse handlemuligheder, lige så vel som det tilsyneladende fremmer andre, da hun nu har lettere ved at fungere i dagligdagen. Jannis 'quest' består dermed ikke i en dramatisk forvandling, der kræver andres opmærksomhed, men i højere grad i en forandring af tilværelsen, som den psykologiske sygdomsmodel har gjort mulig. I den forstand minder hendes narrativ om erindringen, hvori fortælleren beretter om en vellykket integrering af lidelsen. Narrativet lever desuden op til konventionerne, det vil sige fremstår meningsfuldt og sammenhængende, i lige så høj grad som Anjas narrativ.

Louise: "Det er lidt som at blive født igen"

Louise, som i dag er 26 år og førtidspensioneret, har siden hun var 17 brugt det meste af sin tid på diverse psykiatriske afdelinger og bosteder. Nu bor hun imidlertid i lejlighed sammen med sin kæreste, som hun har kendt i cirka et år, og som har spillet en usædvanlig vigtig rolle i hendes sygdomsnarrativ. Hendes barndom var med egne ord *ekstremt kaotisk*, hvilket har medført, at hun i dag kun har sporadisk kontakt til sin mor og ingen kontakt til sin far. Selve sygdomsnarrativet tager som sagt sin officielle begyndelse da hun som 17-årig bliver indlagt med en psykose på en lukket

psykiatrisk afdeling, efter at have forsøgt selvmord, men de psykiske problemer opstod reelt mange år forinden, fortæller Louise. Ved indlæggelsen bliver hun øjeblikkeligt sat i medicinsk behandling, dog går der flere år før hun får den egentlige diagnose - paranoid skizofreni samt borderline personlighedsforstyrrelse¹⁵. Årene efter den første indlæggelse har Louise vanskeligt ved at narrativisere sammenhængende, men der tegner sig alligevel et stærkt kaotisk, nedadgående narrativ med konstante genindlæggelser, utallige selvmordsforsøg, selvskade, stofmisbrug og lignende – et narrativ, der fortsætter i dette mønster i de efterfølgende 8 år.

Da Louise første gang indlægges på en psykiatrisk afdeling, har hun svært ved at skabe mening i sine patologiske oplevelser: (...) *da jeg så blev indlagt første gang, så kunne jeg ikke forstå, hvorfor jeg havde det sådan her, fordi alle de her ting, der var sket i min fortid, det troede jeg var normalt* (Louise: 21). Dette korte uddrag af fortællingen kan indikere, at årsagen til hun ikke kunne skabe mening var, at hun ikke havde de nødvendige narrative redskaber. Set ud fra den tolkningsramme, hun havde på daværende tidspunkt, virkede hendes fortid nemlig ikke skadelig, hvorfor hun ikke kunne etablere en årsagssammenhæng mellem hendes psykiske lidelse i nutiden og den destruktive opvækst i fortiden, og dermed heller ikke konstruere et meningsfuldt narrativ. Hun manglede altså et alternativt narrativ til at skabe sammenhæng i sin selvidentitet, og dette resulterede i en diskontinuerlig tilværelse.

Men et sådant narrativ blev hun ikke tilbudt af psykiatrien, eller som hun selv siger det, hun fik ikke tilbud om, *at konfrontere de virkelige ting* (ibid.: 23). Hun havde oplevelsen af, især efter hun fik diagnosen skizofreni, at hun blev opgivet og alt terapi forsvandt (ibid.: 8f). Dog fortæller hun om en psykolog, som hun så i forbindelse med den første indlæggelse, men her fandt hun efter eget udsagn frem til *en helt anden historie* (ibid.: 21). Således begyndte hun at få visse erindringer om seksuelt misbrug da hun var barn, og selvom hun havde svært ved at forstå disse erindringer, nåede hun i samspil med psykologen frem til, at det måtte være årsagen til hendes psykiske lidelse. Og denne historie troede hun selv på i lang tid, siger hun, selvom den tilsyneladende ikke var sand. En lidt forsigtig hypotese i denne sammenhæng kunne være, at hun konstruerede lige præcis dette narrativ, fordi seksuelt misbrug hører til de mere gængse forklaringer på psykisk lidelse, altså er en kulturelt tilgængelig sygdomsforklaring, og sandsynligvis tæller som et validt narrativ i psykologens øjne. Det

¹⁵ Med paranoid skizofreni menes, at den sindslidende domineres af hallucinationer og vrangforestillinger, mens emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse, borderline type, er kendetegnet ved en usikker identitetsfølelse, ustabile forhold til andre, selvdestruktivitet, tomhedsfølelse og vanskeligheder ved at være alene (Bertelsen & Munk-Jørgensen 1998: 36, 86).

vil sige, at, da Louise skulle finde mening med lidelsen, benyttede hun en af de sygdomsforestillinger, hun i forvejen havde til rådighed, og som virkede troværdig på både hende selv og psykologen, hvilket resulterede i, at hendes narrative selvfremsstilling blev anerkendt og ikke forhandlet yderligere. Dette kan dog ikke valideres på baggrund af Louises sygdomsnarrativ alene.¹⁶ Men om ikke andet tyder det på, at det ikke er ligegyldigt, hvilket narrativ man som sindslidende skaber omkring sin lidelse, eftersom det narrativ, Louise konstruerede på dette tidspunkt, ikke ændrede hendes situation.

Louise fortsatte som sagt med at blive dårligere de efterfølgende 8 år, men så skete der imidlertid en dramatisk forandring, da hun mødte sin kæreste for cirka et år siden. Han fik hun øjeblikkeligt et meget tillidsfuldt forhold til, hvad der gjorde, at hun kunne dele sin livsfortælling. Hun fortæller det selv på følgende måde:

"Og faktisk lige pludselig, så kunne jeg fortælle... hele mig selv... som jeg aldrig nogensinde i mit liv har gjort før. Der er aldrig nogensinde nogen der har kendt *mig*, som hvordan jeg *egentlig* er, og hvad der egentlig er sket i min fortid og sådan. Men det fortalte jeg ham, uden at han blev skræmt af det eller noget. Han begyndte bare at snakke, så det endte med at vi snakkede *hele* tiden... nætter og dage, og jeg *ved* ikke hvor lang tid... Jeg ved ikke engang, hvordan jeg skal forklare det her år mand, men det har været det sindssygeste år *nogensinde* i mit liv, fordi at jeg har skullet tage de vildeste kampe og sådan nogle ting." (ibid.: 12)

Og senere:

"Så begyndte jeg at snakke med min kæreste om det, fordi faktisk han spurgte mig, om vi ikke skulle begynde at snakke om det, om hvad der egentlig var sket og hvad der ikke var sket, fordi jeg før havde sagt, at jeg ved faktisk ikke, hvad der er sket og hvad der ikke er sket. Så begyndte vi at snakke om det, og så begynder han at spørge til min fortid ellers, og jeg begynder så at fortælle det, og begynder bare at fortælle det sådan normalt, så siger han bare "Det der er altså ikke normalt. Det er ikke normalt at have en barndom der er på den der måde". Og så

¹⁶ Det bør imidlertid nævnes, at en af de andre interviewpersoner også opererer med forestillingen om seksuelt misbrug som årsag til psykisk lidelse. Således var hendes umiddelbare tanke, da hun fik sin diagnose, at det kunne hun ikke forstå, *fordi jeg er jo ikke blevet seksuelt misbrugt eller noget, som man hører ofte* (Susan: 12).

begynder jeg sådan "Gud nej, det er sgu da rigtigt". Når jeg tænkte sådan, når jeg ser på andre børn eller andre veninders familier, så kan jeg godt se "okay, det var vist ikke helt sådan det skulle være". Så begynder jeg sådan at forstå ting." (ibid.: 21)

Louises kæreste bliver på den måde et vendepunkt i hendes liv. Han begynder at forhandle selv-narrativet med hende og tilbyder hende i denne proces en anden tolkningsramme, hvormed hun kan skabe sammenhæng mellem fortiden og nutiden. Som illustreret, justerede denne tolkningsramme hendes opfattelse af fortiden og gjorde det muligt for hende at konstruere et nyt og mere meningsfuldt narrativ, hvilket meget rammende kommer til udtryk i metaforen om, at hun lige pludselig kunne *fortælle hele sig selv*. Louises identitetsforhandling med kæresten adskiller sig i den forstand ikke væsentligt fra et terapiforløb mellem patient og psykolog, og den sygdomsforståelse, de sammen har konstrueret, læner sig da også tæt op af gængse psykologiske årsagsforklaringer. Med undtagelse af hendes stærke afstandtagen til al den medicin, hun tidligere har fået, bærer hendes sygdomsnarrativ desuden præg af, at hun igennem tiden har internaliseret elementer af det biopsykosociale narrativ. For eksempel tolker hun sine tidligere psykoser som en virkelighedsflugt, og hun har en klar forestilling om, at hendes nuværende symptomer er udløst af stress (ibid.: 15, 23). De forklaringsmodeller, man arbejder med inden for psykiatrien, har med andre ord en magtfuld indvirkning på de kulturelle sygdomsforestillinger.

Efter at have konstrueret det nye selv-narrativ i samarbejde med sin kæreste, blev hun motiveret for at komme af med medicinen, som længe havde genereret hende på grund af dens bivirkninger. Hun startede derfor med at trappe ud af den sammen med en psykiater og endte med at trappe helt ud af den selv, hvilket var hårdt, men efterhånden begyndte hun at få det bedre. Da hun så havde været medicinfri i noget tid, fortalte hun det henholdsvis til sin psykiater og sin socialrådgiver, men begge svarede (uafhængigt af hinanden), at hun blot var inde i en god periode og ville få brug for medicin igen på et tidspunkt (ibid.: 13, 15). De professionelle modarbejder på den måde hendes nye selv-narrativ, i modsætning til at validere det, og forsøger at fastholde hende i identiteten som sindslidende – om end formentlig uintenderet. Hermed opstår der konflikt imellem illness og disease, det vil sige mellem den sygdomsforståelse, som Louise og kæresten har konstrueret, og de professionelles opfattelse af hendes lidelse og håndteringsmuligheder. Det understreger, at selv-narrativet kan forhandles på forskellige sygdomsarenaer, og at de til tider skaber modsatrettede narrativer, som kommer i konflikt med hinanden. Som følge af denne konflikt, følte Louise, at hun blev nødt til at *melde sig ud af systemet, for at blive rask* (ibid.: 13). Hun fandt derfor på egen hånd

frem til en række håndteringsstrategier, der kunne hjælpe hende til at få det bedre. Blandt andet tog hun et opgør med familien, fordi hun havde fundet ud af, hvor negativ en effekt de havde på hende. Derudover er begyndt hun at træne i et fitnesscenter, da hun oplever, det giver motivation til at skabe forandring i tilværelsen. Med tiden blev de psykotiske symptomer således færre, men hun følte stadig behov for hjælp til at håndtere sin personlighedsforstyrrelse, hvorfor hun bad om at få terapi. Dette er distriktpsychiatrien netop gået med til ud fra en begrundelse om, at hun nu er klar til det (ibid.: 14ff).

I dag har Louise langt mere kontrol over sin psykiske lidelse, og hun er nu i stand til at agere i hverdagen og klare eksempelvis opvask og tøjvask, hvilket hun ikke kunne tidligere (ibid.: 22). Indimellem opstår der imidlertid stadig psykotiske symptomer, når hun bliver for stresset, men nu kender hun, ifølge hende selv, advarselssignalerne så godt, at hun ikke længere går i panik. Hun stopper blot alle aktiviteter og ringer til distriktpsychiatrien for at tale med en psykolog. Således droppede hun for nylig ud af en ungdomsuddannelse, som hun var begyndt på, på grund for meget stress i hendes liv. Da jeg spørger ind til hendes fremtidsplaner svarer hun følgende:

"(...) jeg har stadig sådan, at jeg føler ikke, jeg passer ind i samfundet. Men det er selvfølgelig også fordi jeg aldrig har lært at komme ind i samfundet. Jeg har altid levet af kontanthjælp eller førtidspension, bortset fra de der jobs, jeg har haft, men dem har jeg ikke haft særligt længe. Så jeg kan ikke forestille mig nogen ting, hvor jeg sådan tænker "Årh, det vil jeg rigtig gerne". Kun at jeg skal bruge mine egne erfaringer til at hjælpe andre. Det er bare det jeg rigtig gerne vil... på en eller anden måde. (...) Men det har jeg fundet ud af... jeg kommer aldrig til at kunne gennemføre en ungdomsuddannelse, det tror jeg ikke. Min hjerne er jo for langsom (griner). Jeg har ikke sådan den bedste hukommelse, og jeg kan ikke klare presset egentlig... i hvert fald ikke endnu." (ibid.: 23)

Hun har altså svært ved at forestille sig en fremtid med en konventionel livsstil, fordi hun aldrig er blevet integreret i samfundet. Man kan også sige, at hun på grund af den psykiske lidelse ikke har haft mulighed for at afprøve forskellige roller og opbygge sig en særegen identitet, som unge normalvis gør, hvorfor hun intet grundlag har i fortiden og nutiden for at skabe sig en fremtid – der er ingen unikke egenskaber eller kompetencer, der kan pege i en særlig retning. Den eneste identitet, hun egentlig har, er som sindslidende – hun har en uddannelse i sig selv, som hun siger – hvad der formentlig også er grunden til, at det er det eneste, hun kan se sig selv beskæftiget med i fremtiden. Foruden at hun tydeligvis brænder for at dele sin livsfortælling, og især det seneste år, som hun

betegner som det bedste i hendes liv, på trods af de mange hårde kampe (ibid.: 13). Derudover fremgår det i ovenstående, at hun ikke ser det som en mulighed at uddanne sig, da hendes psykiske lidelse stadig begrænser hende. Alt i alt kan det konkluderes, at hun stadig savner narrative identitetsmuligheder.

Louises narrativ er på mange måder et typisk quest-narrativ. Dette ses blandt andet ved at kampmetaforen hyppigt anvendes, ligesom i Anjas narrativ, til at beskrive sygdomsforløbet og den identitetsforandring, der er sket. Hun beretter således om at være blevet transformeret igennem sygdomsoplevelsen, hvilket hun oplever som, at hun er blevet født igen. Ligeledes lader hun til at have fundet frem til sit sande jeg med opdagelsen af den rette narrative sammenhæng i sit liv. Transformationen har været forbundet med adskillige kampe og konflikter med psykiatrien, hvorfor hun også ønsker at bruge sine erfaringer til at hjælpe andre. Dermed kan Louises narrativ karakteriseres som en blanding af automytologien og manifestet, eftersom hun både beretter om en personlig genfødsel og et ønske om at skabe social forandring. Med quest-narrativet har hun ydermere fået kontrol over sygdommen og forsøger nu aktivt at håndtere den, således at hun ikke vender tilbage til det kaos, hun tidligere befandt sig i. Dog synes den psykiske lidelse fortsat at skabe identitetsbegrænsninger, da hun har vanskeligt ved at narrativisere en fremtid.

Matilde: "Jeg har håb for fremtiden"

Matilde er 29 år. I øjeblikket bor hun sammen med sin mor, som hun flyttede hjem til, da hun for alvor begyndte at blive syg. Hendes mor har været en stor støtte igennem hele sygdomsforløbet, så vel som hendes søster, med hvem hun har et tæt bånd. Faren ser hun kun sjældent, og han har generelt ikke megen forståelse for hendes lidelse, hvilket efter hendes eget udsagn skyldes, at han er lidt af en knudemand. Hun har for nylig fået en kæreste, som betyder meget for hende, selvom deres forhold også givet anledning til en del bekymringer omkring fremtiden. Men for at starte ved begyndelsen, så skal vi ikke særlig langt tilbage i tiden, før Matilde første gang begynder at opleve symptomer. Faktisk er det kun nogle få år siden, hun begyndte at få en *forvrænget virkelighedsopfattelse* og *depressive dyk*, som hun selv kalder det. På dette tidspunkt bor hun for sig selv og er i gang med en videregående uddannelse, som imidlertid langsomt bliver sværere og sværere at passe, i takt med de patologiske oplevelser udvikler sig. Hun forsøger et par gange at hente hjælp hos sin læge, dog uden større held, hvorfor hun beslutter, at hun må klare sig selv. Det er svært for hende at finde ud af, hvad der egentlig er i vejen, men hun rationaliserer sig frem til, at det formentlig blot er stress og tager derfor blandt andet orlov fra studiet. De patologiske oplevelser tager imidlertid til, og

så en dag i 2009 kommer hendes søster på besøg – som i øvrigt også har haft en psykisk lidelse, men nu er rask – og hun kan med det samme se, at Matilde har det meget dårligt. Derfor tager hun hende med hjem til deres mor, som efterfølgende tager hende med på den psykiatriske skadestue. Her får Matilde at vide, at hun er på vej ind i en psykose, og de påbegynder behandling med anti-psykotisk medicin. Kort tid efter får hun stillet diagnosen udifferentieret skizofreni.¹⁷

Efter diagnosen er blevet stillet starter Matilde i et flerårigt ambulant behandlingsforløb, som tilbydes til unge, der skal i behandling for skizofreni for første gang. På dette tidspunkt har hun svært ved at se sin situation blive bedre: (...) *jeg havde negative tanker hele tiden. Og... tankerne gik i ring - det var sådan noget tankemylder. Så derfor så kunne jeg ikke... jeg var ikke i stand til sådan at tænke alternative tanker på det tidspunkt eller... se at det nok skulle blive bedre* (Matilde: 4). Hendes daværende narrativ lader således til at være låst fast i et negativt mønster, men som hun også giver udtryk for, har hun vanskeligt ved at finde alternativer til dette selv-narrativ, som kan skabe en bedre fremtid for hende. Dette bliver der imidlertid arbejdet på i behandlingen, hvor hun både er tilknyttet en læge, som står for medicinering og opfølgende samtaler, samt en sygeplejerske, der giver samtaleterapi regelmæssigt efter behov - især sidstnævnte har været en vigtig behandler. Matilde fortæller i det følgende om behandlingsforløbets start:

”(...) der [i starten] var jeg som sagt fuldstændig sortseende, og det var også det som de samtaler gik ud på meget, at få noget positivitet ind i mig, og... Jeg havde enormt svært ved at komme udenfor, komme udenfor døren. Så vi startede i det små, altså... hun introducerede mig for den her trappetrinsstige, som man kan have i sådan et behandlingsforløb, at man... man har nogle små sejre, og så kommer man videre.” (ibid.: 5)

Sygeplejersken introducerer hende altså for et andet narrativ, i form af trappetrinsstigen, som hun kan bruge til at udvikle sit selv-narrativ i en mere progressiv retning, for igen at kunne agere i det daglige. Dette hjalp hende dog ikke tilstrækkeligt, og efter noget tid bliver det hele pludselig for meget for hende, som hun beskriver det. Derfor beslutter hun i samråd med moren og sygeplejersken at lade sig indlægge, fordi de mente, at hun her kunne få mere konstant hjælp. Det viser sig i mellemtiden, at det ikke er tilfældet, hvorfor hun hurtigt udskrives sig selv igen. Oplevelsen

¹⁷ Diagnosen udifferentieret skizofreni stilles, når de generelle kriterier for skizofreni er opfyldt, men der ikke er nogle karakteristiske symptomer (Bertelsen & Munk-Jørgensen 1998: 36).

af at være indlagt er faktisk så ubehagelig for hende, at hun bestemmer sig for, hun i stedet må tage imod alt hvad sygeplejersken har af *hjælpemidler og psykologi: (...) jeg tog bare et valg om, at... selvom jeg følte angst ved at gå ned og hente posten eller gå ned med skraldespanden, så skulle jeg prøve at gøre det. Jeg skulle virkelig prøve at tage imod de redskaber, som min støtteperson kom med, og arbejde med dem* (ibid.: 6). I den forstand kan man sige, at hun mere af nød end lyst tager imod de narrative redskaber, som sygeplejersken tilbyder, men ikke desto mindre begynder hun på dette tidspunkt at tage dem til sig.

I forlængelse heraf får hun på et tidspunkt psykoedukation, hvad der tilsyneladende også er med til at gøre hende mere modtagelig for behandlingen: (...) *det satte en sygdomserkendelse i gang hos mig. Fordi de ting, de sagde som var symptomer, som jeg længe sådan havde benægtet, at det var sådan noget, hvor jeg godt kunne se det, de havde snakket om, og tænkte sådan "Nå okay, jamen så er der måske nok noget om det, at det er den diagnose, jeg har"* (ibid.: 16). Man kan sige, at psykoedukationen er med til at overbevise hende om, at behandlernes forståelse af hendes situation er korrekt, hvilket får hende til at acceptere den psykiske lidelse og tage imod behandlingen. På den måde overtager Matilde den professionelle sygdomsforståelse, disease, og bliver samtidig åben over for de narrative identitetsmuligheder, de tilbyder hende. Ligeledes afspejler accepten af dette biopsykosociale narrativ sig i hendes forståelse af årsagerne til den psykiske lidelse, da hun tilslutter sig stress-sårbarhedsmodellen, som hun med egne ord har lært meget af (ibid.: 17). Til gengæld har hun et ambivalent forhold til medicinen, som hun på den ene side ikke vil være afhængig af, men på den anden side ikke tør at træde ud af, fordi hun er blevet advaret mod det, og: (...) *et eller andet sted så må jeg jo tro på, hvad de siger - og det gør jeg også - at de vil mig det bedste* (ibid.: 18). Det kan således også være vanskeligt for Matilde at afvise behandlernes narrativ, når de "sælger" det på, at de kun vil hende det bedste - ikke mindst taget af betragtning af, at de har en særdeles tæt relation og i det hele taget er en fast støtte for Matilde. Hun stoler dermed på, at deres forståelse af lidelsen og håndteringsmåderne (disease) er mere valid end hendes egen (illness), hvilket blandt andet får hende til at tage medicinen.

Ikke desto mindre har det biopsykosociale narrativ, som hun altså har brugt i konstruktionen af sit selv-narrativ, tydeligvis gjort tilværelsen mere sammenhængende for Matilde, eftersom hun over en længere periode har udviklet sig til at kunne klare flere og flere hverdagsopgaver og senest er kommet i arbejdspraktik. Et arbejde, der i øvrigt betyder meget for hende, fordi det giver en anden identitet end at være syg, som hun siger (ibid.: 10). I øjeblikket holder hun imidlertid en kort pause fra arbejdet, da hun pludselig begyndte at få angstanfald igen, men det er allerede aftalt, hvornår

hun skal vende tilbage, og det ser hun frem til. Ifølge hende selv, skyldes disse angstanfald hendes kærlighedsliv og de mange identitetsspørgsmål, der følger heraf (ibid.: 10). Dette viser, at hun nu kan reflektere over sit eget narrativ og opretholde hverdagen, selv når hun oplever tilbagefald i relation til sindslidelsen. Med andre ord kan hun nu i vid udstrækning holde kaos på afstand. Alligevel står det dog klart, at hun endnu ikke oplever sig selv som rask, på trods af den synlige bedring. Med hendes egne ord kan man sige, at hun *stadigvæk famler* (ibid.: 15), men har lært, at hun *ikke skal kunne det hele* (ibid.: 17)

Med hensyn til fremtiden så indebærer Matildes nuværende selv-narrativ både muligheder og begrænsninger. Eller som hun selv forklarer det: (...) *jeg er kommet så langt til, at jeg har håb for fremtiden og jeg er positiv, øh... samtidig med at jeg også er realist og ikke har vilde drømme* (ibid.: 19). Håbet og positiviteten består således i, at hun nu tror på, hun nok skal blive bedre og fri for medicin en dag. Mens den såkaldt realistiske erkendelse af, at hun må opgive de vilde drømme, relaterer sig til, at hun ikke kan få den uddannelse, som hun ellers ønskede:

”Altså en stor kamel, jeg har måttet sluge, det er, at jeg nok aldrig får en universitetsuddannelse. Jeg tror ikke, at jeg har... øh... altså der er sket nogle hukommelsesskader og nogle koncentrationsskader efter min psykose, at jeg nok ikke *kan* koncentrere mig i lang nok tid, og slet ikke så meget selvstudie som det er. Det har jeg det fint med nu. Og så tænker jeg også sådan, at så må jeg prøve at finde en kortere uddannelse - jeg har jo stadigvæk nogle SU-klip tilbage - og så finde en uddannelse, hvor jeg sådan... allermest hvor jeg kan finde ud af at tage hensyn til mig selv, så der ikke sker et eller andet igen. Og især holde øje med mine advarselssignaler - hvis jeg begynder at trække mig ind i mig selv og ikke snakker med andre eller begynder at opleve noget mystisk.”(ibid.: 9)

Hun føler sig altså nødsaget til at afskrive en væsentlig del af sin tidligere narrative identitet og i stedet tilpasse livet efter de betingelser, som lidelsen opstiller. Dette havde hun i lang tid vanskeligt ved at affinde sig med, men hun har nu accepteret det. Dermed indebærer hendes selv-narrativ en implicit forestilling om, at hun aldrig vil blive helt rask igen, eller i alle tilfælde at den psykiske lidelse kan blive udløst, hvis ikke hun tager hensyn og tilrettelægger sit liv efter den.

Matildes narrativ adskiller sig fra de øvrige quest-narrativer, idet hun på sin vis befinder sig imellem to narrative typer. Hendes liv er stadig i nogen grad præget af diskontinuitet i hverdagen, ligesom der indimellem optræder symptomer på sindslidelsen, hvad der kunne indikere, at det er et kaos-

narrativ. Ligeledes kan man ikke udpege et klart vendepunkt, som man kan i de andre quest-narrativer. Alligevel har narrativet på mange andre områder de egenskaber, der kendetegner et quest-narrativ. Først og fremmest er det åbenlyst at hun har accepteret sin psykiske lidelse. Derudover tegner der sig konturerne af en transformation, i kraft hun er gået fra at være aldeles magtesløs og uden fremtid til at kunne fungere i det daglige og have håb. Alt tegner på, at denne transformation er sket ved hjælp af det biopsykosociale narrativ, som hun blev tilbudt af sine behandlere, og følgelig har formet sit selv-narrativ efter. Foruden den positive transformation, implicerer narrativet imidlertid også visse begrænsninger, hvilket har konsekvenser for Matildes anticiperede fremtid. Altså muliggør hendes narrativ en særlig identitet og begrænser samtidig andre. På nuværende tidspunkt er det vanskeligt at kategorisere Matildes narrativ, i og med det stadig er under udvikling, men det kan tyde på, at hun er på vej til at formulere en erindring, hvori det er lykkedes hende at inkorporere lidelsen i sit liv.

Opsamling – fællestræk i quest-narrativerne

Efter at have analyseret de fire quest-narrativer enkeltvis, er det nu muligt at samle op på, hvad de har til fælles, med henblik på at kunne identificere visse generelle tendenser i denne type narrativer. Allerførst er det værd at slå fast, at quest-narrativet tydeligvis er en af de narrativ typer, som sindslidende individer anvender, når de skal skabe mening i deres psykiske lidelse og rekonstruere deres identitet. Således er der i alle ovenstående sygdomsnarrativer gjort brug af de redskaber, som kendetegner quest-narrativet, det vil sige accept af lidelsen, transformation og kontrol - til trods for de er blevet brugt på forskellige måder i hver enkelt situation. Fælles for dem alle gælder det desuden, at narrativet er skabt ved hjælp af de sygdomsforestillinger, man arbejder med indenfor psykiatrien, hvad enten narrativet så er blevet til i samspil med psykiatriske behandlere eller familie og kæresten. Disse sygdomsforestillinger synes altså at være kulturelt udbredt i en sådan grad, at de også er blevet commonsense i den almene befolkning. I øvrigt virker det sandsynligt, at psykiatrien fremmer lige netop quest-narrativet, når man tager i betragtning, at målet med behandlingen typisk er at give den sindslidende redskaberne til at kontrollere og acceptere sindslidelsen samt hjælpe vedkommende til at opnå en selvstændig tilværelse (jf. problemfeltet: 3). Det foretrukne sygdomsnarrativ i behandlingspsykiatrien kan altså meget vel være quest-narrativet.

Konsekvenserne af at konstruere sin identitet efter quest-narrativet er både positive og negative. På den positive side transformeres den sindslidende fra at være passiv og resignerende til at tage ansvar for sit eget liv og aktivt konstruere mening i tilværelsen. Hun skaber selv forudsigelighed i relation til

den psykiske lidelse og bliver dermed i stand til at agere og klare de daglige opgaver. Med andre ord indretter hun livet på en sådan måde, at hun ikke dagligt skal frygte tilbagefald, således at hun kan leve en aktiv tilværelse. Dette er selvsagt en yderst fordelagtig konsekvens af quest-narrativet, som på ingen måde kan overvurderes, ikke mindst fordi de fire sindslidende oplever det som en afgjort forbedring af deres liv. På den mindre positive side indskrænkes identitetsmulighederne imidlertid også for den sindslidende, hvilket tilsyneladende hænger sammen med, at hendes accept af den psykiske lidelse også er en accept af, at hun har immanente begrænsninger – ikke bare for en afgrænset periode, men resten af livet. Den sygdomsmodel, som de fire sindslidende har anvendt i konstruktionen af deres selvidentitet, indebærer således en implicit antagelse om, at den psykiske lidelse i et eller andet omfang er kronisk og kan hive kontrollen ud af hænderne på dem, hvis de påtager sig for meget. Derfor planlægger og tilrettelægger de deres liv efter, hvordan de på bedst mulig vis kan undgå at udløse den psykiske lidelse, og det betyder i reglen, at de må opgive mange af de ønsker, de har for fremtiden. Sindslidelsen bliver i den forstand en altdominerende identitet, som alle andre roller må indrettes efter eller helt vige tilbage for. I kraft af psykiatrien hjælper de sindslidende til at skabe et quest-narrativ, muliggør de altså på den ene side en konstruktiv og stabil identitet, men på den anden side skaber de også en række identitetsbegrænsninger, som i et eller andet omfang fastholder individerne i en identitet som sindslidende.

En sådan varsomhed i forhold til den psykiske lidelse er selvfølgelig at foretrække, når der som i Louises tilfælde stadig optræder symptomer, men spørgsmålet er blot, om man ikke i visse situationer risikerer at sygeliggøre og begrænse mennesker uden grund? Kan det ikke tænkes, at den sindslidende efter endt behandling og med det nye selv-narrativ kan håndtere og kontrollere stress på lige vilkår med alle andre, uden nødvendigvis at udløse lidelsen igen. I forlængelse heraf er det værd at have for øje, at quest-narrativet langt overvejende giver ansvaret for bedring til den sindslidende. Det handler dermed primært om, at den sindslidende skal gennemgå en personlig udvikling samt erkende de begrænsninger, hun besidder, og ikke så meget om at mindske de sociale stressfaktorer, som kan være med til at udløse en sindslidelse. Man kan således sige, at quest-narrativet på visse områder ikke er hensigtsmæssigt i forhold til at afhjælpe marginaliseringen af sindslidende.

Del 2

En afvigende karriere

Denne del af analysen sætter fokus på nogle af de faktorer, som fremmer kaos-narrativet, og dermed fungerer som barriere for quest- og restitutions-narrativet. I det forudgående har jeg fremhævet de individuelle omstændigheder, der har gjort det muligt for visse af de sindslidende at udvikle et quest- eller restitutions-narrativ, hvorfor følgende analyse koncentrerer sig om det narrativ, de alle har benyttet sig af i en kortere eller længere periode, nemlig kaos-narrativet. Jeg anvender dog i stedet begrebet *den afvigende karriere*, som kan sidestilles med kaos-narrativet, for at tydeliggøre den negative identitetsforståelse og degressive livsbane, der følger med dette narrativ.

Stemplet som sindslidende

Et af de afgørende vendepunkter i de sindslidendes sygdomsnarrativer må siges at finde sted med den offentlige stempling – diagnosen. Dette fremstår i de fleste af narrativerne som et biografisk brud, der radikalt ændrer deres selv billede og livsplanlægning, ved at erstatte deres tidligere identitet med en ny identitet som afviger. Jannis reaktion på diagnosen er i den sammenhæng et illustrativt eksempel:

Jeg var sikker på, at hvis jeg fejlede noget, så var der *ingen*, der kunne li' mig, og mine venner ville ikke kunne li' mig længere, og jeg ville aldrig få nogen kæreste, jeg ville aldrig få nogen børn, og jeg kunne ligge og flette tæer med kattene resten af mit liv (...). Og det var sådan jeg så på det. Mit liv det var ovre. Jeg ville ikke få nogen uddannelse, *ingenting*. (Janni: 1)

Hun forventer således, at hun fremover vil blive udelukket fra en række sociale sammenhænge, ikke nødvendigvis fordi den psykiske lidelse påkræver det, men som følge af hun bærer stemplet som sindslidende. Dette fremgår blandt andet af forestillingen om, at vennerne ikke længere vil kunne lide hende på grund af diagnosen, og altså ikke på grund af patologiske adfærd, som de formentlig hele tiden har kendt til. Den psykiatriske diagnose er på den måde ikke blot et redskab til at bestemme en psykisk lidelse, men også et stempel, der definerer det sindslidende individ som afviger.

Forståeligt nok, er en sådan identitet lidet attraktiv for de sindslidende, og som udgangspunkt har de derfor alle svært at acceptere den psykiske lidelse. Som Jannis fortælling også indikerer, er det

imidlertid ikke selve lidelsen, de har vanskelig ved at affinde sig med, men derimod den afvigende karriere, som de forventer den medfører. Deres afstandtagen til diagnosen kan i øvrigt med fordel ses i relation til det individualiserede samfund, vi lever i, som har gjort livet til et individuelt biografisk projekt og det enkelte individ personligt ansvarlig for succes eller fiasko (Beck 1997). Det vil sige, at hvor det sindslidende individ tidligere kunne betragte sin afvigende livsstil som skæbnebestemt, er det i dag mere sandsynligt at han/hun oplever det som et personligt nederlag. Følelsen af fiasko kommer for eksempel til udtryk i Susans narrativ: *Og det er rigtig svært for andre at se, fordi jeg mangler jo ikke et ben - jeg har ikke noget du kan se vel. Og jeg har jo også fuldført min uddannelse, så hvorfor i alverden kan jeg ikke arbejde? Så... ja, det har jeg det rigtig svært med. Det bruger jeg meget krudt på at tænke på, hvordan andre ser på en og sådan nogle ting* (Susan: 9). Susan føler det altså tilsyneladende som et personligt nederlag, at hun ikke kan arbejde på grund af sin lidelse, da der ikke er en ydre årsag til hendes afvigelse på dette område. Med Scheffs termer kan man også sige, at hun oplever en følelse af skam, i form af utilstrækkelighed.

For at undgå den følelse af skam, der er forbundet med en afvigende karriere, forsøger flere af de sindslidende at opretholde en konventionel tilværelse. Som det bliver beskrevet i en række af narrativerne, vil de gerne *klare sig selv*, uden nogen former for hjælp fra systemet, og de prøver derfor i lange perioder at *tage sig sammen* (Niels: 1, Matilde: 2, Susan: 1). Men dette fører dem i reglen kun ud i yderligere afvigelse. Louise fortæller for eksempel:

”(...) jeg blev ved med - fordi jeg ville jo rigtig gerne arbejde, fordi at jeg ville gerne prøve stadig at holde fast i alle de normale ting - så jeg blev ved med at finde et arbejde, og så holdte jeg en måned, så blev jeg indlagt. Og når jeg kom ud igen, så fandt jeg et nyt arbejde, og så holdte det en måned, og så blev jeg indlagt - og sådan blev det ved og ved og ved hele tiden.” (Louise: 4)

På den måde opstår der en ond spiral af afvigelse, hvor Louise kontinuerligt forsøger at komme i arbejde, for at blive fri af den afvigende identitet, men i stedet ender med at forstærke den afvigende adfærd og blive indlagt. En spiral, som kommunen i øvrigt bidrog til at fastholde hende i, da de kontinuerligt truede med at tage hendes kontanthjælp, også når hun var indlagt (ibid.: 5).

Som Becker gør opmærksom på har samfundet en integrerende karakter, hvilket betyder, at afvigelse på et område i livet også kan føre til problemer på andre områder. Og for Louise stoppede problemerne da heller ikke ved den destruktive jobsituation:

”Og så blev situationen simpelthen for svær for mig, altså, jeg havde ikke noget sted at bo, og min økonomi kunne jeg ikke få til at hænge sammen, overhovedet, fordi jeg havde den der kontanthjælp. Der var bare slet ikke nogen, jeg synes ikke der var nogen lyspunkter for mig overhovedet, så jeg... og så også, så er det bare svært for folk at acceptere eller finde ud af det med, at ens veninde eller et eller andet er blevet syg på den måde - det er svært at finde ud af - så jeg mistede rigtig mange venner også, fordi det er svært for dem at forstå det. (...) Og så passede jeg bare ikke ind i samfundet, syntes jeg ikke. Jeg kunne slet ikke se hvor jeg skulle passe ind nogen steder, når jeg havde det som jeg havde det ik', og jeg bare blev hevet i fra kommunen, og jeg havde ikke nogen penge, og jeg havde et eller andet lån som jeg ikke kunne betale, du ved, og jeg havde heller ikke noget sted at bo. Så jeg gik ned og... så havde jeg udgang, da jeg boede der, så jeg måtte godt gå ud, så jeg gik ned på apoteket, så købte jeg det største glas panodiler jeg overhovedet kunne finde, og så spiste jeg dem med det samme. (...) Lige meget om det så var fordi jeg var psykotisk eller ej, så var tingene bare blevet for meget.” (ibid.: 6)

På dette tidspunkt synes den afvigende karriere at være så cementeret, at Louise ikke længere kan se sig selv blive reintegreret i samfundet, og følelsen af skam bliver dermed overvældende. Den psykiske lidelse har på alle måder gjort det vanskeligt at opretholde en konventionel tilværelse, hvorfor hele hendes liv nu er præget af afvigelse. Med hendes egne ord var det ikke de patologiske oplevelser, der fik hende til at forsøge selvmord, men den omfattende udelukkelse af samfundet, som indskrænkede hendes identitets- og handlemuligheder betydeligt. I den forstand fører Louises altdominerende afvigeridentitet hende ud i yderligere afvigelse, i form af patologisk adfærd, og fastholder hende således også i den psykiske lidelse.

Det går da også igen flere gange i narrativerne, at de sindslidende i sociale sammenhænge ofte stilles i et uløseligt dilemma, når de skal fortælle om dem selv. Hvad enten de så skal bortforklare flere års arbejdsløshed over for en arbejdsgiver eller tilværelsen som førtidspensionist for bordherren, truer deres jobsituation med at afsløre den afvigende identitet, og skaber i kraft heraf grundlag for yderligere afvigelse. Hvis de lyver om årsagen, er det en afvigende handling i sig selv, og hvis de fortæller om sindslidelsen, risikerer de at blive afvist. Blandt andre fortæller Anja, at det i lang tid var et tabu for hende at være førtidspensioneret, ikke mindst fordi det gjorde det vanskeligt at få venner:

"(...) det var da svært at gå ud og møde nye mennesker, "Hvad laver du så?", "Jeg går derhjemme?", "Nå, hvordan kan det være?", "Jamen, jeg er førtidspensionist", "Nå, hvorfor er du det?", "Jaaa, jeg har jo været indlagt". Enten så har vi fået venskaber ud af det, men vi har jo også mødt dem der, der så "Amen, vi snakkes lige ved engang ik' os'", og så hører man ikke mere." (Anja: 17)

De fleste af Anjas venner valgte hende fra, da hun blev indlagt, og hun var derfor nødt til at opbygge en helt ny vennekreds, da hun skulle rekonstruere sin tilværelse. Som hun beskriver, er dette imidlertid ikke let, når de forskellige sfærer i ens liv griber ind i hinanden, og man er nødsaget til at afsløre identiteten som sindslidende. Igen er det ikke en patologisk adfærd, der fører til social udelukkelse, men selve stemplet som sindslidende. Det vil sige, Anja bliver ikke afvist, fordi hun opfører sig mærkværdigt, men fordi hun fortæller, at hun tidligere har været sindslidende. Stemplet kan altså fastholde det sindslidende individ i afvigelse, da det gør det særdeles vanskeligt at vende et afvigende karriereforløb til en normalbiografisk karriere med eksempelvis job og venner.

Således er både den ændrede selvforståelse og omgivelsernes reaktion på stemplet som sindslidende med til at fremme en afvigende karriere, og dermed et kaos-narrativ uden mening og retning. Det interessante er, at det i mange tilfælde ikke er patologiske oplevelser og handlinger, der fører de sindslidende videre ud i en afvigende karriere. Derimod synes den sociale stempeling og den skamfulde afvigeridentitet, der følger med stemplet, at være en af de faktorer, der kan disponere det sindslidende individ for en kaotisk tilværelse og vedvarende afvigelse. Med andre ord har det afgørende konsekvenser, at blive afsløret som sindslidende.

(Tvangs)indlagt med afvigergruppen

En anden af de faktorer, som bidrager til at føre de sindslidende ud i yderligere afvigelse, lader til at være relationen til andre sindslidende. Og dette er selvsagt problematisk, når de til tider er nødsaget til at være sammen med en institutionaliseret afvigergruppe af sindslidende, som de er, når de er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Det første møde med den psykiatriske afdeling har for de fleste også været en ubehagelig begivenhed. Matildes oplevelse af indlæggelsen er et typisk eksempel:

"(...) det *var* faktisk ret krævende også at være blandt syge, når jeg selv var syg. Og... det var jo ikke fordi vi hver især havde en, der sådan gik med os rundt og sørgede for "Har du angst nu og skal vi tale om det?", og der var enormt mange... forstyrrelser, i form af at alarmen gik, hvis der var nogen, der følte sig truet,

blandt de ansatte. Så jeg tænkte sådan "Jamen det her det er jo et *galehus*. Hvad laver jeg her?"." (Matilde: 5)

Ifølge Matilde er opholdet på den psykiatriske afdeling med til at gøre lidelsen værre, dels på grund af samværet med andre sindslidende, dels som følge af den manglende behandling. En oplevelse hun i øvrigt deler med flere af de andre (Susan: 2, Louise: 9). Matilde var faktisk så skræmt af oplevelsen, at hun udskrev sig selv dagen efter, hvilket ligeledes har gjort sig gældende for andre. Dermed kan det tænkes, at en sådan negativ oplevelse af afdelingen kan føre til yderligere afvigelse, såsom kontinuerlig indlæggelse og udskrivelse, i og med den afholder dem fra at få hjælp.

Andre er imidlertid blevet på den psykiatriske afdeling, fordi de ikke har haft et alternativ. I flere af disse tilfælde har interaktionen med de andre sindslidende medført yderligere afvigende adfærd. For eksempel beskriver Niels, hvordan han og nogle af de andre patienter indimellem tog på værtshus og drak sig så fulde, at de kastede op på afdelingen (Niels: 3). Dette kan i sig selv karakteriseres som en afvigende handling, men det gør det formentlig kun værre, at alkohol før har vist sig at fremkalde psykotiske oplevelser hos Niels. Et andet eksempel er Anja, som fortæller, hvordan hun gennem andre sindslidende fandt destruktive håndteringsmåder:

"(...) det der med bad, det havde jeg jo ikke fra starten for eksempel. Jeg kan huske det mest tydeligt, hvordan det egentlig faktisk kom det her: jeg sad med alle de her syge mennesker, og vi sidder rigtig og snakker sygdom, alle de her symptomer vi har - jeg skærer faktisk også lidt i mig selv, og jeg begyndte ikke at skære i mig selv, fordi der var nogle der sagde det var løsningen, de fortalte mig ikke decideret at det var løsningen, men de fortæller mig, at de skærer i sig selv og de får det så'n og så'n, og min løsning det er at skære i mig selv, fordi så kan det også være, at det gør det ved mig, og så har jeg det godt. Der er en der sidder og fortæller mig, der faktisk *var* rigtig bange for at gå i bad, så nu havde jeg jo faktisk hørt, at det var farligt at gå i bad, så selvfølgelig er det farligt. Og så alle raske uden omkring de kunne jo overbevise mig nok så meget om, at det ikke var farligt, men der var faktisk en, der havde fortalt, at det var farligt, så det *er* altså farligt." (Anja: 26)

I interaktionen med de andre sindslidende udvikler Anja således afvigende adfærd, såsom at skære i sig selv og frygt for at gå i bad, hvilket hun gør i håbet om, at det kan hjælpe hende til bedring. For det første vidner det om, at Anja allerede på dette tidspunkt søgte redskaber til at håndtere de

patologiske oplevelser, som altså hun ikke på egen hånd kunne skabe sammenhæng i. Dernæst anskueliggør det, i overensstemmelse med Beckers antagelse, at der opstår en særlig tilværelses-tolkning og tilhørende håndteringsstrategier mellem individerne i afvigergruppen, hvilket er med til at understøtte den afvigende identitet. Samværer med andre sindslidende skubbede i alle tilfælde Anja videre ud i den psykiske lidelse og igangsatte på den måde en afvigende karriere.

Anja forklarer også, at hun i højere grad var påvirkelig over for de sindslidendes perspektiv end personalets, i kraft af de havde sindslidelsen tilfælles:

”Altså de kunne jo godt forstå, at jeg så det, jeg så. De modargumenterede mig jo ikke på samme måde som en plejer gjorde. De diskuterede det heller ikke med mig og sagde ”Det kan jeg ikke se”. De forstod bare min situation, og de vidste godt, at det gjorde ondt på mig... på en anden måde end plejeren gjorde, for de fortalte jo bare, at de ikke kunne se det. Jeg havde jo ligeså meget behov for, at der var nogen der forstod, at jeg faktisk havde det rigtig, rigtig træls. Og det gjorde de selvfølgelig også, for ellers så havde de jo ikke givet mig medicin, men de forstod det bare ikke på den måde som en anden syg gjorde, som det også gjorde ondt på.” (ibid.: 26)

De andre sindslidende anerkender altså Anjas smerte, i modsætning til personalet, der blot affærdiger hendes oplevelser som vrangforestillinger. Set ud fra Scheffs teori kan man sige, at hun oplevede et sikkert socialt bånd med de sindslidende, da det netop er kendetegnet ved solidaritet og gensidig forståelse, mens hun havde for løse bånd med personalet, som følge af deres manglende forståelse og fremmedgørelse. Det illustrerer samtidig, hvad det kræver, for at det sindslidende individ kan blive modtageligt for alternative narrativer – især når hun befinder sig i en gruppe af ligesindede. Efter alt at dømmes var Anjas modtagelighed over for de sindslidendes sygdomsforståelse forbundet med det solidaritetsprægede bånd imellem dem, så det ville formentlig kræve et tilsvarende bånd til personalet, at føre hende væk fra den afvigende karriere, som hun på daværende tidspunkt var på vej ud i. Det betyder dog ikke, at personalet skal bekræfte hendes patologiske oplevelser, da det i så fald ville skabe for tætte sociale bånd og formentlig have samme resultat, men som Anja gør opmærksom på, handler det snarere om at anerkende smerten, således at man undgår fremmedgørelse af det sindslidende individ.

Dette behov for anerkendelse går igen i alle sygdomsnarrativerne og er også grunden til, at de undertiden kan opleve det som positivt at være sammen med andre sindslidende. Det er i visse

situationer det eneste sted, de føler sig forstået og ikke bliver udsat for fremmedgørelse. Janni fortæller om forholdet til en veninde, som også har en personlighedsforstyrrelse:

"(...) i hendes nærvær, der føler jeg mig faktisk mere normal end jeg gør i alle andres. Fordi mine impulser og mine tanker de er *normale* der - de er ikke normale, når jeg sidder og snakker over for dig, og det ved jeg godt. Men det er normalt med hende at flippe ud og lave en masse mærkelig ting og ha' en masse mærkelige tanker. Og på sin vis det er rart, men det kan også løbe rigtig løbsk og rigtig galt, og det er ikke så heldigt." (Janni: 6)

Forholdet giver Janni en følelse af stolthed, som hun ellers kun sjældent møder på grund af sin afvigende identitet. Som regel føler hun sig instinktivt afvigende, når hun interagerer med andre, også selvom der ikke er sket verbal miskendelse. Men i relationen til veninden er der i sagens natur forståelse for hendes tanker og adfærd, hvorfor hun for en stund kan undslippe oplevelsen af at være afviger. Som det fremgår, resulterer dette dog ofte i yderligere afvigelse, i kraft af de ikke er bevidste om den afvigende adfærd. Hun fortæller eksempelvis om en episode, hvor de beslutter at køre bil i påvirket tilstand og næsten er ved køre galt (ibid.: 6). Sikre sociale bånd kan altså også have en negativ værdi, idet de kan skabe grundlag for at føre det sindslidende individ ud i en afvigende karriere.

Eftersom relationen til andre sindslidende i reglen kun fremmer afvigelse, forsøger flere af de sindslidende at undgå den slags fællesskaber, især når de begynder at søge efter mere progressive narrativer. En undtagelse til denne regel er gruppeterapi med ligesindede, da det synes at kombinere det bedste fra to verdner. Matilde forklarer:

"(...) i samtalegruppen, der havde vi... vi havde en ergoterapeut og så havde vi en psykolog, som ligesom var med til at styre samtalerne og tage emner op, og... hvis vi nu i samtalegruppen havde talt os varme et rigtig lang stykke tid om et eller andet "Ja, det er også svært og det også svært og det er også svært" og sådan noget, og ingen af os rigtig kunne komme frem til sådan, hvad gør vi så? Så kom de måske sådan "Nå men kender I det, at man måske kan" det var ergoterapeuten som sagde sådan "Man kan sådan trykke sine hænder og trykke kroppen mod et eller andet, hvis man føler anspændthed, og på den måde spænde kroppen af". Og psykologen kunne være med til sådan at vende problemstillinger om og sige sådan "Hvad er en alternativ tanke til det I har sagt her?". Så der tror jeg, at...

selvom man kan give hinanden rigtig meget, så er det godt at have nogen professionelle, der ligesom er med til... der står bag en hele tiden eller ved siden af en og nogle gange foran en, for at guide en på vej.” (Matilde: 16)

Når tilværelsestolkningen mellem de sindslidende udvikler sig i en nedadgående retning, kan de professionelle altså være med til at forhandle alternative narrativer frem, som kan give de sindslidende individer retning i livet, eller *guide dem på vej*, som Matilde udtrykker det. På den måde er de professionelles tilstedeværelse af afgørende betydning for, om de føres væk fra den afvigende karriere eller videre ud i den, da en ren afvigergruppe som sagt disponerer individet for stadig større afvigelse.

Sommetider synes afvigergruppen imidlertid at være den eneste mulighed for at få opfyldt ens sociale behov: *Jeg synes også tit så bliver man lidt svigtet... jeg blev lidt svigtet af familien, øh... min søskende og min far, fordi... jeg tror ikke, de var klar over, hvor syg jeg egentlig var. Derfor knytter man sig de der relationer inde på psykiatrisk afdeling* (Niels: 3f). På grund af den psykiske lidelse mister de sindslidende ofte venner og familie, og det er som sagt vanskeligt at opbygge nye relationer, selv hvis man er rask. Dette kan meget vel være årsagen til, at Finn og Niels bruger meget af deres tid på væresteder med andre sindslidende. Værestedet giver således mulighed for at blive anerkendt og forstået, hvilket de ikke kan ret mange andre steder, da de har et sparsomt netværk. Men som Niels fortæller: *jeg ved også, at hvis jeg har det meget dårligt, så kommer jeg ikke de steder. Altså, man skal have et vist overskud til at kunne være der. Så på den måde, der hjælper de mig ikke* (ibid.: 3). Han oplever altså ikke, at de andre sindslidende på værestedet bidrager til at vende hans afvigende karriere, snarere tværtimod. Set ud fra det forudgående, kan Finn og Niels da også risikere at blive fastholdt i en afvigende identitet, i kraft de ikke har andre at forhandle deres selv-narrativ med.

Indtræden i en gruppe af sindslidende er således endnu en faktor, der kan fremme en afvigende karriere, og i den forstand også et kaos-narrativ, hvad enten det sindslidende individ så er tvunget ind i den, som på den psykiatriske afdeling, eller selv har valgt den til, som på værestedet. Det sikre sociale bånd, som nærmest per definition eksisterer imellem sindslidende, gør som udgangspunkt afvigergruppen til den mest appellerende sygdomsarena, når det sindslidende individ skal forhandle sin identitet. Konsekvensen er dog langt overvejende yderligere afvigelse.

Båndet til de professionelle

Den væsentligste faktor i de sindslidendes narrative identitetsskabelse er efter alt at dømme de professionelle. I kraft af deres fremtrædende rolle som forhandlingspartnere, kan de give det sindslidende individ identitetsmuligheder, som illustreret i det forrige afsnit, men de kan i ligeså høj grad sætte identitetsbegrænsninger. Derfor er det sociale bånd til de professionelle af afgørende betydning for, hvorvidt den sindslidende fastholdes i en afvigende identitet eller føres i retning af en mere konventionel tilværelse. Og det gælder tilsyneladende, uanset om den professionelle er behandler, plejepersonale, socialrådgiver eller noget helt fjerde. Dette fremgår ikke mindst af de utallige eksempler på situationer, hvor de sindslidende har følt sig miskendt af professionelle, både verbalt og nonverbalt. Således beretter de om at blive behandlet som et barn (Niels: 11, Louise: 18), talt ned til (Louise: 10, Erik: 12), ydmyget (Louise: 17) og fordømt (Anja: 9), hvorimod de ønsker at være i øjenhøjde (Niels: 10f), på bølgelængde (Louise: 10), føle tryghed (Matilde: 8, Susan: 14) samt blive forstået og accepteret, på trods af underlige sider (Louise: 10). De sociale bånd er altså ofte for løse, som følge af de professionelles fremmedgørelse af den sindslidende, hvilket fremkalder en følelse af skam.

Det usikre sociale bånd mellem den sindslidende og de professionelle er i reglen skabt inden de overhovedet mødes, qua det stempel, som den sindslidende bærer. På grund af stemplet er der en statusforskel imellem de to parter, som fra starten skaber fremmedgørelse, hvorfor det sikre sociale bånd skal opbygges. Fremmedgørelsen bliver dog i mange tilfælde forstærket, idet stemplet tilskynder de professionelle til at behandle den sindslidende som afviger. Dette anskueliggøres blandt andet i en fortælling fra Louises sygdomsnarrativ:

"(...) for eksempel på ungdomsafdelingen, så er det sådan, hvis man bare sidder og snakker med kontaktpersonen, så spurgte jeg sådan "Nå okay, men hvor bor du egentlig henne af i landet?", bare du ved sådan helt normalt, så siger hun "Det kan jeg ikke sige. Det vil jeg ikke fortælle dig". Det er sådan "Nå!" (griner), så føler man sådan lidt, nå okay gad vide om jeg er farlig eller hvad. Du ved, der er masser af regler med at så må de ikke fortælle, hvorhenne de bor, og hvad dine børn hedder, og vi må ikke have nogen billeder af hinanden, for eksempel sådan noget, vi måtte ikke have billeder af hinanden på afdelingen. Og det gør at det hele bliver sådan lidt... man bliver alligevel sat i en bås.(...) Fordi at jeg kunne aldrig nogensinde finde på at gøre nogen som helst noget eller noget som helst, men

mange gange føler jeg, at jeg er blevet sat i den bås, hvor jeg kunne finde på at gøre andre noget.” (Louise: 11)

Fordi Louise er stemplet som skizofren, antager kontaktpersonen, at hun kan være farlig og nægter følgelig at svare på de personlige spørgsmål. Den professionelle forventer med andre ord, at Louise besidder et sekundært statustræk, som undertiden er forbundet med skizofreni, hvilket afholder hende fra at opbygge et sikkert socialt bånd. Dermed fremmedgør hun også Louise og understøtter den afvigende identitet, frem for at anerkende hende som særegent individ og tilbyde alternative identitetsmuligheder. Som det fremgår, har den professionelle på den måde en magtfuld indflydelse på Louises selvforståelse. En selvforståelse, der i forvejen var skrøbelig, grundet på oplevelsen af, at hun med diagnosen skizofreni mistede al troværdighed, både over for sig selv og andre (ibid.: 9). Det er sandsynligvis også forklaringen på, at hun i forhandlingen med den professionelle begynder at betvivle sig selv, i stedet for at gøre modstand mod den identitetsforståelse, hun præsenteres for.

At identiteten som afviger bliver det primære statustræk, som underkender alle andre egenskaber, kommer endvidere til udtryk i Anjas narrativ. Med sit første barn var hun særdeles bekymret for, om hun kunne klare rollen som mor, i og med hun frygtede at blive syg igen. Da barnet så fik problemer med vejrtrækningen, søgte hun råd hos sundhedsplejersken, men hun viste sig imidlertid at være ligeså skeptisk over for Anjas evner som mor. I en forkortet udgave fortæller hun:

”Hver gang jeg sagde et eller andet, så... ”Jamen, nu har du jo også en diagnose. Du er jo ikke helt rask”. Så et eller andet sted, så dømte hun mig altså bare. Det endte faktisk med, at... jeg rendte jo op til lægen konstant og sagde ”Nu var de nødt til at give mig noget medicin igen, for jeg kunne ikke finde ud af det her. Der var noget galt med mig”. Og jeg fik at vide, at jeg kunne gå hjem, for jeg var bare mor med mor-følelser. Og sundhedsplejersken mente, jeg havde en depression og sendte mig til lægen, og han fortalte mig, at jeg havde ikke nogen depression, jeg var bare mor. Øh... ja... Men det endte med at hun sagde, jeg kunne ikke rumme mit barn og jeg kunne ikke sætte grænser for mit barn. Så gik jeg op til lægen og hyldede og tudede og sagde ”Jeg kan ikke rumme og jeg kan ikke sætte grænser”. (...) Og så blev vi indlagt, og så vidste det sig jo faktisk, at hun havde meget svær astma. (...) Men jeg kunne ikke helt... den der med, jeg får at vide af en, at jeg ikke kan finde ud af det, jeg får at vide af en anden en, at jeg godt kan finde ud af det. Men da hun så fik astmamedicin, og det lige pludselig begyndte at gå *meget* bedre, så blev jeg rasende og tænkte ”Sådan en forstoppet sundhedsplejerske,

der har stået og sagt til mig, at det var *mig*, der var noget galt med, og det var *mig*, der ikke kunne finde ud af noget". Så jeg fyrede hende egentlig på gråt papir, fordi jeg skrev et langt brev til hende, og skrev "Jeg gider simpelthen ikke se på dig mere. Du skal ikke komme i mit hjem mere. Du er ikke velkommen". (Anja: 9f)

Sundhedsplejersken behandler hende altså som generelt afvigende, idet hun antager, Anja ikke er i stand til at klare rollen som mor i kraft af den psykiske lidelse. Dette kunne meget vel være blevet en selvopfyldende profeti, hvis ikke det var for lægen, som forhandlede en anden identitetsmulighed frem. I alt fald var hun yderst modtagelig for den afvigende identitet, som sundhedsplejersken tildelte hende, formentlig på grund af hendes i forvejen ustabile identitetsforståelse. Hele forløbet fremkaldte tydeligvis en ikke-erkendt skam i Anja, som resulterede i vrede over for sundhedsplejersken, da det blev klart, at hun ikke var afvigende.

En sådan vrede over for de professionelle forekommer regelmæssigt i sygdomsnarrativerne, som resultat af manglende anerkendelse, eller ligefrem miskendelse, og en ledsagende skamfølelse hos den sindslidende. For eksempel synes Niels' bånd til dagcenterets personale at være præget af en endeløs skam-vrede spiral:

"Jeg synes, sommetider så bliver man behandlet lidt som et pattebarn ik' os', fordi man er psykisk syg. (...) og hvis man reagerer på det for eksempel og bliver sur over det, jamen så bruger de måske en halv time inde på konferencen på at... snakke om det, og så på grund af deres tavshedspligt så kan de ikke fortælle, hvad der er sket." (ibid.: 11)

Og andetsteds:

"Ja, hvis jeg skal hænge psykiatrien op på noget, så er det også den tavshedspligt der er ik' os'. Det er noget frygteligt noget. Jeg synes den bliver brugt imod os på en eller anden måde sommetider. Altså, der er jo ikke ret meget respekt omkring mig, hvis de bruger en halv time på at snakke om mig inde i konferencerummet, i stedet for at komme til mig og snakke med mig." (Niels: 3)

På grund af personalets nedværdigende behandling, udløses der en ikke-erkendt skam i Niels, som får ham til at reagere med vrede. Dernæst fremkalder de yderligere skam ved at holde møde, uden at involvere ham, hvormed de to parter bliver komplet fremmedgjorte over for hinanden. På den måde

opretholder de vedvarende det usikre sociale bånd, formentlig uden de er bevidste om, at det er forårsaget af skam. Samtidig kan det også siges at skubbe Niels ud i fortsat afvigende adfærd, i form af vredesudbrud, som sandsynligvis fremstår uforståelige for personalet. Den ikke-erkendte skam lader i øvrigt til at være en generel drivkræft i Niels' narrativ, da han kontinuerligt stræber efter at vinde anerkendelse og føle sig værdifuld i relationen til de professionelle. Eksempelvis vil han også gerne hjælpe de professionelle og give dem gode råd, når de har en dårlig dag, men den mulighed får han ikke (ibid.: 11).

I modsætning hertil beskrives det sikre sociale bånd typisk som en relation, der er præget af tryghed, ligeværd og forståelse, men stadig har en professionel karakter. Den professionelle behøver altså på ingen måde at udlevere sig selv, for at skabe en konstruktiv relation til den sindslidende, hvis blot hun formår at indgyde solidaritet. Matilde beskriver båndet til hendes faste støtteperson på følgende måde:

” (...) jeg har en enorm tryghed i [navn], min støtteperson, fordi jeg kender hende efterhånden... altså jeg kender hende ikke personligt og ved ikke så meget om hendes liv, men jeg ved, hun kender mig. Og så kender jeg den måde hun taler på, og jeg kan næsten... altså jeg ved selvfølgelig ikke, hvad hun vil sige, men jeg kan sådan næsten fornemme, altså lidt ligesom hvis man... hun *er* på en eller anden måde sådan en god veninde (griner), øhm... som så også bare tager et stort ansvar over for mig. ”(Matilde: 8)

Deres relation er altså præget af solidaritet og anerkendelse, i kraft af de har forståelse for hinanden. Som hun siger, har hun ikke et personligt kendskab til den professionelle, men det væsentlige er, at den professionelle anerkender og forstår hende som et egenartet individ. Det giver hende en følelse af at være i tryk, hvilket er det modsatte af skam, og indikerer således, at de har et sikkert socialt bånd. Hvis man ser dette i relation til Matildes narrativ, bliver det i øvrigt klart, hvilken betydning det sikre sociale bånd har haft. Det har således gjort hende modtagelig over for det narrativ, som støttepersonen tilbyder hende, og hun er nu i færd med at konstruere et quest-narrativ.

På den måde er karakteren af det sociale bånd mellem den sindslidende og de professionelle en betydningsfuld faktor. Det usikre sociale bånd, som ofte er karakteriseret ved de professionelle fremmedgørelse af den sindslidende, er ikke alene med til at fastholde i en afvigende identitet, men kan også skabe yderligere afvigelse, som følge af ikke-erkendt skam. De professionelle kan dermed opretholde kaos-narrativet.

6. Konklusion

Formålet med dette speciale har været at undersøge, hvordan sindslidende håndterer og konstruerer deres psykiske lidelse i samspil med andre, og med hvilke konsekvenser.

Analysen af de sindslidendes sygdomsnarrativer har først og fremmest vist, at de kan benytte sig af tre narrative typer, når de skal rekonstruere deres identitet og skabe mening i den psykiske lidelse. Den første, men mindst udbredte, er restitutions-narrativet. Med dette narrativ får den sindslidende mulighed for at forstå sig selv som rask og genoptage sit gamle liv. Den psykiske lidelse er et overstået kapitel, uden betydning for fremtiden. Bagsiden af medaljen kan dog være, at lidelsen giver et følelsesmæssigt ar for livet, i kraft af den ikke integreres meningsfuldt i identitetskonstruktionen.

Den anden narrative type, som sindslidendes identitet kan tage form efter, er kaos-narrativet. Som betegnelsen indikerer, er tilværelsen her præget af et uoverskueligt kaos, hvilket gør det umuligt for den sindslidende at rekonstruere en identitet. Livet i sin helhed opleves derfor som usammenhængende, uforudsigeligt og formålsløst. Den sindslidende er uden kontrol over livet og ikke mindst den psykiske lidelse, grundet manglen på forudsigelighed. Og som resultat kæmper de en daglig kamp, for blot at udholde tilværelsen. Altså har en sådan udformning af sygdomsoplevelsen udelukkende negative konsekvenser for de sindslidendes liv og identitet.

Den sidste narrative type, som sindslidende benytter sig af, er quest-narrativet. Ved brug af dette narrativ accepteres den psykiske lidelse og anvendes aktivt til at konstruere mening og sammenhæng i livet. Det giver en vis forudsigelighed i forhold til den psykiske lidelse, således at det sindslidende individ kan agere aktivt og målrettet i hverdagen, uden risiko for pludselige tilbagefald. Ulempen er, at den sindslidende ikke betragter sig selv som permanent helbredt, men fortsat må tage højde for den psykiske lidelse. Dermed bliver lidelsen styrende for identitetsskabelsen og begrænser vedkommendes muligheder i livet.

Endvidere er der en række faktorer, som fremmer konstruktionen af et kaos-narrativ, og dermed hæmmer muligheden for restitutions- eller quest-narrativet. For det første tildeles de sindslidende en afvigende identitet i det øjeblik diagnosen stilles, hvilket ikke alene ændrer omgivelsernes syn på dem, men også deres egen selvforståelse, som bliver ramt af skamfølelse. Dette resulterer ofte i, at den sindslidende tager afstand fra den psykiske lidelse og forsøger at opretholde en konventionel tilværelse, for at bevare en positiv status. Men på grund af den manglende hensyntagen til lidelsen, både fra deres egen og andres side, ender det som regel med nederlag og en forstærket følelse af

skam. Dertil kommer at de udelukkes fra en række sociale sammenhænge, som følge af deres sindslidelse, hvilket er med til at fastholde dem i en afvigende identitet og livsstil. På den måde skabes en ond spiral af afvigelse, som giver livet karakter af et kaos-narrativ, der præges af vedvarende elendighed.

Dernæst har relationen til andre sindslidende indflydelse på, om livet fortsætter med kaos og afvigelse, hvilket især viser sig problematisk, når de på psykiatriske afdelinger er samlet i grupper. Det fremgår af empirien, at de sindslidende i forhandling med hinanden skaber et destruktivt perspektiv på livet og den psykiske lidelse. Dette hindrer de sindslidende individer i at konstruere mening og motiverer dem indimellem også til yderligere afvigende adfærd. Relationen til andre sindslidende understøtter altså den afvigende identitet, i modsætning til at producere alternative identitetsmuligheder, som kan underminere kaos-narrativet.

De forskellige professionelle, som de sindslidende kommer i kontakt med, får i den sammenhæng afgørende betydning. Enten kan de hjælpe den sindslidende til at skabe en meningsfuld identitet, der muliggør kontrol over lidelsen, eller også kan de validere den afvigende identitet, og herigennem opretholde kaos-narrativet. På dette punkt tegner det empiriske datamateriale et billede af, at de sindslidende langt oftere oplever miskendelse og fremmedgørelse i mødet med professionelle, end de oplever anerkendelse og solidaritet. Dermed bekræftes de typisk i at være afvigere, når de indgår i identitetsforhandling med professionelle, og det skaber en destruktiv relation, som er med til at afholde de sindslidende fra at tage imod behandling.

Analysen af det empiriske datamateriale viser således også, at de sindslidende ikke konstruerer og håndterer den psykiske lidelse i isolation fra omverdenen, men i høj grad er influeret af de kulturelle og sociale omgivelser. De er afhængige af kulturen, idet den skaber særlige rammer for, hvordan de kan konstruere deres identitet, i lyset af den psykiske lidelse. Dette giver sig til udtryk ved, at de anvender bestemte narrativer til at skabe mening i lidelsen, frem for at have vidt forskellige tilgange. Ligeledes er de afhængige af de sociale omgivelser, i og med de forhandler narrativerne frem i samspil med de forskellige personer i deres liv. Omgivelserne skaber på den måde både identitetsmuligheder og –begrænsninger for de sindslidende. Det lader dog især til at være de professionelle, der kan påvirke den sindslidendes muligheder, både i en positiv og negativ retning.

7. English Summary

The present thesis explores how the mentally ill experience and cope with their illness. For a long time, treatment of mentally ill people has been dominated by a biomedical paradigm which sees the illness as being primarily connected with biological processes. As a consequence, treatment is focused mainly on the individual, hereby neglecting the influence of cultural and social factors. Working from a social constructivist approach, this thesis seeks to broaden this understanding of mental illnesses by viewing it through a social and cultural lens. More precisely, it is the intention to explore what narratives the mentally ill use when making sense of their illness in relation to a sociocultural context. On the basis of this, the following research question is posed:

How do mentally ill people construct and cope with their illness in interaction with others and with what consequences?

The data consists of eight narrative interviews with individuals diagnosed with a mental illness. These are analyzed using narrative theory formulated by Kenneth Gergen and Arthur Frank, Howard Becker's theory on deviance and Thomas Scheff's theory on emotions and social bonds. The first part of the analysis addresses the individual illness narratives. This is done in order to understand both similarities and differences in their choice of narrative. The second part then focuses on common factors which have influenced the narrative identity construction of the interviewees.

The analysis reveals that mentally ill make use of three types of narratives when constructing meaning from their illness and reconstructing their identity. The first type is the *restitution narrative*, where the individual sees itself as having recovered and being back in line with his or her old life. The second type is the *chaos narrative*. Characterized by discontinuity and meaninglessness, this narrative renders control over the mental illness impossible. The final type is the *quest narrative*, where the mental illness is used actively to create meaning and coherence, enabling the individual to control the illness. Additionally, the analysis reveals a range of factors that foster a chaos narrative and thereby inhibits the individual's construction of either a restitution or quest narrative. Firstly, it is the label as a deviant which accompanies the psychiatric diagnosis and changes the individual's status in the eyes of themselves and others. Then, it is the relation to other mentally ill people that often leads to further deviance and sustains a destructive self-image and finally, the many professionals who fail to appreciate and alienate the mentally ill also adds to prevalence of the chaos narrative. Looking at the analytical findings, the empirical data clearly demonstrates that mental illnesses are socially and culturally bound.

8. Litteratur

Antoft, Rasmus og Heidi Houlberg Salomonsen (2007): "Det kvalitative casestudium – introduktion til en forskningsstrategi" i Antoft, Rasmus, Michael Hviid Jacobsen, Anja Jørgensen & Søren Kristiansen: *Håndværk & horisonter*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Beck, Ulrich (1997): *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.

Becker, Howard S. (2005): *Outsidere: Studier i afvigelsessociologi*. København: Hans Reitzels Forlag.

Beresford, Peter (2005): "Social Approaches to Madness and Distress – User Perspectives and User Knowledges" i Tew, Jerry (red.): *Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Bertelsen, Axel og Povl Munk-Jørgensen (1998): *De psykiatriske diagnoser*. København: Psykiatrifonden.

Bjerrum, Merete (2008): "Fra stat til amt – Dansk hospitalspsykiatri 1930-1976" i Kragh, Jesper Vaczy (red.): *Psykiatriens historie I Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.

Boolsen, Merete Watt (2007): *Kvalitative analyser: at finde årsager og sammenhænge*. København: Hans Reitzels Forlag.

Borg, Vilhelm, Mette Andersen Nexø, Ida Viktoria Kolte og Malene Friis Andersen (2010): *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Brandt, Preben (2007): *Socialpsykiatri – Psykiatri på humanistisk grundlag*. København: Munksgaard Danmark.

Bruner, Jerome (1999): *Mening i handling*. Århus: Klim.

Burr, Vivien (2003): *Social constructionism*. London: Routledge.

Bury, Michael (1982): "Chronic illness as biographical disruption". *Sociology of Health and Illness*, 4 (2): 167-182.

Collin, Finn (2010): "Socialkonstruktivisme" i Jacobsen, Michael Hviid, Kasper Lippert-Rasmussen, Peter Nedergaard (red.): *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. København: Hans Reitzels Forlag.

Conrad, Peter og Kristin K. Barker (2010): "The Social Construction of Illness : Key Insights and Policy Implications". *Journal of Health and Social Behavior*, 50 (1): 67-79.

Corrigan, Patrick (2004): "How Stigma Interferes With Mental Health Care". *American Psychologist*, 59 (7): 614-625.

Danske Patienter (2010): "Psyriske problemer overses". Lokaliseret på:
http://danskepatienter.dk/sites/danskepatienter.dk/files/Psyk%20sidste%202010_offentliggjort.pdf

Deegan, Patricia 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): 62-69.

Esmark, Anders, Carsten Bagge Laustsen, Niels Åkerstrøm Andersen (2005): "Socialkonstruktivistiske analysestrategier – en introduktion" i Esmark, Anders, Carsten Bagge Laustsen, Niels Åkerstrøm Andersen (red.): *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.

Frank, Arthur W. (1997): *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. University of Chicago Press.

Gergen, Kenneth J. (2005): *Virkeligheder og relationer: tanker om sociale konstruktioner*. Dansk Psykologisk Forlag.

Hansen, Marin (2009): *Psykiatri*. København: Munksgaard.

Harrison, Glynn, Kim Hopper, Thomas Craig, Eugene Laska, Carol Siegel, Joe Wanderling, K.C. Dube, Kimon Ganev, Robert Giel, Wolfram an der Heiden, Sharon K. Holmberg, Aleksandar Janca, Peter W.H. Lee, Carlos A. León, Savita Malhotra, Anthony J. Marsella, Yoshibumi Nakane, Norman Sartorius, Yucum Shen, Citrad Skoda, R. Thara, Sergey J Tsirkin, Vijoy K. Varma, Dermot Walsh, Durk Wiersma (2001): "Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study". *The British Journal of Psychiatry*, 178: 506-517.

Heissel, Anders (2011): "Psykiatere dobbeltmedicinerer skizofrene i stor stil". *Dagens Medicin*, den 4. marts.

Horsdal, Marianne (1999): *Livets fortællinger: en bog om livshistorier og identitet*. Valby: Borgen.

Hydén, Lars-Christer (1997a): *Psykiatri, samfund, patient: Psykisk sygdom i socialt og kulturelt perspektiv*. København: Munksgaard.

Hydén, Lars-Christer (1997b): "Illness and narrative". *Sociology of Health and Illness*, 19 (1): 48-69.

Jablensky, Assen, Norman Sartorius, G. Ernberg, M. Anker, Ailsa Korten, J.E. Cooper, Robert Day og Aksel Bertelsen (1992): "Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study". *Psychological Medicine*, (monograph supplement): 20: 1-97.

Jacobsen, Charlotte Bredahl, Helle Max Martin, Signe Lindgaard Andersen, Rikke Nøhr Christensen og Steen Bengtsson (2010): *Stigma og psykiske lidelser - som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*. København: Danske Regioner, Dansk Sundhedsinstitut og Det Nationale Forskningscenter For Velfærd.

Kjær, Jakob Sorgenfri (2009): "Depressive danskere får piller i stedet for terapi". *Politiken*, den 31. oktober.

Kleinman, Arthur (1989): *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.

Kragh, Jesper Vaczy (red.) (2008): *Psykiatriens historie I Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kvale, Steiner (1997): *Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, Thomas Møller (2011): "Læger giver piller mod depression som nødløsning". *MetroXpress*, den 9. juni.

Lysaker, Paul H., Amanda M. Wickett, Neil Wilke og John Lysaker (2003): "Narrative Incoherence in Schizophrenia: The Absent Agent-Protagonist and the Collapse of Internal Dialogue". *American Journal of Psychotherapy*, 57 (2): 153-166.

McGruder, Juli H. (2003): "Madness in Zanzibar: An Exploration of Lived Experience" i Jenkins, Janet Hunter, Robert Barret og Alan John Harwood (red.): *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity : The Edge of Experience*. New York: Cambridge University Press.

Olsen, Henning (2008): *Kvalitative kvaler: kvalitative metoder og danske interviewundersøgelser* kvalitet. Akademisk.

Pearlin, Leonard I., William R. Avison og Elena M. Fazio (2007): "Sociology, Psychiatry, and the Production of Knowledge about Mental Illness and Its Treatment" i Avison, William R., Jane D. McLeod og Bernice A. Pescosolido (red.): *Mental Health, Social Mirror*. New York: Springer.

Pratt, Carlos W., Kenneth J. Gill, Nora M. Barrett og Melissa M. Roberts (2007): *Psychiatric rehabilitation*. San Diego: Academic Press.

Roe, David og Larry Davidson (2006): "Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story" i Rapport, Frances og Paul Wainwright (red.): *The Self in Health and Illness: Patients, Professionals and Narrative Identity*. Oxford: Radcliffe Publishing.

Rosenberg, Raben (2008a): "Den psykofarmakologiske udvikling 1950-1970" i Kragh, Jesper Vaczy (red.): *Psykiatriens historie I Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.

Rosenberg, Raben (2008b): "Fra biologisk psykiatri til neuropsykiatri – Psykiatrien fra 1970 til i dag" i Kragh, Jesper Vaczy (red.): *Psykiatriens historie I Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.

Scheff, Thomas J. (1997): *Emotions, the Social Bond, and Human Reality: part/whole analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

Scheff, Thomas J. (2003): "Shame in Self and Society". *Symbolic Interaction*, 26 (2): 239-262.

Shorter, Edward (2001): *Psykiatriens historie – fra azyl til Prozac*. København: Munksgaard.

Sundhedsministeriet (2001): *Rapport fra Udvalget vedr. bedre samspil mellem tilbuddene i psykiatrien og socialpsykiatrien*. København: Sundhedsministeriet.

Sundhedsstyrelsen (2004): *Referenceprogram for skizofreni*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2007a): *Referenceprogram for angstlidelser hos voksne*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2007b): *Referenceprogram for unipolar depression hos voksne*. København: Sundhedsstyrelsen.

Tew, Jerry (2005): "Core Themes of Social Perspectives" i Tew, Jerry (red.): *Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri (2011): "At arbejde rehabiliterende". Lokaliseret på http://www.socialpsykiatri.dk/praksis/Psykosocial_rehabilitering/At_arbejde_rehabiliterende

Villadsen, Kaspar (2004): "Socialt arbejde og subjektivering – Fra velfærdsplanlægning til postmoderne socialpolitik". *Psyke & Logos*, 25 (2): 613-640.

Waxler, Nancy E. (1979): "Is outcome for schizophrenia better in nonindustrial societies? The case of Sri Lanka". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167(3): 144-158.

World Health Organization (1979): *Schizophrenia: An International Follow-up Study*. New York: John Wiley & Sons.