

Anne Mia Steno & Birgitta Frello

Kampen for egen historie

– om multivokale sygdomsnarrativer

Resumé

Artiklen fokuserer på Kim, som bor på et socialpsykiatrisk bosted for mennesker med psykiske problemer. Med udgangspunkt i en konstruktivistisk forståelse af narrativitet undersøger vi, hvordan Kim tales frem af ham selv og af hans omgivelser. Igennem nedslag i henholdsvis Kims egne narrativer og de måder hvorpå personalet på bostedet og hans familie taler ham frem, spørger vi, hvordan rammer, kontekster og andre aktører bidrager til skabelsen af individets fortællinger. Ved at fokusere på en enkelt case bliver det muligt at invitere forskellige stemmer og kontekster, som Kim indgår i, ind i analysen og således illustrere den grundlæggende multivokalitet, der gør sig gældende i fortællingerne af og om Kim. Denne multivokalitet, bliver ikke mindre kompliceret af, at Kims erfaringer med psykoser har lært ham at tvivle på sine egne minder. Med udgangspunkt i en stigende efterspørgsel efter psykiatribrugeres "egne fortællinger", spørger vi, hvad "egne" fortællinger egentlig er og problematiserer den formodning om autenticitet, som nogle gange impliceres. Artiklens forskellige nedslag illustrerer, hvordan kontekster og relationer sætter rammer for fortællingerne og præger deres udformning. Konteksten er derfor afgørende for forståelsen af, hvad det vil sige at lytte efter brugernes egne stemmer og for, hvad der gen-

kendes som autentisk. Betydningen af at lytte til brugernes fortællinger ligger derfor i vores forståelse ikke i deres formodede autenticitet, men snarere i, at deres fortællinger fungerer som måder at (gen)etablere agens og stærke modfortællinger hos psykiatribrugere.

Nøgleord: *narrativ, brugerfortællinger, skizofreni, psykiske lidelser, psykosociale bosteder, recovery.*

Indledning

"Jeg kan godt være lidt i tvivl om [mine erindringer], men også fordi jeg ved ikke, hvornår det har været en psykose, altså når jeg har været psykotisk, har jeg tit set en mand, som bliver kaldt Skikkelsen ... det var først rigtig, rigtig mange år inde i mit forløb, at det gik op for mig, at han findes ikke ... han har været der hele mit liv, og så får jeg at vide, at en jeg har kendt hele mit liv ikke findes ... det er underligt [...] Prøv at forestil dig en ven, du har haft gennem hele livet næsten, og så pludselig får du at vide, han har aldrig været der, han findes ikke ... du har minder omkring den her person, men andre har ikke, du er den ENESTE der har set ham, det er underligt. [Nu er] han forsvundet i medicinen, [og] det er ambivalent, jeg vil gerne have ham tilbage, som den han var, da jeg var barn, for der var han en god ven, men omkring 11 års alderen, tror jeg, 11-12 års alderen, så begyndte han at blive destruktiv" (Interview, Kim).

I psykiatrien og socialpsykiatrien er der en stigende tendens til at forholde sig kritisk til den traditionelle ulighed mellem behandler og patient, hvor behandleren taler og afgør den relevante behandling, mens patienten/brugeren er passiv modtager (Eriksson, 2013). Et modsvar er at arbejde med brugernes *egne* stemmer og høre *deres* historier (Brown, 2008; Cohen, 2016+2008). Spørgsmålet om, hvad et menneskes “egen fortælling” er, kan imidlertid besvares forskelligt fra forskellige teoretiske perspektiver. Med udgangspunkt i en konstruktivistisk forståelse af narrativitet peger vi på, hvordan rammer, kontekster og andre aktører bidrager til skabelsen af individets fortællinger. Vi problematiserer således begrebet om “egne fortællinger” og den forestilling om autenticitet, som dette begreb ofte forbindes med. Pointen hermed er ikke at betvivle værdien af brugernes fortællinger, men at sætte fokus på de mange forskellige kontekster og stemmer, der blander sig i individets fortælling og dermed udfordrer og rammesætter kampen for egen historie.

Vi zoomer ind på Kim – en ung mand, som bor på et socialpsykiatrisk bosted for unge voksne med svære psykiske problemer. Kim har forskellige psykiatriske diagnoser, hvoraf den primære er skizofreni, og han har desuden en svær historie præget af selvhad og selvskade. Han har tilbragt en stor del af sit liv på institutioner og har boet på bostedet, hvor vi møder ham, i nogle år. Han er glad for det og taler ofte om, hvordan det adskiller sig positivt fra bosteder, hvor han har boet tidligere i sit liv, og hvor han har oplevet overgreb fra personalet. I det indledende interviewuddrag fortæller han om sin primære stemme Skikkelsen, og hvordan dens tilstedeværelse og siden forsvinden, har givet ham en grundlæggende tvivl på egne minder og dermed en manglende adgang til sin egen historie. Samtidig er Kim en ivrig fortæller af sin historie. Han giver gerne mennesker adgang til sine fortællinger om sit liv og til

overvejelser om, hvordan de ændrer sig i takt med hans livssituation.

Gennem en “tyk beskrivelse” (Geertz, 1973) af, hvordan Kim tales frem af ham selv og af hans omgivelser, belyser vi, hvordan forhandlinger og konstruktioner af livsfortællinger sker socialt, i dialog og i en forhandling mellem forskellige aktører. Ved at fokusere på en enkelt case bliver det muligt at invitere forskellige stemmer og kontekster, som Kim indgår i, ind i analysen og således illustrere den grundlæggende multivokalitet, der gør sig gældende i fortællingerne af – og om Kim.

Kims historie er både eksemplarisk og meget specifik. Den er eksemplarisk i den forstand, at vi fokuserer på temaer, som vi er stødt på gentagne gange i mødet med socialpsykiatrien. Det gælder både temaerne i Kims egne fortællinger, som f.eks. spørgsmålet om at *have* eller *være* en diagnose, og det gælder det, at være udleveret til andre mere magtfulde eller understøttende fortællinger. Samtidig er Kims historie specifik, fordi vi har fastholdt det unikke ved det enkelte individ og undladt at omskrive Kim til en generaliseret case.¹

Bostedet, hvor Kim bor, er et kommunalt pædagogisk tilbud, som tilbyder “midlertidigt ophold i boformer til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det”.² Det har tilknyttet omkring 20 brugere og har døgnbemanding.³ Beboerne på bostedet har hver deres private værelse. Des-

1 Af anonymiseringshensyn har vi dog måttet foretage visse omskrivninger af materialet og udeladt omfattende dele af fortællingerne, ligesom navne og steder er anonymiseret.

2 Servicelovens § 107 (Serviceloven, 2017)

3 Artiklen er baseret på forskningsprojektet *Socialpædagogisk relationsarbejde blandt unge voksne med psykiske lidelser* på UCC. Ud over artiklens forfattere har Hanne Meyer-Johansen, Louise Mathiasen og Christina Jørgensen været involveret i projektet. Det empiriske udgangspunkt for artiklen er tre-måneders parallelt feltarbejde blandt henholdsvis brugere og personale på et socialpsykiatrisk bosted for unge voksne med svære psykiske problemer, samt tre korte feltar-

uden er der fælles områder i form af køkken, tv-stue, værksted, mv. Beboere og personale laver mad og spiser sammen, og personalet tilstræber at skabe en hjemlig atmosfære og en uformel omgang med beboerne “i øjenhøjde”, som det hedder. De fleste af beboerne er enten under uddannelse eller aktivering – som regel i et begrænset timental. At bostedet er et *pædagogisk* tilbud betyder, dels at det i høj grad er bemanded med pædagogisk, snarere end sundhedsfagligt, personale, dels at personalets opgave ikke forstås som behandling af sygdom, men snarere som hjælp til at fungere i hverdagen. Personale og ledelse på stedet er enige om, at personalets rolle er at støtte og skærme, men også ind imellem presse beboerne til at tage små skridt i retning af en mere selvstændig tilværelse. At tilbuddet er *midlertidigt* betyder, at målet for de enkelte beboere er at flytte videre over i en mere selvstændig boform efter en kortere eller længere periode – som regel nogle år.

I personalets fortællinger om beboerne er familie- og livshistorie overordnet den psykiatriske diagnose. Dette begrundes i bostedets rolle: at det ikke er et behandlingssted, men et sted, hvor der ydes pædagogisk støtte til at lære at håndtere en hverdag. Det betyder ikke, at der ingen opmærksomhed er på diagnoser, men det betyder, at personalet primært har fokus på det enkelte menneskes liv, problemer og muligheder. De diagnoser, beboerne har, omtales som noget, psykiaterne og hospitalspsykiatrien tager sig af, og som i bostedets dagligdag primært håndteres i form af uddeling af medicin og opfordring og støtte til at beboere kan deltage i psykoedukationsforløb – og ind imellem som en klangbund for forståelsen og håndteringen af de kriser, som opstår.

Artiklens opbygning

Kims hoveddiagnose, skizofreni, er et omdrejningspunkt for hans egen fortælling og dermed

også central for vores. Vi indleder artiklen med en kort beskrivelse af skiftende opfattelser af skizofreni og af det, at høre stemmer. Så følger et afsnit om narrativitet og narrativ analyse, og dernæst følger analysen, som er bygget op omkring tre overordnede nedslag; 1. Kim, 2. Moren, 3. Bostedets personale. Slutteligt opsummerer vi og diskuterer, hvordan et blik for de forskellige kontekster og stemmer omkring Kim bidrager til at forstå, hvordan han kan – eller ikke kan – give sin egen fortælling, og hvordan en “egen” fortælling overhovedet kan forstås.

Skizofreni og retten til sin egen fortælling

Skizofreni er et af de mest omstridte psykiatriske begreber (Topor, 2003; Woods, 2013b, s. 265). Den dominerende forståelse af lidelsen som en permanent tilstand med et endnu uafklaret biologisk grundlag bliver i stigende grad problematiseret,⁴ og dermed er der kommet et øget fokus på psykosocial rehabilitering eller “recovery”, forstået som muligheden for at blive rask eller at lære at leve et godt liv med skizofreni (Topor, 2003+2005; Kogstad, Ekeland & Hummelvoll, 2011). Ambitionen om at arbejde “recovery-orienteret” breder sig på de socialpsykiatriske bosteder, og selvom “recovery” er et vidt begreb (Neidel, 2011; Petersen, Friis, Haxholm, Nielsen & Wind 2015), indebærer selve orienteringen mod muligheden for at komme sig en bestræbelse på at inddrage andre faktorer i behandlingen end de rent medicinske.⁵

Allerede i 1970'erne begyndte en deinstitutionisering af psykiatrien i Danmark i form af en nedlæggelse af psykiatriske hospitalspladser og en gradvis udbygning af distrikts- og socialpsykiatrien (Møller 2013). Mennesker med psykosociale problemer og psykiatriske diagnoser – herunder skizofreni – er siden i

bejder af en uges varighed på lignende bosteder. Det primære feltarbejde er udført af artiklens forfattere.

4 For et overblik over diskussionen indenfor psykiatrien, se Ringer 2013, s. 18-23.

5 Se f.eks. Socialstyrelsen 2017.

stigende grad flyttet ind på socialpsykiatriske bosteder, hvor fokus i højere grad er på opbyggelse af sociale relationer og personlige livskompetencer end på den medicinske behandling, og hvor personalets faglige tilgang er pædagogisk, snarere end sundhedsfaglig. I takt med denne bevægelse og gradvise ændring af opfattelser af psykiske problemer er opfattelsen af de stemmer, som mennesker med psykoser kan opleve, blevet udfordret, særligt af stemmehørerbevægelsen. Mens den traditionelle medicinske behandling af psykoser bygger på en forståelse af stemmer som vrangforestillinger og hallucinationer og noget, som står i vejen for helbredelse eller et bedre liv med sygdommen, så ser stemmehørerbevægelsen det, at høre stemmer, som en meningsfuld erfaring og en vigtig del af individets identitet (Blackman, 2001; Busch, 2015; Woods, 2013b). Bevægelsen pointerer vigtigheden af at udvide normal kategorien ved at normalisere stemmehøring, snarere end at bekæmpe stemmerne som tegn på sygdom.⁶ Pointen er, at det at høre stemmer ikke nødvendigvis behøver at være et sygdomstegn, men at mange mennesker hører stemmer, og at man kan gå i dialog med stemmerne og søge at give dem en konstruktiv plads i menneskets liv, frem for at søge at fjerne dem for enhver pris. Behandlingen af stemmer som en meningsfuld del af livet har fundet vej ind i socialpsykiatrien i form af uddannelse af stemmehørercoaches, men befinder sig stadig i periferien af etablerede behandlingstilbud.

Forståelsen af skizofreni, psykoser og betydningen af det, at høre stemmer, er således socialt og historisk foranderlig, og desuden afhængig af den kulturelle kontekst (Jenkins, 2004). Woods (2013a) fremhæver, at skizofreni er blevet konstrueret som "anti-narrativ": som en sygdom, der modsætter sig narrativ

idet den indebærer en manglende evne til at præsentere en sammenhængende fortælling (se for eksempel Allé et al., 2016). Som Gubrium og Holstein fremhæver, så er spørgsmålet om, hvilke (typer af) fortællinger, der kan fremstå som meningsfulde, og hvilke (typer af) fortællere, der fremstår som legitime, imidlertid både historisk og kontekstuel bestemt. Således er fortællinger fra de lavere klasser historisk blevet afvist som meningsløse (Gubrium & Holstein, 2009, s. 3). Set i det lys, kan aktuelle bestræbelser for at få anerkendt psykotiske stemmer som meningsfulde ses som det seneste led i en fortsat kamp for at udvide rammerne for, hvilke stemmer der kan anerkendes som legitime. Det drejer sig derfor ikke kun om, hvem der kan få mulighed for at tale, men i høj grad også om kriterierne for, at ens stemme bliver hørt og betragtet som meningsfuld.

Selvom mennesker med skizofreni ikke helt er blevet afskåret fra at fortælle deres historie, er disse historier ofte stærkt rammesat af andre i form af krav til et klart fokus og stil (Schneider, 2003; Woods 2003a). I de senere år er der imidlertid kommet øget fokus på brugernes egne stemmer (Brown, 2008; Cohen, 2008; Estroff, 2004; Nelson, Miller & Ashman, 2016; Ringer, 2013).⁷ Mennesker med skizofreni opfattes i højere grad end tidligere som aktører,

6 For en analyse af det, at høre stemmer, som en del af menneskelig eksistens, som ikke blot er forbundet med psykose, se Romme & Morris, 2013.

7 I takt med det øgede fokus på brugernes egne stemmer og fortællinger, er der i en skandinavisk kontekst udkommet flere selvbiografiske beretninger af mennesker med psykiske lidelser. I den sammenhæng kan nævnes, den norske psykolog Arnhild Lauveng (2008+2009+2012), der tidligere har været indlagt med skizofreni, og som har udgivet flere selvbiografiske bøger om at have skizofreni og psykoser, hvor hun også præsenterer beretninger fra unge med psykiske problemer og diagnoser. I en dansk kontekst har blandt andre Camille Thellefsen (2016) og Julie Sonne Vilstrup (2015) udgivet selvbiografier om livet med skizofreni, og arbejdet for at få det bedre. Den danske poetryslammer Sara Hauge (2015), der er diagnosticeret med skizofreni, har udgivet en digtsamling om at være i dialog med sine egne stemmer. Herudover har Det Sociale Netværk udgivet en samling af livshistorier fortalt af mennesker med psykisk sygdom (Det sociale netværk, 2017).

og dermed som aktive medskabere af eget liv og sygdoms/recoveryforløb. I den forbindelse, er det blevet udbredt at arbejde med brugernes egne fortællinger som redskab i pædagogiske og terapeutiske forløb.

Set i et narrativt perspektiv er spørgsmålet imidlertid, hvordan man kan forstå fortællinger som "egne fortællinger". Gubrium og Holstein spørger, hvad "egne fortællinger" bliver indgange til? Forstås de som vinduer til fortællerens sociale verden eller som en adgang til fortællerens indre liv, som det eksempelvis har været tænkt i en psykoanalytisk kontekst? Gubrium og Holstein kritiserer begge disse tilgange for ikke at inddrage kontekstens betydning i tilstrækkelig grad og peger i stedet på, at en historie altid er en "story in society", det vil sige, at den altid bliver fortalt i specifikke kontekster og til nogen (Gubrium & Holstein, 2009, s. 10-11). Derfor må man spørge til både relationers og konteksters betydning for, hvad "brugernes egne fortællinger" er og kan blive til? For at kunne nærme os vores bud på dette spørgsmål, må vi se nærmere på det narrative perspektiv.

Narrativitet

Vi tager udgangspunkt i en forståelse af narrativer som grundlæggende sociale (Gubrium & Holstein, 2009). Det betyder blandt andet, at konteksten for den historie, der fortælles, er lige så vigtig som teksten, idet enhver fortælling henvender sig til *nogen* med specifikke formål og i specifikke kontekster. Det betyder desuden, at selvom der er én, der lægger stemme til fortællingen, så er svaret på spørgsmålet om, hvem der er fortællingens forfatter, aldrig enkelt (Jackson, 2002). Fortællinger er dialogiske og intertekstuelle, og de trækker på narrative konventioner (Gergen, 2008) eller "modeller" (Bruner, 1987), som er forudsætninger for, at en fortælling kan genkendes som meningsfuld. Enhver fortælling er således i imellem eksplicit dialog med tidligere, samtidige, fremtidige, tilstedeværende eller fraværende

andre fortællinger, og fortællinger er ikke blot mere eller mindre korrekte refleksioner af en forud-eksisterende virkelighed. De indebærer en udvælgelse og dermed en tolkning af det skete og bidrager til at skabe den identitet, som de omtaler (Frello, 2012; Lawler, 2008). I den forstand er narrativer altid performative, og de er moralske i den forstand, at de ikke blot beskriver, men samtidig vurderer: De afspejler forestillinger om, hvad det gode og dårlige liv er. Ved at fortælle en historie kan individet desuden erobre en fornemmelse af agens og mulighed for at håndtere begivenheder og situationer, som måske ellers forekommer overvældende og uden for personens rækkevidde (Jackson, 2002, s. 36).

Gubrium og Holstein behandler selve *kriterierne* for narrativitet som sociale: Hvorvidt narrativitet forudsætter plot – som ofte nævnes som et af de grundlæggende kriterier – er ifølge Gubrium og Holstein et empirisk spørgsmål, ikke en forudsætning for analysen (Gubrium & Holstein, 2009, s. 225-228). Selvom vi tager udgangspunkt i en grundlæggende social forståelse af narrativ, læner vi os her op ad en klassisk forståelse, hvor narrativitet forudsætter plot: Mening skabes ved at udvælge elementer og forbinde dem med kronologi, kausalitet og agens. Ren oprensning af elementer i f.eks. en indkøbsliste er således ikke et narrativ i vores forståelse. Grænsen mellem det narrative og det ikke-narrative er imidlertid flydende. Ofte er narrativer "ufærdige": Fordi narrativ praksis er grundlæggende intertekstuel, kan elementer af en fortælling trække på og associere til allerede etablerede fortællinger, så allerede etableret mening kan fremkaldes ved blot at gentage fragmenter af en etableret fortælling. Det ser vi i analysen nedenfor, hvor selve benævnelsen af bestemte dele af Kims livshistorie underforstår en fortælling om ham som skrøbelig og udsat.

Narrativers intertekstuelle karakter indebærer, at de er tæt forbundet til vores evne til

(korrekt eller ej) at læse og tolke andre menneskers handlinger og underliggende motiver. Mattingly bruger betegnelsen “narrative mind reading” og peger på, at vi, i vores læsning af andre, trækker på forskellige “kulturelle scripts” for forståelser af, hvem der er hvem. Sådanne scripts sætter rammer for, hvordan vi konstruerer os selv og “de andre” (Mattingly, 2008). Dermed er narrativer også handlingsanvisende. De refererer ikke kun til tidligere oplevelser, men skaber nye oplevelser og giver mening til både fortid og fremtid (Mattingly, 1998). De er desuden forbundet med magt, dels i kraft af de konventioner, de trækker på, som bidrager til, at ikke alle fortællinger har lige mulighed for gennemslagskraft, og ikke alle fortællinger giver mening (som i forståelsen af skizofreni som “anti-narrativ”), og dels i kraft af, at bidragsyderne til fortællingerne indtager ulige magtfulde positioner i relation til hinanden (f.eks. bruger overfor professionel). Det troværdighedshierarki, som gælder i én kontekst, gælder imidlertid ikke nødvendigvis i enhver anden kontekst. Statushierarkier og magtpositioner er ikke entydigt determinerende for, hvem der kan fortælle hvilke historier, og hvad der kan accepteres som meningsfuldt. De er rammesættende, men det må studeres i den konkrete kontekst, hvordan hierarkier reproduceres, forskydes eller udfordres (Gubrium & Holstein, 2009).

Forståelsen af narrativer som sociale og dialogiske indebærer, at spørgsmålet om “brugernes egne stemmer” bliver væsentligt mere kompliceret, end det nogle gange fremstår i fremstillinger af “brugerfortællinger” fra psykiatrien. Der er primært to måder, hvorpå værdsættelsen af brugernes “egne stemmer” begrundes: Dels med henblik på at udligne hegemoniske magtstrukturer, der ikke giver plads til brugeres perspektiver og deres oplevelser af den behandling, de møder (se f.eks. Cohen, 2016; Eriksson, 2013; Ringer 2013). Dels i en implicit behandling af brugernes egne stemmer som en direkte adgang til bagvedliggende

sandheder (se f.eks. Brown 2008). Sidstnævnte perspektiv har rod i en forståelse af narrativer som et “vindue til sjælen” (Peacock & Holland citeret i Mattingly, 1998, s. 26). En sådan position risikerer imidlertid at komme til at forudsætte eksistensen af et særligt “autentisk” narrativ, og dermed overse, at ikke alene trækker fortællinger på narrative konventioner. De er også tilpasset den kontekst, de fremkommer i og det publikum, de henvender sig til, og skåret til efter fortællerens intention med fortællingen. Snarere end at forstå autenticitet som en bagvedliggende kvalitet, som “brugernes egne stemmer” giver særlig adgang til, vil vi derfor forstå autenticitet som en kontekstspecifik konstruktion. Med dette udgangspunkt analyserer vi, hvordan forskellige aktører lokalt tildeler eller ikke tildeler specifikke narrativer autenticitet. Dette viser sig for eksempel i de måder personalet taler om at få/ikke få en særligt “autentisk” adgang til brugerne igennem deres fortællinger.

Det, at kunne fortælle sin historie, og det, at høre brugernes egne stemmer, er således ikke en entydig proces. Den kræver opmærksomhed på konteksten og på de mange forskellige stemmer der blander sig, korrigerer og forhandler, hvad narrativer kan blive til. I det følgende undersøger vi forskellige stemmer, som optræder i forskellige kontekster på forskellige tidspunkter og i forskellige relationer til det menneske, hvis identitet konstrueres i fortællingen. Vi vender først blikket mod Kims egne fortællinger, hvor et af de helt centrale temaer er spørgsmålet om at være udleveret til andres domme og kampen for at vinde retten til at være aktør i eget liv.

Kim: at være sit eget tog

Kim er, ligesom alle andre mennesker, kontinuerligt i gang med at konstruere forskellige udkast til narrativer, som han fortæller sig selv frem igennem. De forskellige narrativer har forskellige temaer og rettigheder. Vi har udvalgt tre temaer i Kims fortællinger om

sig selv. De er valgt, dels fordi vi finder dem på tværs af vores materiale i andre brugeres fortællinger, og dels fordi Kim selv har udpeget dem som nogle af de vigtigste. Det første handler om det at *have*, og ikke *være* en diagnose. Det andet handler om modfortællinger: at fortælle sig selv frem som stærk og beslutningsdygtig på trods. Det tredje handler om at være i tvivl om sine egne minder og dermed sin egen livshistorie.

At have – ikke være – en diagnose

“Jeg er vegetar. Jeg har skizofreni” siger Kim og fortæller, hvor frustrerende det er, at mange tror, sygdommen er hans primære identitet. Det man er, er noget man selv har valgt, mens det, man har, er noget udefra, forklarer han. Han sammenligner det med et billede på et tog med en endestation som er fast. Han bruger mig som eksempel: “Du er et tog og endestationen er Anne Mia. Det kan godt være, der kan komme andre og køre parallelt med dig, som din kæreste Søren, og måske kører han med til endestationen, måske gør han ikke, men det er stadig dit tog”. Jeg spørger om diagnoserne er andre tog, og han svarer ja. Det handler om, at man selv er noget, og der kommer påvirkninger og elementer udefra, men de bestemmer ikke, hvem man er, man er stadig sit eget tog” (Feltnoteudrag, AMS).

Parallelt med, at Kim ofte gør en dyd ud af, at han ikke *er* sin diagnose, taler han samtidig meget om medicin og diagnoser. Diagnoserne bliver fremhævet som en forklaringsramme, som er god ved indlæggelse på nye afdelinger, fordi man “ikke behøver at forklare så meget”, som han siger. Endelig er diagnoserne et tilbagevendende referencepunkt i samtaler: “Det er på grund af min skizofreni”. Det er altså ikke en entydig fortælling; diagnoserne er både noget, han tager afstand fra som definerende for, hvem han er, samtidig med at de kontinuerligt fletter sig ind i andre fortælleudkast som rammesætning og præmis. Schneider analyserer forskellige strategier for, hvordan mennesker med diagnosen skizofreni kan skabe en posi-

tiv selvfortælling på trods af det stigma, som diagnosen medfører – et stigma, som blandt andet indebærer, at en benægtelse af sygdommen af omgivelserne vil blive læst som manglende sygdomserkendelse, og dermed kontraproduktivt blot vil bekræfte sygdommens eksistens (Schneider 2003). Kim balancerer i sine selvfortællinger på mange måder mellem forskellige strategier: Han ved, at hvis han afviser sin diagnose, udviser han manglende sygdomserkendelse og har svært ved at blive genkendt som “god og reflekteret bruger”. Samtidig er det vigtigt for ham at fortælle sig selv frem som andet og mere: som en dynamisk og magerett person, der ikke passer ned i en enkelt kasse med mærkatet skizofren. På den måde bliver Kims narrativer et aktivt selvarbejde for at konstruere en identitet, som fremstår som mere positiv og mindre stigmatiseret. Dilemmaerne i, at diagnoser *både* kan stigmatisere, og understøtte og gøre det lettere at forklare sig, gør hans narrativer nuancerede og flerstemmige. Fortællingerne om ikke at *være*, men *have* en diagnose kan også forstås som et led i en række “modfortællinger”, der udfordrer dominerende sandheder og diskurser (Eriksson, 2013, s. 6). Det perspektiv vil blive udfoldet i det næste afsnit.

Modfortællinger

“Kim fortæller, at han hader folk, der tror de ved bedre, fordi de har taget en lang uddannelse. Han hader kasser, og at man tror, man ved, hvad det ene og det andet er i stedet for at spørge. “Det er vel mig der er eksperten på mig?!” spørger han forurettet, mens han kigger intenst på mig og fortæller om en psykolog, han engang havde, og som troede, hun vidste det hele. En gang bad hun Kim tegne et ur. Det synes Kim var en åndsvag ting, og han hader folk skal analysere hans tegninger, så han nægtede. Men psykologen insisterede. Endelig gav han efter, men eftersom Kim bedst kan lide digitale ure, gad han ikke tegne en urskive. Psykologen blev ved og insisterede på, han skulle tegne tallene på uret som på en urskive. Så bestemte Kim sig for at lave sjov

med det. Han byttede om på, hvor tallene skulle stå, og skrev tre hvor der skulle stå seks og skrev dem i omvendt rækkefølge. "Og så konkluderede hun, at jeg havde vrangforestillinger og fordrejet virkelighedsopfattelse. Helt ærligt!" (Feltnoteuddrag, AMS).

Et gennemgående spor i Kims narrativer er, at han gør oprør og ikke finder sig i bedrevidende personale og læger. Han fortæller sig frem som stærk og handlekraftig og i opposition, særligt i forhold til personaler på tidligere bosteder.⁸ I feltnoteudraget kommer det til udtryk i fortællinger som, "de tror de kan gennemskue mig, men jeg narrer dem", og "det er mig selv der er ekspert, ikke dem med en uddannelse". Kim spidder og udstiller den naive psykolog i sin fortælling ved at fremstille hende som en, der ikke ser hans kreative modstand, men laver fejlslutninger. På den måde udfordrer han asymmetrien, hvor psykologen er den med definitionsmagten, der skriver og noterer om ham i journalen (jf. Ringer & Holen, 2016).

Kim fortæller, at han på tidligere bosteder har klaget til ledelsen på andre beboeres vegne, og at han er sådan en, der blander sig ved beboermøder. Tilsammen bidrager disse fortællinger til et overordnet narrativ, som kan beskrives som "Jeg er en, der selv bestemmer, kan ændre ting og udfordre autoriteterne". Dette narrativ står umiddelbart i stærk kontrast til ydre rammer og perspektiver på hans livsforløb, hvor han er blevet placeret på en række forskellige tilbud, tvangsindlagt og tilbageholdt. Kims modfortællinger udfordrer magthierarkiet. Samtidig er konteksten for fortællingen relevant. Som vi beskrev ovenfor, fortæller man altid sin historie til *nogen*. Der er altid et publikum (om ikke andet så imaginært), og historien, der fortælles, forholder sig

på forskellige måder til det publikum (Abu-Lughod, 1993, s. 15; Gubrium & Holstein, 2009). Spørgsmålet er derfor, om positionen og selvfortællingen som en, der udfordrer og stiller spørgsmål, er særligt vigtig overfor Anne Mia som antropolog? Har Kim luret, at det er den type fortællinger om aktive aktører der gør oprør, Anne Mia er ude efter? Eller hænger det sammen med, at han på bostedet konstant er udsat for personalets vurderinger og fortællinger om ham, og at han vinder agens ved at skabe en anden fortælling? Som vi skal se i afsnittet om kontaktpersonen, taler Kim sig frem på en anderledes og mere skrøbelig måde i forhold til nogle af pædagogerne.

Mattinglys begreber om kulturelle scripts og narrative mind reading, som vi kort har berørt, peger på, hvordan menneskers handlinger og motiver tolkes med udgangspunkt i etablerede forståelser, som skaber særlige forventninger (dvs. hvad vi *også* hører, selvom det ikke bliver sagt). Det drejer sig om, hvordan vi læser hinanden, samt hvilket arbejde de forskellige involverede er på, når personer tales eller taler sig selv frem. I relation til Kim er denne rammesætning interessant i forhold til at få øje på, hvilke læsninger han taler sig op imod, og hvilke positioneringer der ligger i hans selvfortællinger: Udefra set er han i kraft af sin diagnose, sin barndom med overgreb og sine mange tvangsindlæggelser en del af en marginaliseret og udsat gruppe. Som vi kommer ind på nedenfor, bliver han af flere personaler på bostedet talt frem som meget udfordret og som en der fikserer meget på sygdom. At Kim derfor vægter selvfortællinger, hvor han udfordrer systemet, vender magtforholdet om og er en stærk og handlende aktør, er derfor interessant som modfortælling. Med udgangspunkt i dominerende kulturelle scripts bliver han læst som udsat, men han fortæller sig selv frem som stærk. Dette er dog ikke Kims eneste selvfortælling, og den næste, vi vil fokusere på, er væsentligt mere flertydig, idet den involverer Kims primære stemme, Skikkelsen.

⁸ Kim understreger, at kritikken af de fordømmende "andre" refererer til personale på tidligere bosteder. Han taler ikke om personalet på hans nuværende bosted på den måde. Derfor har vi ikke mulighed for at have denne stemme med i artiklen.

Skikkelsen

Skikkelsen er på den ene side en selvstændig stemme, fordi Kim oplever ham som sådan. På den anden side er han en del af Kims fortællinger, fordi det er Kim, der fortæller ham frem.

Som det fremgår af det indledende interviewuddrag, er Skikkelsen en ældre mand, som har fulgt Kim så langt tilbage, han kan huske. Skikkelsen er en kompleks figur, der både støtter og guider ham, men som samtidig er destruktiv. Som det fremgår i Kims fortælling, er det først i de senere år, efter at skikkelsen er gledet i baggrunden på grund af antipsykotisk medicin, at Kim har opdaget, at han ikke er en virkelig person, men kun eksisterer i Kims hoved. Netop erkendelsen af, at Skikkelsen ikke eksisterer i en delt verden med andre, slår, som feltnoteuddraget nedenfor indikerer, et centralt tema an i Kims narrativer: en grundlæggende tvivl på egne minder.

“Kim fortæller om “Skikkelsen”. Han dikterer hvad Kim skal gøre og udmåler straffe, hvis han gør noget dumt. Men nogle af tingene var på en måde gode. For eksempel var han bange for at blive såret ved at lade nogen komme for tæt på, og i den forstand gav skikkelsen gode råd: han fortalte for eksempel, at Kim skulle lade sine negle gro lange og så klippe dem sylespidse, så han ville rive andre menneskers hænder til blods, hvis de prøvede at holde ham i hånden eller kom for tæt på. Andre gange er det mere destruktivt, det Skikkelsen får ham til. Han fortæller om en gang, hvor han tog kvælertag på en kvindelig personale. Hende vil han gerne kunne sige undskyld til. Han fortæller i detaljer, hvordan personalet kom ind på hans værelse og gjorde den fejl at stå i vejen for hans flugtvej, det eneste Kim kunne tænke var at han skulle ud og at kvinden skulle tie stille. Han fortæller, at den eneste grund til, at personalet overlevede, var, at hun stod tættest på døren og kunne bakke ud, mens Kim hang om hendes hals. Han husker, hvordan kvindens stemme lød, da de kom ud på gangen, og en masse personale kom løbende, den stemme sidder i ham. Han så hende aldrig igen, hun ville ikke være i nærheden af Kim efter det, og det kan han godt forstå. Han fortæller, at det er Skikkelsen, der siger, at han skal

gøre de ting [...]. Skikkelsen har mange regler, ligesom et barn lærer, at det ikke må gå overfor rødt, er mange af reglerne hinsides refleksion. “Man ved bare det er sådan”, forklarer han.” (Feltnoteuddrag, AMS).

Skikkelsen opdrager, støtter og guider Kim. I barndommen er han en af de mest stabile “voksen”-figurer og bliver derfor afgørende for en del af Kims narrativ om, at barndommen også var god og tryk med en voksen, der hjalp og satte grænser. Samtidig er Skikkelsen også destruktiv, eller rettere bliver det i teenage-årene, og får Kim til at sår og skade både sig selv og andre. Den form for instrukser er dobbeltydige. De bliver både til en del af Kims narrativ om at være en, der skader og forvolder andre smerte, men også en del af et narrativ om at være en, der kan passe på sig selv og sørger for, at andre ikke kommer for tæt på. Skikkelsen er på den måde en art følgesvend i en kroget og svær livsfortælling, som Kim har svær adgang til, fordi han ikke kan stole på sine minder. Da Skikkelsen “forsvandt i medicinen”, som Kim siger, forsvandt ikke blot en kilde til destruktion, men også en rådgiver og vejleder, som støttede Kim i hans kamp for at håndtere svære situationer. Man kan sige, at den behandling, som har fjernet Skikkelsen, ganske vist har været en hjælp, men samtidig har fjernet en del af den fornemmelse af at være en handlende aktør, som er så vigtig for ham.

Tvivlen om egne minder og oplevelsen af ikke at have adgang til sit eget narrativ, gør Skikkelsens bidrag til fortællingen om Kim ekstra vigtig: som en “anden” der kan bekræfte og bevidne, hvad der skete. Samtidig fjerner det tæppet under fortællingen; for er der så overhovedet noget, der er virkeligt? Hvad er psykose? Hvad er stemmer i hovedet, der blander sig? Og hvad er “virkelige” hændelser, der foregår i en delt verden med andre?

Et centralt spørgsmål for Kim bliver således, hvad han stiller op med sin livshistorie,

når han ofte ikke har adgang til den og ikke er sikker på, at det, han husker, er virkeligt. Det er et tema, som lægger sig på tværs af alle Kims selvfortællinger som en altid tilstedeværende tvivl. Det påvirker ikke alene oplevelser, hvor Skikkelsen er tilstede, men også alle andre livsoplevelser, og det betyder, at han på mange måder er i andres vold og må stole på deres fortællinger. Det viser sig i det følgende interviewuddrag, hvor Anne Mia spørger, hvordan det er at have en psykose:

“Det kommer an på, om jeg er klar over, den er der eller ej ... det er ikke altid, jeg ved, når jeg har været psykotisk, der er nogle ting, jeg logisk kan se, det her kan ikke lade sig gøre i den virkelige verden, så det må være en psykose, men andre ting ved jeg ikke [...], zebraer der galoperer igennem lokalet, det kan ikke lade sig gøre. For det første er der en væg, og den kan de ikke galopere igennem, hvor alverden skulle en flok zebraer komme fra midt i byen, det kan ikke lade sig gøre [...], det er lettere at håndtere, fordi så ved jeg, at det her KAN ikke lade sig gøre logisk. Ting, der ikke kan lade sig gøre: en slange der fylder et helt rum, men samtidigt fylder hovedet hele rummet, det vil sige, den har to størrelser på samme tid, det kan ikke lade sig gøre, og et personale der forvandler sig til en ged, det kan heller ikke lade sig gøre. ...men andre ting det ...inde i min verden, er det stadig ting, der er sket, men det har jeg så fået at vide, de ikke er, [for eksempel] under en fastholdelse, hvor jeg skulle bæltefikseres, hvor at JEG føler, at en af de mandlige personaler begynder at rage på mig ... det er tilsyneladende ikke sket ... men i min verden, så var det, jeg kan huske det, jeg kan huske, hvad der skete, jeg kan huske følelsen, men jeg har fået at vide, det ikke er sket. Hvad skal jeg stole på? Mine følelser eller 10 personaler der står og siger, det skete ikke det her? [...] så jeg er blevet god til at tvivle på mine egne minder, fordi jamen hvad nu hvis det har været en psykose? ... så der er mange ting, der er sket i mit liv, som jeg ikke er sikker på er sket ... fordi ... jamen var det en psykose, eller var det virkelighed? ... så jeg er begyndt at tvivle på mine egne minder” (Interview, Kim).

Når Kim rationelt kan vurdere, om en situation er virkelig eller ej, er det lettere for ham

at forholde sig til, end når situationen er mere virkelighedsnær, som bæltefikseringen. Det dilemma udfordrer Kims selvfortællinger. Som vi tidligere har beskrevet, lægger Kim vægt på at fortælle en positiv fortælling om sig selv som en stærk og handlende aktør. En sådan fortælling udfordres imidlertid af andres oplevelser af, om man har den rette sygdomserkendelse: At savne en stemme eller referere stemmens ord som sandhedsvidne kan således af omgivelserne blive opfattet som manglende sygdomserkendelse. Kims tvivl på egne minder gør det sværere for ham at stå på sin egen fortælling og ikke lade sig omfortælle af andre – blandt andet af det pædagogiske personale. Dermed forstærker tvivlen den asymmetri mellem professionel og bruger, som ligger i det klassiske magtforhold, hvor den ene taler og vurderer, og den anden vurderes (Eriksson, 2013).

Der findes imidlertid andre stærke fortællere i Kims liv end de professionelle, som omgiver ham. I det følgende vil vi se nærmere på moderens fortælling om Kim.

Moren: jeg husker det bedre end dig

“Kim har inviteret mig med hjem på besøg hos hans mor. Moren, to søskende og morens kæreste sidder i stuen og spiller computerspil og snakker, da vi kommer. Kim spørger, om jeg vil have et glas cola, og vi sætter os ud i køkkenet på to sorte klapstole. Moren kommer ud til os, sætter sig på en stol tættest på mig, og tænder en smøg. I det smalle køkken bliver vi hurtigt indhyllet i en tæt sky af cigaretrøg. Hun kigger mig lige i øjnene og siger, at jeg endelig må sige til, hvis jeg vil lave interview med hende. “Kim har jo været så dopet på medicin, at han ikke ved halvdelen af, hvad der er sket”, fortsætter hun og understreger, at hun til gengæld “husker det hele”. Jeg nikker, kigger lidt frem og tilbage mellem Kim og moren og ved ikke helt, hvad jeg skal gøre af mig selv. Kim siger ingenting. Hun spørger ind til, hvad Kim har fortalt mig om hans forløb, og jeg prøver at glide af, for ikke at risikere at udlevere noget Kim har sagt i fortrolighed til mig. “Har Kim fortalt

om Tungsted⁹? Har Kim fortalt om sin ni måneders indlæggelse på den lukkede?” fortsætter hun spørgende. Jeg trækker på det, prøver at undlade at svare uden at virke uhøflig. Moren virker til at affinde sig med mine manglende svar og fortsætter med at fortælle om, hvor hårdt hun selv har haft det. At hun er bipolar, men at hun måtte holde sammen på familien, og at hun virkelig knækkede sammen, da børnene var indlagt. Endnu en gang siger hun: “Jeg kan udfylde hullerne, det meste kan du jo ikke huske Kim, fordi du var så dopet op på medicin, gudskelov du ikke husker det. Men jeg husker det, med hver eneste fiber i min krop”. Lidt senere fortæller moren, at der er flere i familien, der tror, at det er hendes skyld, at børnene er syge [Kim har søskende, der også har psykiatriske diagnoser], at det er bare noget hun bilder dem ind. Moren er meget forurettet. “Hvis de virkelig troede det, hvorfor sagde de så ikke noget til mig, før børnene var store og fik diagnoserne?” spørger hun ud i luften. Kim blander sig og fortæller, hvordan hans morfar, moster og onkel kun interesserede sig for ham, når han overdosede, og så glemte ham igen. Han fortæller, at han er meget ked af det med, at hans udfordringer bare skulle være noget, moren har fundet på, fordi han synes, det fratager ham den store kamp og sejr, at han stadig er her i dag, som han siger: “Hvis det bare er noget, mor har fundet på, så har jeg jo slet ikke været igennem noget, så har jeg ikke overvundet noget. Og jeg HAR virkelig kæmpet” (Feltnoteuddrag, AMS).

Der er flere ting på spil i ovenstående feltnoteuddrag, men det, vi her vil fokusere på, er dels morens narrativ som den, der husker, og dermed som den, der har adgang til den “rigtige historie”. Dels det forhold, at andre familiemedlemmer melder sig på banen med forklaringer og fortælespor omkring Kims sygdom: det er bare en indbildning, som skyldes en destruktiv morfigur. Sidstnævnte har vi kun adgang til igennem Kims referencer til familiemedlemmernes stemmer, og de taler derfor et andet sted fra end morens direkte fortællinger. Fælles for dem begge er dog, at de tilbyder alternative forklaringsrammer og

forståelser, som ikke bare supplerer, men søger at trumfe Kims egne narrativer.

I feltnoteudraget fra køkkenet omtaler moren hovedsageligt Kim i tredje person. Det er første gang, Anne Mia er på besøg. Kim er tilstede, men moren henvender sig alligevel direkte til Anne Mia. Det er hende, der skal høre en historie, hende der fortælles til. Kim sidder på sidelinjen og blander sig i lang tid ikke, men bliver heller ikke inviteret ind i samtalen. Anne Mia sidder imellem de to og føler sig akavet og i tvivl om rummet, og hvad hun skal svare og ikke svare. Morens fortælling tilbyder sig ikke bare som et perspektiv (blandt andre), men virker til at ville overtage Kims fortælling med reference til at have bedre adgang til, hvad der “virkelig skete”. En gennemgående rød tråd i morens narrativ er således også, at hun er den, der husker og den, der kæmper. Kim bliver en biperson i fortællingen om moderens kamp mod sygdom og mod en uforstående omverden.

Med Mattinglys begreb om kulturelle scripts kan man pege på, at morens narrativ indgår i en modfortælling, hvor hun kæmper for sin søn og mod andres forventninger: For behandlingssystemet og andre familiemedlemmer fremstår hun som repræsentant for en udsat familie, og som en figur der i nogle tilfælde ligefrem forværrer situationen. I hendes eget narrativ bliver hun en person, der kæmper på trods af egen sygdomshistorie og udfordringer. Hun bliver den, der kan bære sandheden og bevidne, hvad der rent faktisk skete. Samtidig peger morens narrativer ind i Kims grundlæggende tvivl om egne minder: Morens pointering af at Kim grundet medicintåger ikke kan huske, er endnu en bekræftelse på at han ikke har adgang til sin egen historie. Det er hende, der kender den og hende, der kan fortælle sandheden om, hvad der skete.

De andre familiemedlemmers stemmer og fortællinger, som vi hører igennem Kim, udpeger hele sygdommen som indbildning. Det perspektiv implicerer en særlig konstruktion af

9 Et tidligere bosted

psykisk sygdom som reel/ikke reel afhængig af, om den har en biologisk eller social årsag. Familiemedlemmernes negligering af sygdommen som “indbildning” fratager på en måde dobbelt Kim hans oplevelse af virkeligheden i den forstand, at hans egne oplevelser på mange forskellige måder bliver undergravet: af fortællinger om, at han ikke kan huske, hvad der er sket grundet medicinpåvirkning, at han ikke har adgang til sine egne minder, og at den sygdom, han oplever at kæmpe med, slet ikke er reel, men et påfund skabt af moren.

Samtidig med at det er et stærkt narrativ for Kim ikke at *være*, men *have* sin diagnose, opponerer han kraftigt mod fortællingen om, at sygdommen er indbildning. For hvad er så virkeligt, og hvad er konsekvensen? Så er der intet handlerum, så har man ikke kæmpet, som Kim fortæller. Dermed modarbejder og trækker det tæppet væk under den anden stærke modfortælling blandt Kims narrativer; at man godt kan være handlekraftig, selvom man har en diagnose: Det er ikke bare Kims perspektiv, men en kollektiv stærk fortælling i familien, (hvor flere har forskellige diagnoser), at man selv er ekspert på sit eget liv og sin egen sygdom. Morens måder at fortælle Kim frem på illustrerer, hvordan narrativer er kollektive og flertydige. Han er ikke alene om sit narrativ. Konkurrerende stemmer blander sig og påvirker narrativerne på forskellige måder.

Personalet: en skrøbelig ung mand

Når bostedets personale fortæller om Kim, fremtræder han som en ung mand med svære problemer og en meget problematisk baggrund: Han har (måske) været udsat for seksuelt overgreb fra et familiemedlem, og familien er præget af en dyrkelse af sygdom, som personalet finder problematisk. De fortæller desuden, at Kim har flere alvorlige psykiatriske diagnoser, og at hans teenage- og ungdomsår har været præget af langvarige indlæggelser og anbringelser.

Personalets fortællinger om Kim har ofte

karakter af en sekventiel opremsning uden egentligt plot. Samtidig er der imidlertid tale om en udvælgelse af elementer, som udnævnes til centrale begivenheder og karakteristika ved at blive inkluderet i fortællingen om Kims nuværende problemer. Dermed fremstår Kims problemer som andet og mere end neurobiologiske. Familiens angivelige sygdomsfiksering tildeles en rolle, og det samme gør selve det faktum, at Kim har været indlagt i lange perioder og har tilbragt en stor del af sit liv på institution. I personalets perspektiv er deres opgave således ikke blot at hjælpe Kim med at håndtere de problemer, som er udpeget af psykiatrien, men også med at klare sig på trods af de livsomstændigheder, som har spændt ben for ham undervejs. Alt i alt beskrives Kim som en person, som har svært ved at tale om følelser, og er fokuseret på sygdom, har en usikker identitetsfølelse og brug for klare rammer – dels for at skabe tryghed, dels for at sætte grænser for hans fiksering på sygdom og gentagne og meget eksplicite fortællinger om overgreb og oplevelser under psykoser.

På bostedet vægtes det højt at kunne sætte ord på egne oplevelser. Det, at “komme tæt på” beboerne og høre deres fortællinger, fremstår som en selvfølgelig værdi i bestræbelsen på at hjælpe dem til en højere grad af mestring af eget liv. Selve det, at få adgang til fortællingens intime rum, beskrives som et væsentligt pædagogisk redskab og nogle gange som et mål i sig selv. Kims tilbagevendende fortælling af bestemte elementer af sin historie afviger fra den eksklusivitet og “dybde”, som i denne kontekst forbindes med autentiske brugerfortællinger. I deres gentagende og fragmenterede karakter lever de ikke op til stedets dominerende forståelser af sådanne fortællinger – forståelser, der sætter de lokale kriterier for, hvornår en fortælling er egnet til at bære brugeren “videre”, og hvornår den snarere vurderes som tegn på søgen efter opmærksomhed og fokusering på sygdom.

Personalets fortællinger om Kim kan ikke

adskilles fra deres fortællinger om bostedet og deres egen rolle som pædagogiske støttepersoner. Der er en fælles fortælling om Kim som en person, som har brug for at finde sin identitet. Men denne fælles fortælling indrammes meget forskelligt af forskellige personaler. Nogle taler Kim frem som en ung mand, som har brug for omsorg og skærmning, og som er forvirret og skrøbelig i en grad, så hans vurderinger af egne behov ikke kan tages for gode varer. Det er derfor personalets pligt at afgøre, hvad der er godt og skidt for Kim. Andre ser bostedet som en ramme, der skal etablere den nødvendige tryghed, som gør, at Kim kan afprøve nogle ting og bevæge sig ud i verden. Personalet ser her sig selv som fødselshjælper og støttepersoner i denne proces, med udgangspunkt i og respekt for Kims egne ønsker og drømme.

Der er altså forskel på, hvilken grad af agens og evne til at tage ansvar for egen fortælling, Kim tildeles i de forskellige personalefortællinger. I det følgende ser vi nærmere på, hvordan fortællingen om Kim forhandles i relationen mellem Kim og hans kontaktperson, Nanna.

Kontaktpersonen: at skabe nye fortællinger

Nanna har en skitse, som hun har lavet sammen med Kim. Den består af cirkler og lidt tekst. Nanna forklarer, at det er en oversigt over Kims netværk, som de har lavet i forbindelse med ugesamtalerne. Hun forklarer entusiastisk, at det handler om, at Kim ikke har ret meget netværk, så det er vigtigt at synliggøre det, der er. Det er mest hans familie, hvor næsten alle har en psykisk lidelse, og så er det professionelle behandlere og pædagoger. Da Kim var barn, havde han mange venner, men kun én blev tilbage, da han blev syg. Han har derfor en erfaring af svigt. Han skal lære, at man kan have forskellige slags netværk. Nanna gennemgår de forskellige netværk med vægt på, om de kender Kims historie. Der er familien, som kender historien, men som Nanna vurderer, holder Kim fast i hans sygdom. Så er der bostedet. Her sagde Kim, at de er jo professionelle. Nanna

siger, at det er jo delvist sandt, men at hun jo også bruger sin person i sit arbejde, så hun er ikke kun professionel. Så er der diverse andre behandlere, og så er der kiosken, hvor Kim er frivillig. Her snakkede de om, at det er Kim, der er professionel. Han fortæller jo ikke kunderne om sine private ting, når de kommer for at købe noget. Endelig er der vennerne [i en subkulturel gruppe]. Her siger Nanna begejstret, at Kim selv sagde "det er her, jeg øver mig". Og ja, det er det. De kender ikke hans historie, og her kan han øve sig i at have andre, venskabelige relationer (Feltnoteuddrag, BF).

Da vi indleder vores feltarbejde, har Kim i et år haft en ugentlig, struktureret samtale med sin kontaktperson, Nanna – ud over den løbende kontakt, de ellers har. Det er en af disse samtaler, Nanna fortæller om i feltnoten, som stammer fra en formiddag på personalekontoret. Forud for de ugentlige møder har Kim udfyldt et skema for den forgangne uge. Dette skema fungerer som udgangspunkt for samtalen. Det har ti punkter, som Kim og Nanna har udvalgt sammen – punkter som "Tanker om selvskade", "Udført selvskade", "Opkast/overspisning", "Glæde", "Tristhed". Ud for hver af ugens dage har Kim noteret, hvordan det er gået i forhold til hvert enkelt punkt.

Samtalerne er stramt rammesat: De tager udgangspunkt i det skema, Kim har udfyldt, og det er et grundprincip for samtalerne, at man fokuserer på det positive. Nanna beskriver dette som centralt for Kim "Fordi at han er sådan en, der kommer fra en familie, hvor at man dyrker sygdom. Og det prøver vi ligesom at få væk ick" (Fokusgruppe 1, Nanna). Nanna fortæller, at hun bevidst forsøger at "normalisere" følelser og vise Kim, at hans følelser er genkendelige for andre, ved at lave en parallel til sine egne følelser. Efter et møde, hvor Kim gerne ville tale om en dårlig oplevelse, fortæller Nanna:

"Det vælger jeg ikke at gå ind i, fordi det er jo igen den der lidt dyrkelse af at, "jeg havde det rigtig dårligt". Og så var der nogle der lige kom,

jamen “så fik du lige bedt om hjælp, det var rigtig flot”, og så fokuserer vi ikke mere på det” (Interview, Nanna).

Samtalerne foregår på samtalekontoret, og stemningen under de to samtaler, som vi har overværet, er et sted mellem det intime og det forretningsmæssige. Nanna fortæller, at samtalerne har givet Kim et rum, hvor han:

“ku åbne sig mere end han har kunnet før. [...] og så har han fået struktureret, det her med at få parkeret tingene ét sted, én gang om ugen og til én time – et bestemt tidsrum [...]. Og det som så egentlig er kommet ud af det, det er, han tør faktisk godt drømme om en, en lidt bedre fremtid [...]. Nu tør han godt drømme om at komme ud og bo i et kollektiv med normalt fungerende mennesker. Så der er sket en ret stor udvikling” (Workshop, Nanna).

Kims fortællinger om samtalerne ekkoer på mange måder Nannas: De er således enige om, at strukturen er vigtig og også om, at Kim har brug for at finde sin identitet.

Små nye fortællinger

Nanna kigger på det udfyldte skema og spørger Kim, hvordan ugen er gået. “Njee” svarer Kim. Ikke særlig godt. “Der har været nogle “øv’er”, kan jeg se, siger Nanna og hentyder til, at Kim et par gange i løbet af ugen har overspist og kastet op. Nanna spørger ind til, hvordan det var i situationen, prøver at få Kim til at tænke tilbage, være konkret og forklare hvad der skete i øjeblikket. Det har Kim meget svært ved. Ud for “tanker der fylder” har Kim hver dag skrevet: mad, vægt, at jeg hader mig selv og min krop. Nogle dage står der også familie. Og nogle dage selvmord. Kim fortæller, at de selvhadske tanker er konstante, at overspisning er en måde at få en pause. Men at han hader sig selv, før, under og efter. Nanna beder ham igen være konkret. Hvilke følelser er det? Kim siger, at han har en følelse af ikke at gide mere, at være opgivende og flov. De taler om det med hyggearrangementet med Pedro (en af de andre beboere) i dag, hvor Kim efterfølgende kastede op. Nanna fremhæver, at Kim alligevel holdt fast i sin udfordring med at lave mad

sammen med Anne Mia, og også spiste sammen med de andre. “Du gør det bedste du kan” siger Nanna, “det ved jeg godt, du hader når jeg siger, men det gør du”. Kim kigger ned. Nanna prøver at overbevise Kim om, at han faktisk har klaret det ret godt, og nogen gange overspiser man bare, det er måske også ok. Kim siger, at han er glad for, han lavede aftenmaden, for der var mange svære ting. Faktisk er gulerødder det eneste farlige i måltidet. Men han er fast besluttet på, at han vil kunne spise sammen med andre. Nanna prøver at sige, at andre mennesker også har det sådan, at de nogen gange ikke kan have bestemte fødevarer, og så godt kan have dem igen. Samtalen er ved at være slut. Ude på gangen spørger Kim, hvordan det var, og jeg siger, at jeg er rigtig glad for, jeg måtte være med. Jeg spørger, hvorfor han ikke kan li det, når Nanna siger, at han gør det bedste han kan. Kim svarer, at det er fordi, at han bestemt ikke gør det bedste, han kan. Han gør det rigtig dårligt. Der er intet falsk beskedenhed over det. Kun ren og skær konstatering. Så går han ind til sig selv. (Feltnoteuddrag, AMS).

Til forskel fra de andre nedslag, vi behandler, udgør ugesamtalerne et rum, hvor man arbejder bevidst med fortælling. Ikke i den forstand, at samtalerne har et narrativt fokus, men i den forstand at Nannas overordnede dagsorden er, at få Kim til at fortælle sig selv på nye måder. Det er ikke den store livshistoriske fortælling, hun fokuserer på, men de små, lokale fortællinger, som hun behandler som “udgaver” af en større fortælling: Når Kim fokuserer på, at han har kastet op efter en middag, så fokuserer Nanna på, at han trods alt gennemførte middagen. Hun foreslår dermed at gøre den gennemførte middag til et “terapeutisk plot” (Mattingly, 1998, s. 6) i en fortælling om små sejre, som tilsammen bidrager til vejen mod recovery, og i lighed med fysioterapeuterne i Mattinglys studie, er også Nanna optaget af at inddrage konkrete handlinger, som deltagelsen i et måltid, i den terapeutiske fortælling. Nannas bidrag har en klart performativ karakter: hun tilbyder udkast til positive fortællinger om konkrete forløb, som tilsammen kan bidrage til en omskrivning af en større fortælling om

Kims håndtering af mad og sociale situationer og i sidste ende af Kims overordnede fortælling om sig selv. Kim accepterer i høj grad Nannas dagsorden ved møderne, og hans bidrag til og fortællinger om samtalerne ekkoer i høj grad Nannas fortælling om værdien af et struktureret rum for refleksion. Alligevel er Kim ikke ukritisk over for Nannas fortælling. Han fastholder sin negative selvfortælling og afviser, at han "gør det så godt, han kan".

Mattingly peger på, at hvis en patient skal kunne engagere sig i en terapeutisk proces, skal patient og terapeut dele syn på hvorfor og hvordan det, at involvere sig i en bestemt type behandling, er meningsfuldt. De skal så at sige se sig selv som del af den samme historie (Mattingly 1998: 82). Man kan sige, at Nanna og Kim kun delvist er del af den samme historie her: Kim fortæller, at han er glad for samtalerne og for skemaet, som han udfylder hver aften. Han siger, at det er en god måde at reflektere over dagen på, og også få det lidt på afstand. Han er samarbejdsvillig og arbejder med på projektet, som det er tilrettelagt af Nanna. Men han fastholder samtidig også sin negative fortælling om sig selv som en, der ikke gør det godt nok. Denne afvisning af Nannas fortælling kan ses som et eksempel på, at de ikke deler historie, men den kan også forstås ind i Nannas autoritative pædagogiske fortælling: det er jo netop på grund af Kims tendens til at fokusere på det negative, at han har brug for Nannas bistand til at fortælle sig selv på en anden måde. Samtidig kan det, at Kim ikke bare godtager alt i Nannas reformuleringer også ses som eksempel på, hvordan han gør "god bruger": For at blive genkendt som god og reflekteret bruger i samtalsituationen er det vigtigt ikke bare at gentage og tale pædagogen efter munden, men at fremstå reflekteret og selvstændig. Det er udgangspunktet for, at der kan ske en udvikling i samtalen og hele det pædagogiske forløb. At være en god bruger hænger i et narrativitetsperspektiv sammen med det, at man altid taler til no-

gen (Gubrium & Holstein, 2009). Kim taler sig således mere skrøbeligt frem i forhold til Nanna, end han gør i forhold til eksempelvis Anne Mia, og det viser sig dermed, at Kims "egen fortælling" i sig selv er multipel og kontekstbestemt. Den er ikke den samme, når han fortæller til Anne Mia og til Nanna. Måske vil han gerne fremstå stærk i Anne Mias øjne. Måske tolker han de usynlige beskeder, der er på bostedet og i samtalen med Nanna sådan, at han for at gøre god bruger er nødt til at balancere en sårbarhedsfortælling og en stærk modfortælling, så han fremstår som stærk, men ikke *for* stærk (jf. Ringer, 2013). Pointen er imidlertid ikke, hvilke motiver, Kim måtte have. Det afgørende er, at hans "egen fortælling" – ligesom alle andres fortællinger – er kontekstafhængig.

Mattingly beskriver den terapeutiske opgave som det, at bistå rejsen fra en virkelighed til en anden (Mattingly 1998: 164). Nannas fortælling om Kim er et klart eksempel på sådan en bestræbelse. Hun tager udgangspunkt i en fortolkning af Kims selvfortælling som udtryk for, at han er fokuseret på sygdom, og hun forsøger at få ham til at fokusere på positive fortællinger, snarere end på sygdom og selvmordstanker. Nannas fortælling om ugesamtalerne er en fortælling om hende selv som autoritativ fortolker af Kims behov og som fødselshjælper for en ny identitetsfortælling, hvor Kim er aktør i eget liv og skaber sine egne relationer. Det er altså et udviklingsrum, Nanna fortæller frem – og et rum, hvor hun selv er en central aktør, som sætter rammerne og vurderer, hvad Kim kan bære af udfordringer. Nannas fortællinger om Kim tager på den måde udgangspunkt i en hierarkisk positionering af hende selv som hovedaktør. Det er en positionering, som er i overensstemmelse med, og understøttes af de strukturelle positioner, de indtager, som henholdsvis professionel og bruger på et socialpsykiatrisk bosted. På en vis måde, er der tale om en reproduktion af det klassiske magtforhold mellem professio-

nelle og brugere, hvor magten og retten til at vurdere, tilhører den professionelle (Eriksson, 2013). Men samtidig forskydes magten, idet den professionelle version er afhængig af brugerens samarbejde.

Konklusion

Hvad bliver Kim så til i denne mosaik af fortællinger? Er han en selvstændig og stærk person, som aktivt skaber sit liv og står op for andre? Er han en usikker ung mand, som har svært ved at skelne psykoser fra virkelighed og som derfor har brug for andre til at huske og fortælle hans historie? Er han en skrøbelig ung mand, som på grund af psykisk sygdom og en problematisk historie ikke selv er i stand til at afgøre, hvad der er godt for ham? Fortællingerne fra de strukturerede ugesamtaler med kontaktpersonen adskiller sig fra de andre fortællinger, idet de hovedsageligt er fortællinger, som skabes i *samarbejde* mellem Kim og kontaktpersonen. Kim og Nanna er ikke nødvendigvis enige om, hvilke fortællinger, der er sande eller relevante, men de indgår i en forhandling om mulige nye fortællinger, og de er handlingsorienterede. Andre typer af fortællinger er dem, der produceres om Kim – for at forklare eller underkende hans fortælling om sig selv. Den type fortælling så vi i nedslaget om familiemedlemmers måder at fortælle Kim frem, og vi ser dem i de måder, Kim fortælles frem af nogle af personalerne på bostedet. Kim selv fortæller sig desuden frem på forskellige måder, afhængig af konteksten.

På tværs af de forskellige nedslag gør det forhold, at Kim har svært ved at stole på sine egne minder, sig gældende som en usikkerhed i forhold til hans egen fortællings status: Det gælder både i forhold til oplevelser, som han kropsligt husker, men som andre fortæller ham, ikke er virkelige – som vi har set i tvivlen om Skikkelsens eksistens og oplevelsen af overgreb under indlæggelse. Og det gælder i forhold til morens fortællinger om ham, hvor hun overtager hans historie med henvisning til, at

hun er den der husker. Dette peger på bestemte vilkår for at fortælle sig selv og blive fortalt af andre, som gør sig særligt gældende for mennesker med psykiatriske diagnoser som skizofreni. De kan kæmpe med en grundlæggende mistillid til selve muligheden for at etablere en “egen fortælling”, fordi denne gentagne gange er blevet overtruffet af andre versioner af virkeligheden end den, de selv har oplevet. Det er et vilkår, som forstærkes af, at de i nogle kontekster må kæmpe med, at selve diagnosen skizofreni undergraver troværdigheden af deres fortælling, blandt andet på grund af opfattelsen af skizofreni som “anti-narrativ”. Kim fremstår imidlertid som en særdeles kompetent fortæller – også i det tilfælde, hvor fortællingen omhandler den manglende tillid til egne oplevelser og erindringer.

Gubrium og Holstein arbejder med inspiration fra Abu Lughod (1993) og Anderson (1999) med et begreb om *store* og *små* fortællinger. De store fortællinger refererer til de dominerende fortællinger i samfundet, mens de små fortællinger er udtryk for lokale forhandlinger og fortolkninger. De to typer af fortællinger eksisterer ikke adskilt fra hinanden, men indgår i dynamiske og foranderlige relationer (2009, s. 143-145). I vores materiale bliver denne forståelse af små og store fortællinger relevant for at forstå dynamikker og relationer imellem på den ene side diskursen om vigtigheden af, at høre brugernes “egne” fortællinger, og på den anden side lokale forhandlinger af, hvad brugernes egne fortællinger kan – og ikke kan – blive til. På bostedet er der lokale kriterier for, hvad der genkendes som et autentisk narrativ og Kims selvfortællinger bliver på grund af deres gentagende og udleverende form – der blandt andet betyder, at de ikke deles i et intimt og fortroligt rum til udvalgte personer, men åbent og til mange forskellige – ikke altid genkendt som autentiske. Konteksten er altså afgørende for forståelsen af, hvad det vil sige at lytte efter brugernes egne stemmer og for, hvad der genkendes som

autentisk. Desuden viser det sig i Kims ugesamtaler med Nanna, at arbejdet med at skabe nye fortællinger er tæt knyttet til det konkrete. Hverdagens handlinger udgør både materiale til og mål for, det arbejde, som Kim og Nanna gør, som når Nanna foreslår Kim at bygge en ny fortælling op omkring deltagelsen i et måltid – og når Kim afslår dette med henvisning til, at han bestemt ikke gør det bedste, han kan.

Kim fortælles frem fra forskellige sider: Af personalet, af moren og af sig selv. Artiklens nedslag på forskellige kontekster og aktører illustrerer, hvordan kontekster og relationer sætter rammer for fortællingerne og præger deres udformning. Ingen af konteksterne, fortællingerne eller relationerne er magtfri, og som diagnosticeret skizofren er Kim i særlig grad henvist til andres fortællinger og de strategier, som andre kan have med deres fortællinger om Kim – både på grund af usikkerheden på egne minder og på grund af det stigma, som diagnosen giver. Men der er stor forskel på moderens autoritative fortælling henvendt til den væsentlige Anden, som Anne Mia repræsenterer i situationen omkring køkkenbordet, og så den forhandling om mulige identiteter, der sker mellem Nanna og Kim.

I jagten på Kims “egen fortælling” kan man søge at sortere disse andre stemmer fra, men hvad er det så, man finder? Hvad er Kims “egen fortælling”, og står den tilbage, når der sættes parentes om de andre fortællinger? Nedslagene i denne artikel viser, at Kims “egen fortælling” er multipel og kontekstbestemt. I vores materiale har vi mødt en søgen efter den autentiske fortælling, men når Kim fortæller sig forskelligt frem i forhold til eksempelvis Nanna og Anne Mia (og i helt andre kontekster), hvem kan så afgøre, om den ene fortælling er mere “autentisk” end den anden. Når det “egne” findes i forskellige udgaver, må man måske snarere stille spørgsmålstejn ved selve idealet om at finde den autentiske fortælling bagved de mange forskellige udtryk.

Bestræbelserne på at understøtte psykia-

tribruges “egne stemmer” er sympatiske og væsentlige – ikke mindst i en politisk kontekst. Det er imidlertid vigtigt at huske, at der aldrig er én fortælling, som er den “endelige”, “sande” eller “autentiske”. Betydningen af de “egne fortællinger” ligger snarere i selve det, at brugernes versioner også bliver hørt. Selvom det ikke altid lykkes brugere at overbevise andre om deres versioner, kan deres fortællinger fungere som måder at (gen)etablere agens og stærke modfortællinger hos brugere, der som Kim bliver talt frem som “identitetssvage” og fikserede på sygdom. Narrativer bliver i vores nedslag således ikke interessante som adgang til det bagvedliggende og skjulte, men som performative udkast til at (gen)vinde agens og skabe mening.

Litteratur

- Abu-Lughod, L. (1993). *Writing Women's Worlds*. Berkeley: University of California Press.
- Allé, M.C., Gandolphed, M.-C., Doba, K., Köber, C., Potheegadoo, J., Coutelle, R., Habermas, T., Nandrino, T.-L., Danion, J.-M. & Berna, F. (2016). Grasping the mechanisms of narratives' incoherence in schizophrenia: an analysis of the temporal structure of patients' life story. *Comprehensive Psychiatry* 69, 20-29.
- Anderson, E. (1999). *Code of the street*. New York: Norton.
- Blackman, L. (2001). *Hearing Voices. Embodiment and Experience*. London: Free Association Books.
- Brown, W. (2008). Narratives of Mental Health Recovery. *Social Alternatives* Vol. 27 (4), 42-48.
- Bruner, J. (1987). Life as Narrative. *Social Research* 54 (1), 11-32.
- Busch, S. (2015). *At blive og være stemmehører. Et antropologisk studie af stemmehøring og læring i stemmehørerbevægelsen i Danmark*. Ph.d. afhandling. Københavns Universitet.
- Cohen, B. (2008). *Mental Health user narratives. New perspectives on illness and recovery*. UK: Palgrave Macmillan.

- Cohen, B. (2016). The psychiatric hegemon and the limits of resistance. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* (23), 301-303.
- Det sociale netværk (2017). <https://www.psykisksaarbar.dk/Saarbar/Livshistorier> (hentet d.12.10.2017)
- Eriksson, E. (2013). To tell the right story: Functions of the personal user narrative in service user involvement. *Journal of Comparative Social Work* (2), 1-32.
- Estroff, S.E. (2004). Subject/Subjectivities in Dispute: The Poetics, Politics, and Performance of First-Person Narratives of People with Schizophrenia. I J.H. Jenkins & R.B. Barrett (red.) *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity. The Edge of Experience* (s. 282-302). Cambridge: Cambridge University Press.
- Frello, B. (2012). *Kollektiv identitet – kritiske perspektiver*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Geertz, C. (1973). Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture. I C. Geertz, *The Interpretation of Cultures* (s. 310-323). New York: Basic Books.
- Gergen, K. (2008). *Virkeligheder og relationer*. Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. (2009). *Analyzing narrative reality*. Los Angeles: Sage.
- Hauge, S. (2015). *Anerkend at vi er dig*. Kbh: Copenhagen Storytellers.
- Jenkins, J.H. (2004). Schizophrenia as a Paradigm Case for Understanding Fundamental Human Processes. I J.H. Jenkins, & R.B. Barrett (red.) *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity. The Edge of Experience* (s. 29-61). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kogstad, E., Ekeland, T.J. & Hummelvoll, J.K. (2011). In defense of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (18), 479-486.
- Lauveng, A. (2008). *I morgen var jeg altid en løve*. Kbh: Akademisk.
- Lauveng, A. (2009). *Unyttig som en rose*. Kbh: Akademisk forlag.
- Lauveng, A. (2012). *Egentlig altid mest levende – om unge og psykisk sygdom*. Kbh: Akademisk forlag.
- Lawler, S. (2008). *Identity. Sociological Perspectives*. Cambridge: Polity Press.
- Mattingly, C. (2008). Reading Minds and Telling Tales in a Cultural Borderland. *Ethos* (36), 136-154.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience*. New York: Cambridge University Press.
- Møller, J.S. (2013). *Galskabens bureaukrati – En antropologisk analyse af diskrepansen mellem idealer og betingelser i Socialforvaltningen i Københavns Kommune*. Ph.d. afhandling. Københavns Universitet.
- Neidel, A. (2011). *På vej?! Kritiske analyser af recovery-orienteringen af det socialpsykiatriske arbejde*. Ph.d. afhandling. Roskilde Universitet.
- Nelson, L.J., Miller, P.K. & Ashman, D. (2016). 'Dale': an interpretative phenomenological analysis of a service user's experience with a crisis resolution/home treatment team in the United Kingdom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (23), 438-448.
- Petersen, K.S., Friis, V.S., Haxholm, B.L., Nielsen, C.V. & Wind, G. (2014). Recovery from Mental Illness: A Service User Perspective on Facilitators and Barriers. *Community Mental Health Journal* 51 (1), 1-13.
- Ringer, A. (2013). "Listening to patients. A study of illness discourses, patient identities, and user involvement in contemporary psychiatric practice". Ph.d. afhandling. Roskilde Universitet.
- Ringer, A. & Holen, M. (2016). "Hell no, they'll think you're mad as a hatter": Illness discourses and their implications for patients in mental health practice. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, 20 (2), 161-176.
- Romme, M. & Morris, M. (2013). The recovery process with hearing voices: accepting as well as exploring their emotional background through a supported process. *Psychosis* 5(3), 259-269.
- Schneider, B. (2003). Narratives of Schizophrenia: Constructing a Positive Identity. *Canadian Journal of Communication*, (28), 185-201.
- Serviceleven (2017). § 107, stk. 2. <https://danske-love.dk/serviceleven/107>

- Socialstyrelsen (2017): <https://socialstyrelsen.dk/handicap/psykiske-vanskeligheder/rehabilitering> (hentet d.27.11.2017)
- Thellefsen, C. (2016). *Psykiatrien tur-retur*. Odense: Mellemgård.
- Topor, A. (2003). *Recovery: at komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Topor, A. (2005). *Fra patient til person. Hvad hjælper mennesker med svære psykiske problemer?* København: Akademisk Forlag.
- Vilstrup, J.S. (2015). *Mig, "dem" og alle jer andre: livet med skizofreni*. Odense: Mellemgård.
- Woods, A. (2013a). Rethinking "Patient Testimony" in the Medical Humanities: The Case of Schizophrenia Bulletin's First Person Accounts. *Journal of Literature and Science*, 6 (1), 38-54.
- Woods, A. (2013b). The voice-hearer. *Journal of Mental Health*, 22(3), 263-270. Nordiske udkast