



LUND UNIVERSITY

Social (u)orden i distriktpsychiatrien

En systemteoretisk analyse af psykiatriske patienters kommunikation og adfærd samt stigmatisering fra omverdenen

Klitgaard, Vibeke

2021

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Klitgaard, V. (2021). *Social (u)orden i distriktpsychiatrien: En systemteoretisk analyse af psykiatriske patienters kommunikation og adfærd samt stigmatisering fra omverdenen*. [Sociology]. Lunds universitet : Sociologiska institutionen.

Total number of authors:
1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

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

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

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

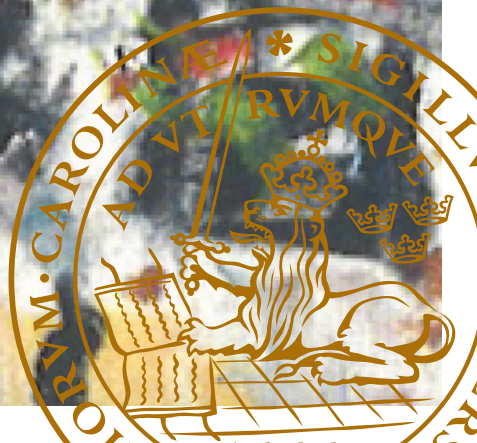


Social (u)orden i distriktskykiatrien

En systemteoretisk analyse af psykiatriske patienters
kommunikation og adfærd samt stigmatisering fra omverdenen

VIBEKE KLITGAARD

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY | LUND UNIVERSITY



Social (u)orden i distriktpsykiatrien

Social (u)orden i distriktspsykiatrien

En systemteoretisk analyse af psykiatriske
patienters kommunikation og adfærd samt
stigmatisering fra omverdenen

Vibeke Klitgaard



LUND
UNIVERSITY

DOCTORAL DISSERTATION

by due permission of the Faculty of Social Sciences, Lund University, Sweden.
To be defended at Edens Hörsal. Date 21th December at 10.15 a.m.

Faculty opponent
Astrid Helen Skatvedt

University of South-Eastern Norway

Agder

Organization LUND UNIVERSITY	Document name Doctoral Dissertation	
	Date of issue 26.11.2021	
	Sponsoring organization Department of Sociology, University of Lund	
Author Vibeke Klitgaard		
Title and subtitle.Social (u)orden.i distriktspsykiatrien. En systemteoretisk analyse af patienternes kommunikation og adfærd samt stigmatisering fra omverdenen.		
Abstract This dissertation looks into everyday life at two day-care centres of community psychiatry in the municipality of Copenhagen. More specifically, it is about the patients' communication and behaviour, and about the stigmatization from the outer world they experience. The empirical material is based on three years of participant observation. The two day-care centres and their districts were situated in opposite ends of the socioeconomic scale within the municipality, one of them in the district of the highest socioeconomic status in the municipality, the other one in a district of very low socioeconomic status. The socioeconomic distance caused marked differences in the patients' communication and behaviour patterns, which had to do with the patients' orientation. In the day-care centre placed in the low socioeconomic status district the patients focused mainly on the patient community, whereas the patients at the day-care centre in the district of high socioeconomic status were oriented towards normality. I analyze patients' communication and behaviour in line with the communication part of Luhmann's systems theory approach. The patients expressed varying degrees of communication disturbances: some major, when they could not express themselves in a comprehensible way and therefore could not interact with other patients; some minor, which enabled them to interact with other patients even if they expressed for instance singular delusions. I focus on the day-care centres' double status as places of refuge and as stigma-markers. They were places of refuge where the patients could talk freely about their symptoms and the effects of psychopharmaceuticals. However, the day-care centres were also stigma-markers because the patients were subjected to stigmatisation and moral judgment as a consequence of their mere contact with the psychiatric treatment system. The literature on stigmatisation describes how the discrimination against psychiatric patients influence their chances in more or less all life areas: Income, education, job and employment, psychological well-being, housing status, medical treatment, health and satisfactory relations. On top of the above-mentioned, psychiatric patients are at severe risk of excess mortality, as recently documented in a forensic autopsy study.		
Key words (Rules of) Communication; psychosocial disturbances; interaction systems; psychiatric institutions; socioeconomic differences; day-care centers; psychosis; stigmatization of psychiatric patients.		
Classification system and/or index terms (if any)		
Supplementary bibliographical information		Language Danish
ISSN and key title 1102-4712 Lund Dissertations in Sociology		ISBN 978-91-8039-063-7
Recipient's notes	Number of pages 477	Price
	Security classification	

I, the undersigned, being the copyright owner of the abstract of the above-mentioned dissertation, hereby grant to all reference sources permission to publish and disseminate the abstract of the above-mentioned dissertation.

Signature



Date 2021-11-08

Social (u)orden i distriktpsychiatrien

En systemteoretisk analyse af psykiatriske
patienters kommunikation og adfærd samt
stigmatisering fra omverdenen

Vibeke Klitgaard



LUND
UNIVERSITY

Coverphotos by Author

Copyright Vibeke Klitgaard

Faculty of Social Sciences

Department of Sociology

ISBN 978-91-8039-063-7

ISSN 1102-4712

Printed in Sweden by Media-Tryck, Lund University

Lund, 2021



Media-Tryck is a Nordic Swan Ecolabel
certified provider of printed material.
Read more about our environmental
work at www.mediatryck.lu.se

MADE IN SWEDEN 

*Dedikation:
Til patienterne i de to dagcentre.*

Indhold

Forord	11
Kapitel 1: Indledning	15
1.1. Sociale uordensydelser og sociale ordensydelser.....	20
1.2. Begrebsafklaring	24
1.3. Afhandlingens forskningsspørgsmål	34
1.4. Disposition	35
Kapitel 2: Historisk baggrund og tidligere forskning	37
2.1. Punktnedslag i psykiatriens historie	40
2.2. Tidligere forskning om psykiatriske institutioner og om patienternes kommunikation og adfærd	62
Kapitel 3: Teori	99
3.1. Luhmanns systemteoretiske begreber til kommunikationsanalysen	100
3.2. Videreudvikling af Luhmanns teori om det medicinske funktionssystem: Det psykiatriske subsystem	141
3.3. Teorier om stigmatisering.....	173
Kapitel 4: Metode	179
4.1. Adgang til feltet.....	180
4.2. Erfaringerne fra Projektgruppen	183
4.3. Præsentation af de to dagcentre	191
4.4. En systemteoretisk tilgang til feltarbejde	210
4.5. Gennemførelse af feltarbejdet	217
4.6. Analyse af det empiriske materiale	231
4.7. Materialets karakter	236
Kapitel 5: Patienter med store kommunikationsforstyrrelser	241
5.1. Auditive hallucinationer som sociale (u)ordensydelser.....	243
5.2. Visuelle hallucinationer som sociale (u)ordensydelser	253
5.3. Et psykotisk udbrud med vrangforestillinger.....	257
5.4. Fænomener relateret til proxemics	260
5.5. Psykotiske talestrømme	263
5.6. Om smerte, lidelse og forpinthed	265
5.7. Selvdestruktive handlinger og kommunikationen omkring dem	267
5.8. De dårlige patienter – og de tavse	269
5.9. Bizar adfærd og kommunikation	272
5.10. Brud på basisforventninger i relation til personlig hygiejne, omgang med mad og påklædning	278

5.11. En patient og hans klager	280
5.12. Patienterne som ”ustabile” og den uklare patientrolle	284
5.13. ”Psykiatrisk dagligstuesnak”	287
5.14. Opsamling	290
Kapitel 6: Patienter med mindre kommunikationsforstyrrelser	293
6.1. Enkeltstående vrangforestillinger	294
6.2. Forestillinger om selvreference.....	298
6.3. Fravær af vrangforestillinger – en patient og hendes angst.....	302
6.4. Det gode og det onde som sociale uordensyndelser	303
6.5. Det gode og det onde som sociale ordensyndelser	310
6.6. Tvangsfænomener	311
6.7. Misbruget i Cirkelns distrikt	319
6.8. Den sociale og kulturelle kløft mellem patienter og personale	322
6.9. Undgåelse	333
6.10. Kommunikation som marginal ved ikkeverbale aktiviteter	347
6.11. Kedsomheden	348
6.12. De ”porøse” patienter.....	352
6.13. De svages forsvar og idealer versus realiteter.....	353
6.14. Julefrokosten på Cirkelns dagcenter og forberedelserne til den.....	356
6.15. Opsamling	359
Kapitel 7: Stigmahåndtering og diskriminering: Usynlige og synlige stigma.....	361
7.1. Det usynlige stigma – dagcentrene som fristed.....	362
7.2. Det usynlige stigma – dagcentrene som stigmamarkører	367
7.3. Eroderede familienetværk, ”præ-stigma-venner” og nye venner.....	369
7.4. Mere om kontrol over personlig information.....	374
7.5. Fremtidsperspektiver og recovery.....	383
7.6. Synlige stigma – psykofarmaka og selvkontrol	387
7.7. Medicinering med psykofarmaka.....	393
7.8. Diskrimineringen.....	396
7.9. Opsamling	404
Kapitel 8: Konklusioner og perspektiver	407
8.1. Afhandlingens bidrag til forskningsfeltet.....	415
8.2. Videre forskning og perspektiver	417
Appendix: Interviewguide	429
English Summary	431
Referencer	457

Forord

”Ist es Ein lebendig Wesen?
Das sich in sich selbst getrennt,
Sind es zwey, die sich erlesen,
Dass man sie als eines kennt.”

Vers nummer to af tre fra J.W. von Goethes digt ”Gingko Biloba” i *West-oestlicher Divan*, Stuttgart, 1819. Fra Bibliothek der Erstaugaben, DTV 2006.

Er det *ét*, så sært forgrenet,
at det synes lig et par?
Eller to, så udsøgt¹ forenet,
at det er, som *ét*, de var?

Dansk oversættelse af P.A. Rosenberg, Goethes Værker, Bind III. Forlaget ”Danmark”, København, 1924. Tak til professor Per Øhrgaard, som hjalp mig med at finde den danske oversættelse.

Trods mange og vægtige uoverensstemmelser i løbet af de fire år i Evalueringsprojektet vil jeg ikke desto mindre takke de fem læger – Helle Charlotte Knudsen, Birgit Jessen-Petersen, Allan Krasnik, Merete Nordentoft og Henrik Sælan – for deltagelse i Evalueringsprojektet. Jeg lærte meget af det. Ligeledes tak til ”gatekeeperne”: Til administrerende overlæge på den ene stamafdeling, som egenhændigt vurderede, at mit projekt var interessant, og at jeg derfor skulle have adgang. På den anden stamafdeling vil jeg takke ”palaverkulturen” for tilladelsen. Uden adgangstilladelse fra stamafdelingerne var denne afhandling ikke blevet til. Ligeledes stor tak til ledelserne på de to distriktspsykiatriske centre, som accepterede mig som deltagerobservatør over

¹ Jeg har ændret den oprindelige oversættelse fra ”ømt” til ”udsøgt” – den er tættere på originalteksten.

nogle år, og som præsenterede mit projekt for personalet. Også tak til min tidligere kontormakker, Thorkild Thorsen, som på resterne af Institut for Kultursociologi altid var klar med respons på historier fra psykiatrien. Tak til Det samfundsvidenskabelige Forskningsråd, som bevilligede mig en årsløn i 1993 til gengæld for en licentiatafhandling. Den kommer her i form af en svensk doktorafhandling. Tak til Netværk for Samfundsvidenskabelig Sygdomsforskning (NSS) for mange spændende diskussioner og især til de øvrige medlemmer af NSS' bestyrelse, Dorte Gannik, Laila Launsø, Hysse Forchhammer og Lene Koch & med Lone Scocozza på sidelinjen.

Tak til Sociologiska Institutionen på Lunds Universitet. Kort tid efter indskrivningen i 1995 blev jeg optaget på Udenrigsministeriets beredskabsliste (nu: FSB) og havde i de følgende to årtier talrige udsendelser med internationale organisationer. De første år, fra midt i 1990'erne, på Sociologisk Institut i Lund præsenterede jeg mine problemstillinger ved forskellige seminarer. Tak til Gunnar Olofsson, som var vejleder i en kort periode i 1995. Tak til Göran Dahl, der som vejleder fra 1995-2009 læste og kommenterede kapitler og udkast til afhandlingen. Tak til Mats Beronius, der udviste en englelig tålmodighed med mine litteraturpoints trods mange afbrydelser på missionerne. Tak til Lisbeth Lindell for givtige udvekslinger i årene op til det afsluttende forsvar på hendes afhandling i 2003. Også tak til Gunnar Andersson og Anders Persson, som var vejledere indtil 2017.

Jeg deltog i to ISA-kongresser med papers i Research Committee no. 49, "Mental Health and Illness", i Bielefeld 1994, og i Montreal 1998. Jeg har sat kapitler og dele af afhandlingen til diskussion i Nordic Sociological Association i 1990'erne og senere i 2011 og 2012. Jeg præsenterede ligeledes væsentlige temaer fra afhandlingen i American Sociological Association (ASA) i "Section for Mental Health" til ASA's Annual Meetings med papers i 2013, 2014 og 2015. Tak for frugtbare diskussioner til sektionsmedlemmerne Deborah Potter, Annika Lillrank, Kerry Dobransky, Owen Whooley, Karen A. Snedker, Ying Huang, Jo C. Phelan, Bruce G. Link, William Cockerham og mange andre fra ASA's årsmøder, som jeg ikke lige fik fat i navnene på.

Jeg stiftede bekendtskab med systemteorien i 2007 og er medlem af et netværk for systemteori, der jævnligt holder møder i Aarhus. Mange fra dette netværk deltager i de internationale, tværfaglige seminarer ved International University Centre (IUC) i Dubrovnik. Her har jeg præsenteret og diskuteret papers i 2009, 2011, 2012, 2014, 2015, 2017 og i 2019. Jeg vil specielt rette en tak til Gorm

Harste for mange givtige diskussioner om systemteoretiske problemstillinger – og de første år ligeledes om asymmetriske konflikter og krige. Gorm har en imponerende og præcis viden om systemteori og er meget generøs med sin viden. Ligeledes tak til Klaus Brønd Laursen og Lars Klausen for solid feedback til diverse skrifter og for tilsvarende diskussioner. Og tak til Jesper og Hanne Tække, Morten Knudsen, Jan Inge Jönhill, Roar Hagen, Julien Broquet, Hugo Alrøe, Egon Noe, Franz Kasper Krönig, Katayoun Baghai, Lars Klausen, Klaus Brønd Laursen, Sverre Moe, Florian Sússeguth, Roland Lippunen, Pernille Almlund, Anne Marie Dinesen, Kjetil Jakobsen, Lionel Lewkow, Hannah Harste, Justine Grønbæk Pors, Lis Montes de Oca, Stine Pilgaard, Bernhard Freyer, Margit Neisig, Jan Winczorek, Steffen Roth, Eliana Herrera-Vega, Erlend Vik, Sanna Lassen, Lotte Junker Harbo, Kresimir Zazar, Niels Åkerstrøm Andersen, Ane Qvortrup, Jesper Knudsen, Susanne Lohmann og mange ikkenævnte deltagere for faglige seancer og festlige stunder i Dubrovnik.

Retur til Sociologen i Lund: Tak til discussanterne Magnus Ring og Henriette Frees Esholdt samt vejleder Gunnar Andersson og studierektor Åsa Lundkvist på Mittseminariet i 2017. I var alle fire enige om, at jeg skulle skære drastisk ned på afhandlingsprojektet og koncentrere mig om patienternes kommunikation og adfærd – og det gjorde jeg så. Jeg fremlagde foreløbige resultater i ”Forskning på Gång” i de følgende år. En stor og varm tak til Henriette Frees Esholdt, som har været vejleder de sidste tre-fire år. Efter nogle indledende bump på vejen lærte jeg hurtigt at sætte pris på Henriettes pragmatiske tilgang til mine tekster med detaljeret gennemgang af kapitlerne og de diskussioner, der fulgte med. Endvidere har jeg prøvet at tage Henriettes vedvarende opfordringer om ”at tage læserne i hånden” og at ”optimere teksten” til mig – om det er lykkedes, vil fremgå af den respons, jeg får fremover. Under alle omstændigheder har det været god og solid vejledning. Også tak til Gunnar Andersson, som har været backup-vejleder fra 2017. Tak til discussant Henrik Loodin og til intern betygsnämndsledamot Bo Isenberg for gode, konstruktive indspark til Slutseminariet. Jeg tog nogle af både Henriks og Bos pointer op og arbejdede videre med dem. En speciel tak for indsatsen til Jan Inge Jönhill, som ud fra sit grundige kendskab til Luhmanns forfatterskab gav kommentarer på manuskriptet til Slutseminariet. Det fik mig til at se en ekstra gang på nogle systemteoretiske begreber og skærpe beskrivelserne af dem. Og mere tak til Jan Inge for værdifulde opfølgninger.

Tak til Udenrigsministeriet, NIRAS og FSB-netværket for mange missioner, gensidig solidaritet, livlige debattmøder og underholdende middage med missionshistorier i fri dressur.

Tak til vennerne fra de senere år – og her vil jeg riste en rune for min bedste ven, Ole, der døde pludseligt og alt for tidligt fra Rikke og to børn. Tak til Anna, Lisbeth, Hanne, Karen, Mette, Rikke, Grete, Susanne, Elizabeth, Jim, Sita, Lise og Dorit samt gengangere fra systemteori-netværkene – Jan Inge, Jesper og Hanne, Gorm, Anne Marie, Lars, Klaus og flere andre.

Selv om de af gode grunde ikke kan læse dette, vil jeg udtrykke en dybfølt tak til to personer fra mit tidligere faglige liv, som begge har haft betydning for min faglige udvikling:

G. Lantéri-Laura, professor ved ”École des Hautes Études en Sciences Sociales” (EHESS) i Paris, hvor jeg boede i seks år i 1970’erne. Jeg blev optaget på et projekt om fænomenologiske teorier om skizofreni og tilknyttet Lantéri-Laura. Han udgav i 1963 et værk om fænomenologisk psykiatri, det var ment som første del af et tobindsværk, men anden del blev ikke til noget. Jeg fulgte Lantéri-Lauras forelæsninger ved EHESS om medicinens og psykiatriens historie. Sideløbende gik jeg til individuel vejledning på l’Hôpital Esquirol, Charenton, hvor han var médecin-chef – her havde vi interessante samtaler om psykiatriens historie og om fænomenologisk psykiatri.

Ligeledes tak til Finn Jørgensen, fhv. overlæge på Sankt Hans Hospital, for inspirerende vejledning til magisterkonferensen og de mange frugtbare diskussioner, vi havde fra midt i 1980’erne og frem. Og tak for de årlige socialpsykiatriske seminarer på Sankt Hans Hospital, som Finn Jørgensen tog initiativ til sidst i firserne.

Sidst, men ikke mindst tak til min nærmeste familie – I har været mit faste holdepunkt.

Kapitel 1:

Indledning

”Det er vanskeligt at tænke sig en institution med mere krævende opgaver end det psykiatriske hospital. Det er oprettet for at tage sig af, passe på og behandle dem, som på grund af psykisk afvigelse ikke kan leve ude i samfundet. Det kan være mennesker, som har for store personlige problemer til, at de kan mestre dem, eller som er for meget af en belastning af deres omgivelser [...] behandlingen administreres og formidles af grupper, som er knyttet til hospitalet på helt andre forudsætninger end patienterne. De bliver betalt for at være der, de kan forlade hospitalet efter arbejdstid, og for altid ved opsigelse. De kommer til hospitalet, fordi de kan arbejde, og mange af dem, fordi de i kraft af deres uddannelse behersker faglige perspektiver og teknikker, som kan bruges til patienternes bedste. Patienternes indlæggelse derimod er en reaktion på ekstremt afvigende adfærd. De behøvede ikke at opholde sig på hospitalet, hvis de havde været ligesom andre. De lider af en tilstand, som ingen ønsker” (Løchen, 1976, p. 13).

Denne afhandling undersøger hverdagen i en miljøterapeutisk kontekst i to distriktskykiatriske dagcentre i Københavns Kommune, mere specifikt patienternes kommunikation, adfærd og den stigmatisering, patienterne oplever fra omverdenen.

Afhandlingen bygger på empirisk materiale indsamlet i perioden 1989-1992 som led i en evaluering af de to første distriktskykiatriske centre i Københavns Kommune. I oktober 1987 fremlagde det daværende Direktorat for Københavns Hospitalsvæsen sit ”Forslag til psykiatriplan for Københavns Kommune 1988-2000”. Resultaterne skulle tjene til at justere, hvordan distriktskykiatrien og planlægningen af de efterfølgende centre skulle se ud (Københavns Kommune, 1987, p. 17). I takt med afinstitutionaliseringen af de store psykiatriske hospitaler og dermed nedlæggelser og en væsentlig reduktion af de store psykiatriske hospitaler skulle en stor gruppe patienter nu lære at klare sig i eget hjem med støtte fra distriktskykiatrien (ibid., pp. 4-5). I modsætning til Løchens citat ovenfor, hvor han beskriver forholdene i de psykiatriske hospitaler, kunne patienterne i

distriktspsykiatrien gå hjem hver dag, når dagcentrene lukkede. Miljøterapien skulle være et socialt hjælpesystem, hvis vigtigste karakteristika skulle være forudsigelighed og klare grænser, dels for at kompensere for patienternes uklare personlighedsgrenser og dels for at genopbygge mangelfulde egofunktioner (Hummelvoll, 2013, pp. 589-633; Heinskou og Schjødt, 2010, pp. 627-644). Psykiatriplanen lagde hermed vægt på det forebyggende arbejde, der skulle yde støtte til patienterne i deres eget miljø, ligesom indsatsen så vidt muligt skulle gøre patienterne selvhjulpne. ”Det mindste indgrebs princip” blev nævnt som noget centralt (Københavns Kommune, 1987, p. 4). Andre vigtige målsætninger var at fremme samarbejdet mellem alle instanser, der havde med psykiatriske patienter at gøre, nemlig de psykiatriske døgnafdelinger på hospitalerne, som centrene hørte under (”stamafdelingerne”), de praktiserende læger, socialforvaltningen, de praktiserende speciallæger i psykiatri og det øvrige sundhedsvæsen.

Psykiatriplanen pålagde de distriktspsykiatriske centre som opgave, at de primært skulle betjene voksenpsykiatriske patienter, herunder især kernemålgruppen bestående af de ”kronisk psykotiske”, som skulle have adgang til dagcentrene (ibid., p. 11; p. 14; p. 18). Dernæst skulle centrene også varetage ambulans behandling af andre grupper med lettere psykiske lidelser, det vil sige af ikkepsykotiske patienter, som ikke havde adgang til dagcentrene. Deres hovedopgave var dermed stipuleret til at varetage behandling af de ”kronisk psykotiske” i distriktet og støtte dem i deres dagligdag for at undgå indlæggelse og sikre dem et så normalt liv som muligt (ibid., pp. 17-19). Således skulle centrene ikke have sengekapalet og skulle kun være åbne i normal arbejdstid i dagtimerne. Derved skulle patienterne holdes ude af institutionsmiljøet, og patienternes og de pårørendes transporttid skulle forkortes (ibid., p. 18). Centrene skulle have følgende tre hovedfunktioner: forvisitation, ambulatorie- og dagcentervirksomhed. Dernæst skulle der i samarbejde med socialforvaltningen etableres boligtilbud, støtte til at bo i egen bolig og øvrig social støtte. De distriktspsykiatriske teams skulle tilrettelægges som en integreret funktion, hvor ”hver enkelt personalegruppes specielle kvalifikationer udnyttes” (ibid., p. 19). Psykiatriplanen lagde vægt på lokalmiljøets betydning, og at behandlerne i det distriktspsykiatriske team skulle arbejde med kendskab til lokalmiljøet som udgangspunkt, fordi mange af patienternes sociale aktiviteter – forhåbentligt – gradvist kunne overgå til det lokale miljø i distriktet, hvor patienterne boede. Dette skulle ske i samarbejde med socialforvaltningen og praktiserende læger, der sammen med teamet skulle koordinere behandlingsindsatsen (ibid., p. 18). De

distriktspsykiatriske centre skulle således varetage al ambulant psykiatrisk behandling i deres distrikter. Som det fremgår af Psykiatriplanen (1987), var der ingen faste kriterier for, hvornår man bliver eller holder op med at være psykiatrisk patient. Kriterierne svinger med udviklingen i befolkningstallet og dermed i psykosepopulationen, det disponible antal sengepladser i psykiatrien og presset på dem, personalenormeringerne og tilstedeværelsen af andre behandlingstilbud. Finn Jørgensen (1993) noterer, at det også svinger med patientens ressourcer og evne til at klare sig selv og med tilstanden af patienternes netværk. Derudover betyder samfundets behov for arbejdskraft en del, som Warner (1994; 2009) har dokumenteret, samt de forskellige socialklassers tolerance over for symptomer på ”Mental Illness” (Hollingshead & Redlich, 1958; Myers & Roberts, 1959; Horwitz, 2002).

Som del af evalueringsgruppen (1988-1992) af de to første distriktspsykiatriske centre, hvor de øvrige fem medlemmer var uddannede læger, stod jeg som (kultur)sociolog for gennemførelse af to sociologiske undersøgelser til at begynde med. Den første sociologiske undersøgelse var en distriktsbeskrivelse af de to distriktspsykiatriske centre baseret på kvalitative interviews – kaldet distriktsundersøgelsen til daglig. Den anden sociologiske undersøgelse var en organisationsanalyse af de to distriktspsykiatriske centres samarbejde med deres hovedsamarbejdspartnere – stamafdelingerne, socialforvaltningen og de praktiserende læger – kaldet samarbejdsanalysen. Efter nogle indledende forhandlinger tog jeg selv initiativ til en tredje sociologisk undersøgelse: en organisationsanalyse af de to distriktspsykiatriske centre på grundlag af deltagerobservation og kvalitative interviews – kaldet organisationsanalysen. Resultaterne fra de tre sociologiske undersøgelser blev publiceret i separate kapitler i den officielle evalueringsrapport ”Distriktspsykiatri i København – En evaluering af de første to år” i 1992 (Knudsen et al., 1992, afsnit 5.1, og kapitlerne 6, 7 og 14). Imidlertid var der både på grund af det begrænsede antal sider i evalueringsrapporten, som mit stof kunne disponere over, og på grund af en stram tidsplan ikke mulighed for en dybtgående analyse af dagcentrene².

Det rige empiriske materiale fra den tredje sociologiske undersøgelse, som jeg selv tog initiativ til, bygger på tre års deltagerobservation i to distriktspsykiatriske centre, heraf hhv. et og to år i dagcentrene. De lå i to meget forskellige

² Jeg behandler spørgsmålet om materialets kvalitet sidst i kapitel 4.7, dvs. om det er forældet efter 30 år, og i hvilken grad det kan genanvendes til et nyt formål.

socioøkonomiske distrikter, begge dagcentre blev imidlertid styret efter miljøterapeutiske principper. Undersøgelsen rummer – ud over data på personalesiden – også data fra patienternes daglige liv i dagcentrene. Det vil sige patienternes interaktioner, kommunikation og adfærd indbyrdes, med personalet og med undertegnede. Disse data fra dagcentrene fortjener en uddybning, og det er disse fænomener, jeg vil undersøge og udfolde i denne afhandling. Nogle patienter havde store kommunikationsforstyrrelser i form af vrangforestillinger, som ingen kommunikativ værdi havde (Rowland, 1938, pp. 334-335). Man kan sige det samme om andre psykotiske udtryk som hallucinationer, nonstop-talestrømme, bizar kommunikation og adfærd etc. De resulterer ikke i forståelse hos modtagerne og bliver til individuelle handlinger uden social resonans. Luhmann skriver, at det, der ikke kommunikerer, ikke kan bidrage eller have indflydelse (Luhmann, 1987c, p. 114). Man kan sige det samme om den form for ”kommunikation”, der ikke er forståelig – idet kun modtageren kan levere forståelsen. Når jeg i afhandlingen løbende refererer til Rowlands udsagn om, at psykotiske udtryk m.m. ingen kommunikativ værdi har, gælder det kun for de individuelle udtryk og ikke for de psykiatriske institutioner som sådan. Som individuelle udtryk udvirker de ved deres blotte mulighed, at der kan forekomme helt ikkeforventede og uforudsigelige fænomener i psykiatriske institutioner – her dagcentrenes – daglige liv. Det er indbygget i psykiatriske institutioner som forudsætning, at her behandler personalet personer, der mangler psykosociale kompetencer af forskellig grad og varighed, og som kan ”kommunikere” og vise adfærd i form af psykosociale forstyrrelser. Jeg bruger dog fortsat Rowlands (1938) termer til at analysere de enkelte hændelser. Andre patienter havde mindre kommunikationsforstyrrelser i form af enkeltstående vrangforestillinger, polariserede opfattelser af omverdenen, forskellige former for undgåelse etc. – men de kunne gøre sig forståelige i interaktioner. Rubington (1972) introducerede begrebet ”normalitetspyramide” som beskrivelse af stratificeringen i psykiatriske institutioner efter omtrentlig ”normalitet” (ibid., p. 292). Rowland (1938) dokumenterede samme fænomen, at ”normale” patienter søger andre ”normale” patienter (ibid., pp. 327-328). Som en dagcenterpatient sagde i et interview: ”Nogle (patienter) er så dårlige, at de er svære at kommunikere med, jeg holder mig til dem, der har lyst til at snakke” – citatet illustrerer problematikken med patienter, der var mere eller mindre tilgængelige for interaktioner. Jeg har valgt at kalde de to centre for Kvadratet og Cirklen. At dagcentrene opererede som miljøterapeutiske institutioner, betød, at de på grundlag af et formaliseret krav,

som alle patienter skulle imødekomme for at frekventere dem, nemlig at patienterne skulle acceptere tildeling af en kontaktperson (Årsrapport Kvadrater, 1990; 1991; Årsrapport Cirklen, 1.4.1989 til 31.3.1990; 1990-1991). Med accept fra en kontaktperson fremgik det indirekte, at patienterne skulle være motiverede for behandling, de skulle kunne mobilisere tillid til hende og være indstillede på regelmæssig kontakt (Luhmann, 1968). Det var med andre ord et krav, at patienterne skulle have ”sygdomsindsigt”, som det hedder i plejet psykiatrisk semantik (Luhmann, 1980b). Det kriterium viste sig dog i praksis at svinge en del. Mange af patienterne i de to dagcentre blev rekrutteret fra de psykiatriske hospitaler. Jeg vil gøre opmærksom på paradokset i, at psykiatriske hospitaler og øvrige psykiatriske institutioner er modelleret over det somatiske hospitalsvæsen, hvor patienterne formodes selv at henvende sig ved en sygdom, eller de bliver bragt ind i bevidstløs tilstand. De formodes at samarbejde med lægen om at finde en diagnose og derefter samarbejde med hospitalspersonalet om behandlingen (Parsons, 1958, pp. 428-479; Bauch, 2000; 2006; Album, 1996). Tvang er sjældent nødvendigt i det somatiske hospitalsvæsen af de anførte grunde. I psykiatrien er der som bekendt en gruppe – potentielle – patienter, som ikke er behandlingsmotiverede; fænomenet er en del af deres psykosociale forstyrrelse eller ”psykiske sygdom”. De må somme tider tvangsindlægges; de fleste lærebøger i psykiatri har derfor afsnit om, hvordan psykiatrisk personale kan håndtere tvangsforanstaltninger (Mors et al. (red.), 2017; Poulsen (red.), 2010; Simonsen & Møhl (red.), 2010; 2017).

Distriktskykiatri er en organisationsform, der decentraliserer de tidligere store psykiatriske hospitaler. Kelstrup (1983) skriver, at den ikke nødvendigvis er progressiv. ”En distriktskykiatrisk udbygning af psykiatrien behøver ikke nødvendigvis at betyde øget socialpsykiatrisk forståelse af de samfundsmæssige faktorerers betydning for de psykiske sygdomme. Etableringen af et distriktskykiatrisk center, der ofte stadig vil være ledet af biologisk orienterede psykiatere, behøver ikke at betyde noget skift i den psykiatriske behandlingsideologi” (ibid., pp. 283-284). Socialpsykiatri som disciplin overlapper med de store sociologiske undersøgelser om psykisk sygdom og psykosociale forstyrrelsers udbredelse i samfundet. Afhandlingen indskriver sig således dels i den sociologiske subdisciplin, der på engelsk betegnes ”Sociology of Mental Health”. Herunder i relation til de store sociologiske undersøgelser (Faris & Dunham, 1939; Cockerham, 2014, pp. 112-126; Hollingshead & Redlich, 1958; Horwitz, 2002; Leighton et al., 1959; Myers & Roberts, 1959; Rogers &

Pilgrim, 2014, pp. 21-36; Srole et al., 1975 og 1977), der fokuserer på den samfundsmæssige fordeling af de psykiske sygdomme. De konkluderer, at de øverste sociale lag får mildere diagnoser, der er tilgængelige for psykoterapi, hvorimod de lavere sociale lag får alvorlige diagnoser med ringe mulighed for psykoterapeutisk intervention. Dels indskriver afhandlingen sig i et felt af enkelte forfatters monografier om psykiatriske institutioner set indefra med fokus på patienternes kommunikation med hinanden, med personalet og med forskeren. Jeg inkluderer nogle tidlige bidrag fra Rowland (1938; 1939a; 1939b) og andre artikler af amerikanske sociologer, der ligesom Rowland gennemførte deltagerobservation på psykiatriske afdelinger. Gennemgangen inkluderer ligeledes Goffmans *Asylums* (1961a), Løchens (1976) arbejde om idealer og realiteter i et psykiatrisk sygehus, Barretts (1996) undersøgelse af selvfølgelighederne på et psykiatrisk hospital, Estroffs (1981) beskrivelse af de paradokser, psykiatriske patienter møder i og uden for behandlingssystemet. Endvidere Buschs (2006) undersøgelse af et psykiatrisk bosted, Dobranskys (2014) værk om to psykiatriske centre i amerikanske storbyer samt Sculls (1975; 2006; 2015) forfatterskab, som udmærker sig ved at fastholde betegnelsen ”galskab”, fordi den fastholder dimensionen af menneskeligt drama ved psykisk sygdom.

Jeg er fuldt bevidst om, at ikke alle de citerede værker og teorier nødvendigvis bevæger sig i samme epistemologiske univers. Mit overordnede tema umuliggør imidlertid en mere ensartet tilgang, da den omfatter både systemteori og fx psykiatriske lærebøger.

1.1. Sociale uordensydelse og sociale ordensydelse

Min afhandling bidrager med en systemteoretisk analyse af psykiatriske patienters kommunikation og interaktion – og somme tider mangel på samme. I modsætning til Rubingtons (1972) bemærkning om tilstanden på en psykiatrisk afdeling, at her er ”normality” is the scarce value in the mental hospital social system” (ibid., p. 288), så var der faktisk en god portion ”normalitet” på dagcentrene. Jeg anvender hovedsagelig den del af Luhmanns forfatterskab, hvor han detaljeret beskriver kommunikation og interaktionssystemer. Endvidere anvender jeg forståelighed i hverdagssemantik som det eneste kriterium for

psykosociale forstyrrelser. Jeg begrebssætter kommunikationsforstyrrelser og påfaldende adfærd som sociale uordensydelse (Luhmann, 1984, pp. 179-182), i modsætning til sociale ordensydelse, som ikke fremviser forstyrrelser i kommunikationen. Den binære kode social uorden og social orden (Luhmann, 1984, pp. 311-317) er skræddersyet til en analyse af psykiatriske patienters kommunikation og adfærd. Jeg tvivler på, at den kan anvendes i kontekster uden kommunikations- og adfærdsforstyrrelser. I sine hovedværker, fx i *Soziale Systeme* (Luhmann 1984) og i nogle centrale artikler gør Luhmann (1971; 1972; 1975a; 1981; 1987c) rede for, hvordan de relativt faste regler for kommunikation skal struktureres, så den når igennem til modtageren og bliver forstået. Luhmann gør sidste led i kommunikation, der lykkes, til ”forståelse” (se senere i kapitel 3.1.2). Når man så analyserer kommunikation i en psykiatrisk institution, kommer nogle patienters udtryk netop til at fremtræde som ”uforståelige”, fordi de pågældende patienter ikke overholder de elementære kommunikationsregler, ”regelværket” (Luhmann 2006, p 265). Derved når kommunikationen ikke igennem til modtagerne og bliver opfattet som uforståelig. Ved psykotiske ytringer er så heller der ikke altid en konkret ”modtager”, da patienterne – tilsyneladende – kan tale ud i den tomme luft, fx ved nonstop talestrømme, eller tale med deres stemmer. Men deres umiddelbare sociale omverden, andre patienter, teammedlemmer og undertegnede, der hører ”kommunikationen”, kan registrere den som uforståelig. Det samme vil gøre sig gældende i det offentlige rum med en social omverden inden for hørevidde. Jeg anlægger en pragmatisk tilgang, hvor jeg opfatter forståelig/uforståelig i en psykiatrisk kontekst som et kontinuum med de to begreber på hver sin pol. Det gav mig mulighed for at sammenligne kommunikation efter regelværket med psykotisk ”kommunikation” og præcisere, hvor og hvordan det gik galt, når den ikke blev forstået af modtageren, konkret eller ej. Når en patient ikke respekterede regelværket og fx ikke holdt sig til et tema ad gangen, men konstant skiftede tema og talte ukontrolleret og uden nogen form for styring, blev ”kommunikationen” uforståelig. Watzlawick et al. (1967) kalder lignende typer kommunikation for ”patologisk kommunikation” (ibid., pp. 72-117).

Luhmann er optaget af, hvordan vi i samfundet skaber orden ud af kompleksitet ved at følge de regler for kommunikation – regelværket – som består i så nogenlunde at følge de situationsbaserede forventninger ved interaktioner, der reducerer kompleksitet, og som sikrer opbygning af mening og orden. Mening er et nøglebegreb hos Luhmann, det danner ordensformen for menneskelig erfaring

(Luhmann, 1971; 1984; 1997). Jeg kan illustrere, hvad mening betyder, med en beretning af den danske psykolog Franz From (1971) fra værket ”Om oplevelsen af andres adfærd”. Teksten står i et afsnit, der hedder ”Når vi ikke forstår andre” (ibid., pp. 165-177). From refererer til en anden psykolog, der på en cykeltur så en anden mand, ligeledes på cykel, der tilsyneladende opførte sig meningsløst. Den cyklende psykolog kunne ikke finde en mening med den anden cyklists fagter, de kunne ikke fortolkes som afviserbevægelser, hånden blev kun stukket halvt ud. Da han kom lidt tættere på, så han, at mandens hånd ikke var fuldt udstrakt, men at kun pegefingern var udstrakt, og de andre fingre var krummet sammen. Da han var ved at overhale den anden cyklist, så han imidlertid, at han havde en lille dreng på stangen, han kunne nu genfortolke den anden cyklists adfærd til at være i færd med ”at vise og forklare en lille dreng noget” (ibid., pp. 167-168). Min observation går på, at han hele tiden ledte efter en mening med det, han så. Han fandt den først, da han så hele situationen, som inkluderede drengen – så gav de ellers meningsløse fagter pludselig mening. Man kan også formulere det derhen, at mennesker har et meningsbehov (Luhmann, 2002a, p. 246). Det ”meningsløse” optræder på baggrund af mening (Luhmann, 1971, pp. 31-39). Luhmann (1984) skriver i et af sine hovedværker, at uden fænomenet mening kunne den menneskelige verden slet ikke eksistere (ibid. p. 13). Meningsbegrebet danner ordensformen for menneskelig erfaring, den er universel og ikkenegérbar, som eksemplet ovenfor viste. Vi kan ikke komme ud af meningsmediet, vi er bundet til det (Luhmann, 1971; 2002a, pp. 221-246). Mening udgøres af forskellen mellem det aktuelle og det potentielle.

Luhmann gør nærmere rede for, hvad han forstår med ”mening”, i flere værker (Luhmann, 1971; 1984; 1997; 2002a; 2005). I *Soziale Systeme* afbilder Luhmann (1984) et diagram med fire systemtyper (ibid., p. 16): maskiner, organismer, sociale systemer og psykiske systemer. De to sidste er meningskonstituerende, det adskiller dem fra organismer og maskiner. Mening er en forudsætning for enhver erfaringsbearbejdelse. Individet fremstår ifølge Luhmann som en tredelt biopsyko-social enhed. For det første en krop som et biologisk system, der ikke kan række ud over sig selv (ibid., pp. 331-341). For det andet som et psykisk system – bevidstheden – som via sproget er strukturelt koblet til de sociale systemer. Og for det tredje – som person er mennesket en del af de sociale systemer, hvor al kommunikation foregår. Her fungerer en person som adressat for kommunikation. Det psykiske system – bevidstheden – er en del af det sociale systems omverden (ibid., pp. 191-241; 1987c). Mening forekommer både i tanker

og intentioner for de psykiske systemers vedkommende og i kommunikation for de sociale systemers vedkommende – de to systemer forudsætter hinanden (ibid., pp. 15-29). I sociale systemer kan en person interagere med sin meningsprocesserende sociale omverden – modsat den ikkemeningsprocesserende omverden af genstande, tekniske systemer og organismer (ibid., pp. 242-285). (Mere om mening i kapitel 3.1).

Orden er det andet centrale begreb hos Luhmann (1984, pp. 179-182). Vi skaber orden ved at følge regelværket, det vil sige de kommunikative krav: I fokuserede interaktionssystemer betyder det i situationer med ”dobbelt kontingens”³, at alle parter i interaktioner opfatter de andre deltagere som meningsprocesserende personer (Luhmann, 1984, pp. 148-190; 1990b; 2002a, pp. 315-323). Ved talt kommunikation går perceptionen fra frit flydende kompleksitet til at binde opmærksomheden til det taltes sekventialitet – den må være sekventiel, fordi den er bundet til øret. Kravet om fokus på et tema ad gangen, om konnektion og synkronisering, krav om hurtige svar, dvs. der er et selektionspres til at levere passende bidrag inden for meningshorisonten eller ”selektionspoolen”. Dertil kan konkurrence om opmærksomhed og tavse magtkampe følge med at deltage i et interaktionssystem (Luhmann, 1972; 1984, pp. 560-573; 1997, pp. 812-826). Når man så ikke følger reglerne for kommunikation, hvad en del psykiatriske patienter har det svært med, må der jo være et område, som modsat de sociale ordensydelse fremstår som sociale uordensydelse. De forekommer hyppigt blandt psykiatriske patienter. Luhmann (1984; 1997; 2002a) viser med systemteorien, hvordan vi skaber social orden ved at reducere en ellers uoverskuelig kompleksitet – fx at danne konkrete sætninger i et konkret interaktionssystem ud fra de talløse muligheder, et samfunds ordforråd giver. Uden sammenligning i øvrigt, så er mit projekt at se på den anden side af den sociale orden, hvor den bliver til social uorden. I psykiatriske institutioner, hvor sociale uordensydelse er almindelige, danner patienter og personale i dagcentre strategier til at håndtere dem, da ingen kan leve permanent uden forventninger (Luhmann, 1984, pp. 396-399; pp. 411-456). Luhmann har rundtomkring nogle negativbilleder af, hvordan verden ville se ud, hvis ikke

³ Luhmann tog ”dobbeltkontingens”-begrebet fra Parsons (1951), som konciperede begrebet inden for rammen af sin handlingsteori. Her betød det gensidige forventninger i den normative orientering mod fælles værdimål i interpersonelle kontekster (ibid., pp. 36-45). Parsons behandlede efter Luhmanns mening begrebet for løst og underordnet (Luhmann, 2002a, p. 323) og udarbejdede selv ”dobbelt kontingens” som et centralt begreb i systemteorien. Se mere i kapitel 3.

mening, social orden og opbygning af verden var det overordnede formål. Jeg samler på negativbillederne, fordi de som regel er genkendelige i psykiatrien, hvor der er social uorden i varierende grader på spil. Her kommer nogle citater, med eksempler fra negativbillederne: ”The alternative is to live in a state of permanent uncertainty and to withdraw expectations without having anything with which to replace them” (Luhmann, 1988d, p. 97). I en anden artikel skriver han, at ”det ville give en permanent usikkerhed om, hvad der kunne forventes ytret i kommunikation, en reduktion af personer til kroppe, (en reduktion) af sociale relationer til situationer”⁴ (Luhmann, 1993c). Her fremgår det af konteksten, at Luhmann især lægger vægt på den forventningssikkerhed, der kommer med normative forventninger, uanset om forventningerne bliver honoreret eller ej (ibid., p. 16). Modsætningen mellem orden og uorden optager ligeledes forfatterne af *Communication* (Ruesch & Bateson, 1951). De skriver at, ”physiologists, psychologists and psychiatrists alike are concerned with problems of order and disorder, entropy and the maintenance of the organism” (ibid., p. 90).

1.2. Begrebsafklaring

Jeg skal her redegøre for en række centrale begreber, som jeg løbende anvender i afhandlingen. Gennem afhandlingen vil jeg betegne de personer, som frekventerede det psykiatriske system, for patienter. Jeg er klar over, at der en udvikling mod at kalde dem ”brugere” eller ”psykisk sårbare” og lignende, men jeg foretrækker ”patienter” i denne sammenhæng, og det hedder de stadigvæk i psykiatriske institutioner. Svære psykosociale forstyrrelser som hallucinationer, vrangforestillinger og andre psykotiske udtryk har som udgangspunkt ingen kommunikativ værdi for andre, da de er bundet til patienternes private forestillingsverden (Rowland, 1938, pp. 334-335)⁵. I disse tilfælde kan modtagerens forståelsesvanskeligheder ikke løses med returspørgsmål og

⁴ Egen oversættelse.

⁵ De psykiatriske lærebøger oplyser, at auditive hallucinationer – stemmer – er den mest almindelige form for hallucination ved funktionelle psykoser, mere end de visuelle hallucinationer (Cullberg, 2004, pp. 42-47; Mors et al. (red.), 2017, pp. 34-37; Poulsen (red.), 2010, pp. 36-38; Simonsen & Møhl (red.), 2017, pp. 1009-1010).

udbybning, dvs. med kommunikation om kommunikation (Luhmann, 1987c, pp. 112-113). Veluddannede professionelle kan knytte an til patienternes ytringer på det symbolske plan. For alle andre er de svære at konnektere til og får først kommunikativ værdi, når patienterne gradvist lærer at følge regelværket, dvs. når de har genfundet deres kommunikative kompetencer og kan levere sociale ordensydelse (Luhmann, 1984, pp. 179-182; pp. 191-241; 1987c). Et andet begrebssæt, jeg bruger gennem hele afhandlingen, er "normal" og "normalitet". Jeg forstår med Luhmann normal og normalitet derhen, at man handler nogenlunde som forventet, medmindre situationen lægger op til noget andet. Fx at man ved tilstedeværelsen af andre ikke sidder og døser, men fremstiller sig selv som beskæftiget med noget. Forventningen kan ændres fx ved en togtur, hvor man kan gøre netop det, uden at det virker påfaldende. Der er med andre ord situationsbaserede differentieringer ved forventninger til normal og normalitet. Jeg brugte udtrykket "påfaldende" om psykisk syges kommunikation og adfærd – det betyder, at et fænomen tiltrækker sig negativ opmærksomhed, fordi det støder an mod det forventede i situationen. Modsat upåfaldende, der betyder, at et fænomen ikke tiltrækker opmærksomhed, fordi det er forventet og almindeligt forekommende i situationen (Luhmann, 1980a, pp. 46-48; 1984, pp. 162-166). Sagsforholdet korresponderer omvendt med Parsons (1958) bestemmelse af psykisk sygdom som en manglende formåen til at leve op til de forventninger, der er knyttet til en persons sociale roller (ibid., p. 165).

Hausgjerd (1985) sammenligner en psykose med et psykisk jordskælv, der for altid ændrer en persons liv. Han understreger imidlertid, at det ikke nødvendigvis er en uoprettelig katastrofe (ibid., p. 27). Hausgjerd uddyber senere i samme værk, at psykosen som katastrofeoplevelse indebærer en opløsning af den orden og sammenhæng, der tidligere herskede. Han beskriver psykosen som en undergangsoplevelse, hvor et arbejde følger med at genopbygge nye sammenhænge, der skal udfylde det tomrum, psykosen skabte. I tomrummet kan der opstå fortolkninger og systemer af vrangforestillinger, fordi verden har mistet sin forståelighed og man ikke længere kan se en indre sammenhæng i det, man oplever (ibid., pp. 201-202). Her kan jeg referere til Blankenburg (1971)⁶, idet et

⁶ Originaltitel: *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Blankenburg arbejdede i den fænomenologiske tradition. Han beskæftigede sig med symptomfattige skizofrenier ud fra en antagelse om, at her var skizofreniens "væsen" blotlagt. Se min artikel i *Nordisk Psykologi* (1989, vol. 41, pp. 61-67) om fænomenologiske teorier om skizofreni i tysk psykiatri, hvor jeg ser Blankenburg, Kisker (1960) og andre som en del af 2. generation af fænomenologiske psykiatere.

af hans værker netop bærer titlen ”Tabet af den naturlige selvfølgelighed”. Topor (1997) skriver derimod, at selv psykisk svært forstyrrede patienter opretholder en aktiv holdning til deres egne udtryk og sociale situation, og at de bibeholder områder af jeget intakte. Det er disse intakte jeg-dele, der håndterer den situation, de er havnet i, og de erfaringer, der er fulgt med (ibid., p. 97). ”Recovery”-bevægelsen startede midt i 1970’erne og er siden blevet den internationale betegnelse for og opgør med forestillingen om skizofreni og andre alvorlige funktionelle psykiske sygdomme som kroniske og permanent invaliderende (Busch, 2006; Topor, 2001). Kraepelin (1903 & 1904) indførte prognosen for ”dementia praecox” som ”kronisk” i forbindelse med legitimeringen af psykiatri som et lægevidenskabeligt speciale omkring 1900.

Internationalt begyndte en række lande i 1980’erne og 1990’erne at benytte recovery-begrebet (Busch, 2006, pp. 21-23; Davidson i Oute & Jørgensen (red.), 2021, pp. 27-41; Topor, 2001). Topor (2001) tog i sin afhandling systematisk temaet op som den første i Skandinavien – han skriver, at opdelingen i psykisk sygdom og definitionerne af dem har været konstant skiftende, og at der ikke er konsensus om årsagerne bag de psykiske forstyrrelser (ibid., p. 17). Han skriver endvidere, at der ved recovery er tale om en udviklingsproces, hvor målet ikke nødvendigvis er ”normalisering”, men om en aktiv proces, hvor individet generobrer sit eget liv (ibid., pp. 58-60). Der er forskellige begreber knyttet til recovery, fx at det er en subjektiv indstilling, som indebærer håb om helbredelse, myndiggørelse (”empowerment”) og personlig støtte til en person med psykisk sygdom (Warner, 2009, p. 374). Det er almindeligt at skelne mellem ”social recovery” som økonomisk og boligmæssig uafhængighed og en lav grad af sociale forstyrrelser på den ene side og på den anden ”fuldstændig recovery” som fravær af psykotiske symptomer og fuld funktionsdygtighed (Topor, 2001, pp. 45-60; Warner, 2009, p. 375). Jeg vil tillade mig at bestemme recovery i systemteoretisk perspektiv til at betyde ”stabilisering af den refleksive perception (Luhmann, 1984, pp. 560-566) og af de refleksive forventningsstrukturer” (ibid., pp. 411-417). Bestemmelsen angiver, at personer kan forholde sig nogenlunde adækvat i dobbelt kontingens-situationer (ibid. pp. 148-190), at de kan udtrykke sig nogenlunde forståeligt i daglig tale og dermed indgå i interaktionssystemer. I afhandlingen bruger jeg i det følgende ”recovery” som en bekvem forkortelse for den systemteoretiske bestemmelse – den er for lang at tumle med i teksten, men det er den, jeg henviser til, når jeg skriver ”recovery” gennem afhandlingen. Den amerikanske sociolog Rowland (1938) brugte som kriterium for ”social recovery”

evnen til at kommunikere med andre (ibid., p. 334). Det ligger på linje med det kriterium, jeg har valgt, nemlig forståelighed i hverdagssemantik. Jeg placerer mig på en sociologisk platform, hvor jeg bekræfter, at psykosociale forstyrrelser eksisterer, og at de udtrykker sig i kommunikation og adfærd. Til at belyse psykosociale forstyrrelser anvender jeg psykiatriske, (social)psykologiske, antropologiske, idéhistoriske og sociologiske analyser, der fokuserer på fænomenernes psykodynamiske, symbolske og sociale betydning. Psykiaterne kan fx være Arieti (1974), Barrett (1996), Crafoord (1994), Finn Jørgensen (1993), Hausgjerds værker (1972; 1985; 1990), Hollingshead & Redlich (1958) (den sidste er psykiater) samt Myers & Roberts (1959) (den sidste er psykiater).

Der er ligheder og forskelle mellem somatisk sygdom og ”psykisk sygdom” – efter mit bedste skøn er forskellene større end lighederne. Brugen af ”sygdom” på både det somatiske og psykiatriske område bliver en upræcis metafor, idet ”psykisk sygdom” altid udtrykker sig på det sociale plan, i kommunikation og adfærd mellem individer i de sociale systemer, hvor somatiske sygdomme giver kropsbundne symptomer uafhængigt af de sociale systemer. I *Pragmatics of Human Communication* (Watzlawick et al., 1967) introducerer forfatterne begrebet patologisk kommunikation (ibid., pp. 72-117). Alle deres eksempler involverer to eller flere deltagere, der kommunikerer på en måde, som forfatterne med god grund betegner som patologisk. Ligesom Luhmann (1988e; 1990f) i flere artikler har undersøgt mulighedsbetingelserne for, at kommunikation kan blive patologisk både i og uden for familierelationer. Udtrykket indgår i titlen på en af dem: ”Gluck und Unglück der Kommunikation in Familien: Zur Genese von Pathologien”. Begge dele bekræfter mit udgangspunkt, at ”psykisk sygdom” altid udtrykker sig på det sociale plan. Ved de alvorlige ”psykiske sygdomme” i de psykiatriske institutioner udtrykker patienterne sig i store kommunikations- og adfærdsforstyrrelser og i mindre alvorlige ”psykiske sygdomme” i mindre psykosociale forstyrrelser. Ved de sidste kan patienterne trods mindre forstyrrelser gøre sig forståelige i interaktioner. Jeg kalder derfor de ”psykiske sygdomme” for ”psykosociale forstyrrelser”, idet jeg mener, det er en mere præcis betegnelse end den traditionelle fælles betegnelse ”sygdom”. Den sidste dækker ikke det sociale aspekt og kan heller ikke kaldes en ”sygdom”, når dens udtryk udelukkende forekommer på det sociale plan – i kommunikation og adfærd mellem mennesker og ikke kun inden i deres kroppe. Udtrykket ”sygdom” kan kun bruges meningsfuldt om et individuelt fænomen. ”Psykiske sygdomme” har ingen umiddelbart iagttagelige biomarkører. Jeg opretholder betegnelsen, når jeg giver

udtryk for egne synspunkter, men jeg følger de forfattere, som kalder dem for ”psykiske sygdomme” i deres værker⁷.

”Psyisk sygdom” eller psykosociale forstyrrelser adskiller sig fra somatisk sygdom ved, at der ikke er noget umiddelbart påviseligt somatisk grundlag, som forklarer de psykiske sygdomme, som der er ved de fleste somatiske sygdomme. De psykiske sygdomme er derfor principielt funktionelle, de eksisterer i kraft af bærernes dysfunktionalitet, hvor der ikke kan påvises udtømmende og restløse somatiske fund. Psykosociale forstyrrelser er ligesom somatisk sygdom karakteriserede ved at være – delvist – ufrivillige og involverer tab af selvkontrol (Arieti 1974; Bleuler 1911; Bock 2010; Crafoord 1994; Cullberg, 2004; Hausgjerd 1985; 1990; Morgan 1975; Mors et al. (red.) 2017; Poulsen (red.), 2010; Ruf 2005; 2013; Simonsen & Møhl (red.) 2010; 2017). De ”syge”/psykosocialt forstyrrede personer lider i lighed med somatisk syge under deres ”sygdom”, men fænomenet kommer – i modsætning til kropsligt identificerbare smerter og ubehag – altid til udtryk mellem mennesker i kommunikation og adfærd. Om de lider lige meget og hele tiden, har vist sig at være relativt (Barrett, 1996). Endvidere er der ingen regulære fysiske smerter ved psykisk sygdom/psykosociale forstyrrelser, som kan identificeres i kroppen. De giver sig udslag i grader af forpintthed, og der kan forekomme psykosomatiske udtryk.

I det somatiske sundhedsvæsen kan man komme ind på et hospital i bevidstløs tilstand, og hvis det ikke umiddelbart fremgår, hvad patienten fejler, kan man få den rigtige behandling, når hospitalspersonalet har taget de relevante tests på baggrund af kendskab til årsagerne. Ligesom man kan lave tests og røntgenbilleder for at finde ud af, om et ben er brækket, eller tage prøver af folks blodtryk for at se, om det er højt eller lavt etc. Det somatiske systems kerneydelse, nemlig diagnoser og behandling af sygdom, opnås ved iagttagelse og manipulation af kroppen og på baggrund af kendskab til årsagerne. Det somatiske personale kan derfor anvise veldefinerede behandlinger og dermed give patienterne præcise instrukser til efterfølgelse. Fx en antibiotikakur, der skal kurere en

⁷ Man kan se den engelske betegnelse ”mental illness” som en parallel til psykosociale forstyrrelser, idet ”mental” ikke fremtræder så snæver som den danske betegnelse ”psyisk”. ”Mental” refererer bredere til sind, sjæl, intellektuelle og åndelige evner etc., som i forskellig grad angiver eksistensen af en social omverden. Cockerham (2014) kalder sit oversigtsværk for ”Sociology of Mental Disorder”. Den tyske betegnelse var tidligere ”Geisteskrankheiten”, nu er ”psychische Krankheiten” mere almindeligt. På fransk hedder det ”maladies mentales”, med samme associationer som det engelske udtryk.

lungebetændelse, eller et brækket ben, der skal manipuleres, så det kan vokse sammen på den rigtige måde – netop fordi årsagerne er velkendte. Kommunikation får derved en marginal placering i det somatiske system (Luhmann, 1983a; 1983b; 1990c). I de officielle psykiatriske klassifikationer manifesterer psykiske sygdomme sig i karakteristiske symptomkonstellationer (DSM-5; ICD-11) uden de årsagsforklaringer, som er standard ved somatisk medicin. Med undtagelse af de få tilfælde, hvor man kan påvise en kropslig relation til psykisk sygdom, som fx iltmangel ved fødslen (Mors et al. (red.), 2017, p. 28). I nyere psykiatriske lærebøger er der en udvikling hen imod klare diagnosekriterier og forskellige evidensbaserede behandlingsresultater (Mors et al. (red.) 2017; Poulsen (red.), 2010; Simonsen & Møhl (red.) 2010; 2017). Endvidere har nyere forskning påvist forskellige forbindelser mellem tilstande i det psykiske system og biokemiske og neurologiske processer i hjernen, fx teorier om neurotransmitterne, men de kan ikke levere endegyldige somatiske årsagsforklaringer (Mors et al. (red.) 2017; Poulsen (red.) 2010; Ruf 2005; Simonsen & Møhl (red.) 2010; 2017). I analysen af det psykiatriske subsystem viser jeg, hvordan lægerne ”mister” kroppen, som de er uddannede til at undersøge, diagnosticere og behandle (Luhmann, 1983a; 1983b; 1990c). Foucault (2003) karakteriserede psykiatri som ”medicin uden krop” (ibid., p. 268). I psykiatrien skal patienten være ved bevidsthed, for at psykiateren kan kommunikere med hende – i somatisk medicin kan det være kontraproduktivt med en vågen patient, ved en operation fx. Ved somatiske sygdomme bruger patienterne meget tid og opmærksomhed på deres symptomer, men i modsætning til psykosocialt forstyrrede personer udtrykker de somatiske patienter sig i et forståeligt sprog (Album, 1996; Bauch, 2000; 2006; Parsons, 1958, pp. 428-479), når de kan kommunikere. Det gælder også for funktionelt somatisk syge, der har kropslige symptomer, hvor man ikke kender årsagen, men de udtrykker sig forståeligt. Det gør de funktionelt psykisk syge ikke nødvendigvis, de kan udvise kommunikationsforstyrrelser, der gør, at de kan tale uforståeligt. ”Sygdommen” gør de ramte dysfunktionelle (Album, 1996; Bauch, 2000; 2006; Luhmann, 1983a; 1983b; 1990c; Parsons, 1958, pp. 428-479), de mister sociale færdigheder, ikke på grund af manglende kropskontrol, men i kraft af deres kommunikations- og adfærdforstyrrelser. Det psykiske system – bevidstheden – er via sproget strukturelt koblet til de sociale systemer, hvor al kommunikation finder sted. Derved bliver kommunikation og observation de centrale midler til diagnosticering og behandling i psykiatrien. Det talte sprog er bundet til øret,

kommunikation skal derfor foregå i sekvenser, hvor den ene sætning følger efter den anden. Sproget kommunikerer i de sociale systemer, og kommunikation er per definition et socialt fænomen (Luhmann, 1984, pp. 191-241; pp. 346-376; 1987c; 1997, pp. 78-91). Herved bliver kommunikation psykiatriens vigtigste arbejdsredskab, hvor det i somatisk medicin er kroppen, der har den rolle (Luhmann, 1983a; 1983b; 1990c). Psykiaterne stiller deres diagnoser ved at kommunikere med patienterne og observere deres adfærd.

Den britiske sociolog Morgan (1975) kommenterer, at vi ikke må lade den medicinske models funktionelle løsning på den sociale anomali, som psykisk sygdom implicerer, dække over den mangel på konsistens, som analogien lægger op til. Morgan skriver videre, at den medicinske model gør psykisk sygdom til et fænomen, der finder sted inden i en person, selv om "psykisk sygdom" helt åbenlyst udtrykker sig i kommunikation i de sociale systemer. Ved at opretholde en tæt analogi mellem psykisk sygdom og somatisk sygdom transformerer den medicinske model socialt og moralsk u håndterbare problemer til tilsyneladende objektive og faktuelle temaer i relation til psykisk sygdom. Den mangel på konsistens, som Morgan refererer til, bunder i forskellen mellem viden og ikkeviden om årsagerne (ibid., pp. 276-278). Forskningsområdet for psykisk sygdom, psykosociale forstyrrelser og deres afgrænsning har været problematisk for både psykiatere, sociologer og andre involverede faggrupper⁸. Det er en del af problematikken, at patienter med psykosociale forstyrrelser skal behandles på et hospital, hvor man traditionelt fokuserer på enkeltpersoners sygdomme, på trods af at psykosociale forstyrrelser er mest udbredte i områder med lav socioøkonomisk status. Luhmann (1990c) beskriver "forlegenheds-konstruktioner" i det medicinske funktionssystem, det vil sige sygdomme, der behandles som organisk individualiserede kroppe uanset, at der er sociale uligheder i deres fordeling (ibid., p. 184, note 7)⁹.

⁸ Som eksempler kan jeg nævne Kraepelin (1918), der i "Hundrede års psykiatri" benævnte psykisk syge som "åndelige krøblinge" og som "den indre fjende" (i modsætning til de ydre fjender, som Tyskland kæmpede mod i første verdenskrig) (ibid., pp. 269-272). Et andet eksempel var den amerikanske sociolog E.M. Lemert, der i 1951 udgav et værk med titlen *Social Pathology*, hvor han omtaler "afvigelse" og andre sociale fænomener som "patologiske". Lemert var under indflydelse af Durkheims tidlige værker, hvor han tenderede til at sammenligne samfundet med en organisme, i lighed med Comte, Spencer og andre socialforskere i sidste halvdel af 1900-tallet. Den tilgang anses for forældet i dag, hvor man har et større udvalg af sociologiske forklaringsmodeller til disposition.

⁹ "Verlegenheit" har flere betydninger på tysk. Det kan både oversættes med det nærliggende "forlegenhed", men det kan også betyde: forlægge, flytte, henlægge, spærre, forskubbe, nedlægge

En yderligere stor og væsentlig forskel på somatisk og psykiatrisk arbejde er, at arbejdet i den somatiske sektor er stærkt operationaliseret og højteknologisk på baggrund af kendskab til biomarkører og årsager. Psykiatrisk arbejde fremviser derimod ikke tilnærmelsesvist samme operationaliseringsgrad og højteknologiske procedurer, da den foregår med kommunikation som hovedmedie. Og fordi der ikke findes teorier, der udtømmende og restløst forklarer årsagerne til ”psykisk sygdom”. Med andre ord: Hvor fx en akut blindtarmsbetændelse kun kan kureres med en operation, dvs. en kropslig intervention, kan ”psykiske sygdomme” – hovedsageligt – kureres med målrettet kommunikation af forskellig art som miljøterapi, forskellige skoler for psykoterapi og social træning, men også almindelige sociale relationer med og uden professionelle, ved arbejde etc. (Topor, 2001; Topor i Oute & Jørgensen (eds.), 2021, pp. 145-165; Skatvedt, 2017; 2020; Wagner, 1994; 2009). Det er ikke en nyhed, at psykiatri hovedsageligt fungerer på grundlag af kommunikation. Ruesch & Bateson udgav i 1951 et værk med titlen *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*. Den fik ikke den store gennemslagskraft i psykiatrisk teoridannelse. Imidlertid præsenterer jeg her kommunikationsdelen af en sammenhængende, internationalt udbredt og anerkendt sociologisk teori på linje med andre omfattende samfundsvidenskabelige teorier. Systemteorien gør kommunikation til det centrale omdrejningspunkt i samfundets funktion (Luhmann, 1971; 1984; 1997; 2002a; 2005; 2006). Kommunikation i det psykiatriske system, miljø- eller psykoterapi og social træning er endvidere relativt svagt operationaliseret og lavteknologisk. I parentes bemærket skulle ”psykoterapi” rettelig hedde ”psykosocial-terapi”, da den altid foregår i et socialt system med mindst to involverede. I psykiatrien kan man ikke angive en bestemt årsag til en ”psykisk sygdom”, som angiver en bestemt behandlingsprocedure, der fører til helbredelse eller bedring, netop fordi der mangler biomarkører og årsagsforklaringer. Miljøterapi, som begge distriktskykiatriske centre praktiserede, leverede ingen nemme løsninger – de eneste klart operationaliserede procedurer var uddeling af psykofarmaka. Dvs. når og hvis patienterne havde ladet sig overtale til at acceptere den, selv om forventningspresset fra presset fra (den psykiatriske) omverden(en) kunne være stærkt. Alle andre interventioner var afhængige af, om patienterne accepterede eller afviste dem.

etc. Man kunne således med lige så god ret oversætte det som ”forskubbelsesproblem”. Det ville betyde, at hospitalerne behandler individuelle kroppe, hvis sygdomme imidlertid har en ulige samfundsmæssig fordeling. Problemet er derfor ikke ”løst”, men blot forskubbet.

Den fremtrædende amerikanske psykiater Frances (2013) har skrevet en vægtig og kontant kritik af DSM-5. ”Fremtrædende”, fordi han selv var ”Chair of the DSM-IV Task Force”, dvs. formand for DSM-IV fra 1994. I en sekvens, der begynder med et afsnit, ”Too much Polypharmacy”, og fortsætter med ”Too Little Psychotherapy” (ibid., pp. 106-108), understreger han yderligere en væsentlig forskel. Der er ingen organiseret industri for psykoterapi, der udgør en effektiv konkurrence til den umådeholdne brug af stoffer – effektivt promoveret af ”Big Pharma” (dvs. den del af medicinalindustrien, der producerer psykofarmaka). Frances skriver, at markedet for psykoterapi er ekstremt fragmenteret, detailstyret og individualiseret og er dermed ikke tilnærmelsesvist så standardiseret og velorganiseret som Big Pharma. At tale om konkurrenceforvridning i denne kontekst ville være helt ude af proportion. Markedet for Big Pharma er i en helt anden liga i organisation, effektivitet og markedsføringsmuligheder end markedet for psykoterapi. De forskellige psykoterapier og deres praktikere har heller ikke leveret et tilsvarende ”seductively misleading”-slogan, som Big Pharma har gjort: at psykisk sygdom drejer sig om en kemisk ubalance i hjernen. Hvor det at tage en pille er en passiv handling, aktiverer psykoterapi patienterne ved at lære dem nye holdninger til deres problemer og nye bemestringsfærdigheder. Det tager lidt længere tid, men det betaler sig bedre i det lange løb end langtidsmedicinering (ibid.).

Løchen understreger de psykiatriske institutioners opgave som ”vogtere” for samfundet, ved at de fjerner meget psykisk afvigende personer fra det offentlige rum, hvilket står i modsætning til de ellers liberale og demokratiske værdier i samfundet (Løchen, 1976, pp. XI-XII, p. 214). Goffman (1961a) fremfører i *Asylums* samme ræsonnement som Løchen, nemlig at de offentlige psykiatriske institutioners officielle mandat er at beskytte samfundet mod de farer og forstyrrende hændelser, som visse personers utålelige, stødende og uforudsigelige opførsel kan give anledning til (ibid., pp. 307-308). I psykiatri vurderer man fremskridt efter tilvækst i kommunikative kompetencer, i det somatiske sundhedsvæsen vurderer man fremskridt efter genvinding af fysiske funktionstab, patientens tilpasning til sit fysiske handicap etc. I det somatiske system er der som regel sammenfald mellem myndighed og kyndighed, den mest myndige i fx intern medicin og kirurgi er også den mest kyndige. I psykiatrien derimod forekommer disintegration mellem myndighed og kyndighed (Løchen, 1976, pp. III-V), idet psykiateren/overlægen og oversygeplejersken som regel er de mest myndige, ved at de har den afgørende beslutningskompetence i relation til patientbehandlingen.

Men de er ikke nødvendigvis de mest kyndige. I dette tilfælde er de mest kyndige de personalemedlemmer, der har de kommunikative kompetencer, der skal til for at skabe kontakt, fastholde kontakten og lave alliancer med patienterne. Den kvalitet kan være fordelt på alle faggrupper i psykiatrien, som dokumenteret af Topor (2001; i Oute & Jørgensen (red.), 2021, pp. 145-165) og Skatvedt (2017; 2020). En anden væsentlig forskel viser sig ved, at psykiatriske diagnoser i modsætning til somatiske diagnoser medfører diskriminering og kan foranledige overdødelighed.

Album (1996) beskriver i et afsnit det uformelle hjælpesystem til håndtering af sygdomme, som patienterne på to somatiske hospitaler praktiserede indbyrdes. Han kalder det for ”den hellige almindelighed” (ibid., pp. 133-135). De somatiske patienter fremhæver det almindelige, det fælles og det sociale i hverdagslivet, hvor det er det fælles og ikke det særlige ved individerne, der dyrkes. Patienterne udveksler almindeligheder, hvor man ikke kommer med overraskelser eller følelsesudbrud, men følger de ”uskrevne manus”(-skripter). Ikke desto mindre engagerer patienterne sig i at opretholde regelværket og understreger almindelighederne i en grad, så det nærmer sig det rituelle. Album analyserer interaktionerne derhen, at når mennesker er alvorligt somatisk syge og oplever, at kroppen svigter, og at de mister deres kropskontrol, får de mere brug for at demonstrere, at de er i orden som samfundsborgere, som råder over de sociale kompetencer, der skal til for at indgå i fællesskaber. Det fælles for de somatiske patienter viser sig ved, at deres skrøbelige kropskontrol giver dem en usikker tilknytning til den normale tilværelse. Derved får patienternes almindeligheder karakter af ritualer og af noget, der kommer til at fremstå som et kollektivt symbol, et helligt objekt (ibid.). Det forholder sig omvendt med mennesker, der ”forbryder” sig mod det fælles og almindelige, de benægter ved deres påfaldende kommunikation og adfærd den moralske autoritet, som samfundet ifølge Durkheim (1912/1998) udgør. Han skriver, at samfundet skaber en følelse af afhængighed i os, der gør, at vi er forpligtede til at acceptere dets moralske autoritet og underkaste os sociale spilleregler. Oplevelsen af den indre pression, vi mærker, får individerne til at tro på en ydre kraft og magt, der kommer fra samfundet selv. Det virker som en moralsk autoritet og som en samlende, livgivende kraft (ibid., pp. 295-299). Trods den lidt altmodiske sociologiske sprogbrug gælder konklusionen stadigvæk. De pågældende demonstrerer netop, at de ikke er i orden som samfundsborgere, at de ikke kan indgå i fællesskaber, og at de ikke er kompetente borgere – midlertidigt i hvert fald. De skuffer med

Luhmanns (1980a) udtryk sjældent skuffede forventninger (ibid., pp. 44-45). I psykiatriske institutioner bliver de underlagt det, som Durkheim (1893/1973) kalder "restitutive sanktioner" (ibid., pp. 32-34), dvs. de skal præstere et vist mål af normalitet for at blive "genoprettede" som almindelige samfundsborgere. Fænomenet kan registreres som endnu en forskel mellem somatisk sygdom og psykosociale forstyrrelser.

1.3. Afhandlingens forskningsspørgsmål

På baggrund af ovenstående undersøger afhandlingen psykiatriske patienters kommunikation og adfærd blandt andre patienter, medarbejdere og undertegnede i en miljøterapeutisk kontekst (subjektiv genitiv) samt den stigmatisering, som patienterne oplever, at de udsættes for af deres meningsprocesserende omverden (objektiv genitiv). Med hensyn til kommunikation og adfærd er der tale om patienternes egen kommunikation og adfærd, som udspringer fra dem selv. Derimod omhandler temaet omkring stigmatisering den adfærd, som de bliver udsat for af andre udelukkende på grund af deres behandlingskontakt med det psykiatriske system. Mere konkret fokuserer afhandlingen på spørgsmål om, hvordan det påvirkede kommunikationen til hverdag i dagcentrene, når patienterne var helt eller delvist absorberet af deres egen private forestillingsverden og højlydt gav udtryk for hallucinationer, vrangforestillinger og andre psykotiske udtryk, som ingen kommunikativ værdi havde for de andre patienter. Hvordan forholdt andre patienter og teammedlemmer sig til disse fænomener? Og hvordan forløb det, når flere patienter delvist og i korte perioder udtrykte sig uforståeligt, men hvor det alligevel lykkedes dem at gøre sig forståelige nok til at indgå i interaktioner? Hvordan forholdt andre patienter og teammedlemmerne sig til disse fænomener? Var der forskelle mellem de to dagcentre, og hvis ja, hvordan manifesterede de sig? I de to første analysekapitler, kapitel 5 og 6, behandler jeg store og mindre kommunikationsforstyrrelser, hvor fænomener i relation til forskellene mellem hhv. sociale uordensydelse og sociale ordensydelse manifesterer sig. Jeg beskriver ligeledes de mange mellemformer, jeg observerede og reflekterer over dem. I det sidste analysekapitel, kapitel 7, behandler jeg den stigmatisering, patienterne oplever fra deres omverden. Den var usynlig, så længe det lykkedes patienterne at holde den hemmelig, men det havde omkostninger for

dem, idet det krævede kontrol af den personlige information, de gav fra sig i forskellige kontekster uden for dagcentrene. Jeg fokuserer på, hvordan stigmatiseringen gav sig udtryk, hvordan patienterne håndterede den, og hvordan de forholdt sig til de fordomme, de mødte. Hvis de accepterede og dermed internaliserede fordommene, kunne de udvikle selvstigmatisering – hvordan gav det sig udslag? Jeg holder mig til mine observationer i dagcentrene for at beskrive udtryk for stigmatiserende oplevelser fra patienternes side. Endvidere fokuserer jeg på, hvordan patienterne håndterede deres synlige stigma, det vil sige resultatet af medicinering med psykofarmaka, som kunne give dem rastløshed, sløvhed, rysten af hænder og ben etc. Hvilke reaktioner afstedkom både den usynlige og synlige stigmatisering for deres sociale liv – for patienterne selv, for de pårørende og nære venner og for offentligheden? Og sidst, men ikke mindst: Hvilken påvirkning havde det på de psykiatriske patienter, som konstant mødte diskrimineringen i alle de formelle organisationer, de kom i kontakt med, og som påvirkede deres muligheder på alle livsområder? Hvilken påvirkning havde det på patienterne, som mødte de negative sanktioner i uformelle sammenhænge, når de ikke kunne holde deres status som psykiatriske patienter hemmelig? Her trækker jeg på litteraturen om temaet for at belyse de forskellige aspekter. Endvidere gengiver jeg en folketingsdebat fra 2019 om at blive erklæret rask fra en psykiatrisk diagnose. Det kom frem under debatten, at diskrimineringen finder sted i alle funktionssystemer, den kan være ”skjult” for den brede offentlighed, men de psykiatriske patienter støder jævnligt på den.

1.4. Disposition

Efter indledningsvist at have skitseret afhandlingens temaer vil jeg kort redegøre for dens disposition. I første del af kapitel 2 beskriver jeg baggrunden for miljøterapiens opkomst og den historiske baggrund for ”psykotisk” og ”kronisk” sygdom, samt hvordan ”dementia praecox” – senere kendt som skizofreni – blev til en ”kronisk” diagnose. Endvidere redegør jeg for afinstitutionaliseringen og i den forbindelse for distriktspsykiatriens oprindelse og udvikling. I anden del af kapitel 2 redegør jeg for forskningen om de psykiske sygdommes/de psykosociale forstyrrelses sociologi og for monografier om psykiatriske institutioner med fokus på patienternes indbyrdes kommunikation og adfærd. I kapitel 3 præsenterer jeg

de væsentligste systemteoretiske begreber og derefter de forskellige teorier med relation til psykiske sygdomme/psykosociale forstyrrelser, som jeg anvender i afhandlingens analysekapitler. Dernæst præsenterer jeg i kapitel 4 afhandlingens metoder og materialer. I kapitel 5-7 præsenterer jeg afhandlingens analyser. Kapitel 5 belyser de store kommunikationsforstyrrelser, hvor patienterne ikke kan gøre sig forståelige i interaktionssystemer, som fx ved hallucinationer, massive vrangforestillinger, nonstop usammenhængende talestrømme, bizar kommunikation og adfærd etc. De er ude af kontakt med refleksive perceptioner og den refleksive forventningsstruktur. Kapitel 6 belyser de mindre kommunikationsforstyrrelser, hvor patienterne kan indgå i interaktionssystemer og gøre sig – i hvert fald delvist – forståelige, som fx ved enkeltstående vrangforestillinger, forestillinger om selvreference, polariserede opfattelser af omverdenen, forskellige former for undgåelse etc. I kapitel 7 sætter jeg fokus på den stigmatisering, patienterne udsættes for qua deres blotte kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Jeg inddeler kapitlet i hhv. den usynlige stigmatisering og den synlige stigmatisering, som psykofarmaka påfører nogle patienter. Jeg slutter kapitlet med en redegørelse for de temaer, der blev behandlet i en folketingsdebat om en evt. ophævelse af tidligere psykiatriske diagnoser. Dertil en beskrivelse af resultater fra ”Survive”-undersøgelsen, der sammenlignede obduktionen af 500 psykiatriske patienter med deres data, da de levede, hvor forfatterne dokumenterer en betydelig overdødelighed. Undersøgelserne forsøger at forklare elementerne i den op til 25 år kortere levetid for bestemte grupper af psykiatriske patienter i forhold til gennemsnitsbefolkningens levetid. Til sidst præsenterer jeg i kapitel 8 en afsluttende diskussion med en opsummering af svarene på mine forskningsspørgsmål, hvad mit vidensbidrag består i og til sidst en generel diskussion med udgangspunkt i mine forskningsresultater.

Da jeg selv er hunkøn, bruger jeg gennemgående i afhandlingen det personlige pronomen i hunkøn som generel personbetegnelse, medmindre der klart er tale om en mand.

Kapitel 2:

Historisk baggrund og tidligere forskning

Dette kapitel falder i to dele. I første del af kapitlet redegør jeg for nogle centrale nedslagspunkter i psykiatriens historie. Først vil jeg præsentere en indledende beskrivelse af de systemteoretiske begreber, jeg benytter i dette kapitel, og som jeg uddyber i kapitel 3. Jeg redegør derefter nærmere for Foucaults (1975) *Galskabens historie* og dens efterfølger. For at forstå baggrunden for miljøterapiens opkomst vil jeg se på ”moral treatment”. Den fungerer i denne kontekst som en forhistorie til miljøterapien og tog fart i begyndelsen af 1800-tallet som ”moralsk behandling” af de ”gale”. Efterfølgende lokaliserer jeg den historiske baggrund for, dels hvordan psykosebegrebet opstod i 1860’erne, og dels på, hvordan ”kronisk” blev til en prognose for Kraepelins (1903-1904) ”dementia praecox” – Bleuler (1911) betegnede den i 1911 som ”skizofreni”. De to betegnelser holdt sig i over hundrede år. De ”kronisk psykotiske” var den gængse betegnelse for distriktskykiatriens kernemålgruppe i Psykiatriplanen fra 1987 (Forslag til psykiatriplan for Københavns Kommune, 1988-2000, p. 11; p. 14). Yderligere fokuserer jeg på, hvordan man omkring år 1900 så på patienternes psykose som uforståelig, på behandling af patienterne m.m. Slutteligt fokuserer jeg på, hvordan miljøterapien senere fik en opblomstring med teorierne om gruppeterapi og om det terapeutiske samfund før, under og efter 2. verdenskrig (Kringlen, 2003, pp. 108-110).

I anden del af kapitlet præsenterer jeg den tidligere forskning om psykiatriske patienters kommunikation og interaktion på psykiatriske institutioner, inklusive de store sociologiske undersøgelser, der på engelsk fik betegnelsen ”Sociology of Mental Illness/Health”. De udviklede sig fra den første større undersøgelse i 1939 med flere lignende undersøgelser over navngivne områder i Nordamerika (Faris & Dunham, 1939; Hollingshead & Redlich, 1958; Leighton et al., 1959; Myers

& Roberts, 1959; Srole et al., 1975 & 1977). Fra 1960'erne opstod en kritisk samfundsvidenskabelig forskning rettet mod den institutionaliserede psykiatri, den såkaldte "antipsykiatri". Den kan ses som et led i oprøret mod og kritikken af det kapitalistiske samfund og dets påståede undertrykkelse og fremmedgørelse og som en del af 1960'ernes "modkultur" i almindelighed og kritik af anstaltens praksis i særdeleshed. Mange af de tidlige værker, som forholder sig kritisk til psykiatriens teori og praksis, handler om mere eller mindre kustodielt-orienterede psykiatriske hospitaler, såkaldte totale institutioner – hvor Goffmans *Asylums* (1961a) nok er det mest kendte eksempel.

I andet delafsnit redegør jeg til at starte med for den "antipsykiatriske" bølge, som den tog form fra 1960'erne, bestående af psykiaterne Laing & Esterson (1974) og Szasz (1961) samt sociologerne Goffman (1961a) og Scheff (1966)¹⁰. Fælles for de forskellige forfattere i den "antipsykiatriske" bølge er, at de i varierende grad benægter eksistensen af psykisk sygdom/psykosociale forstyrrelser. Eksempelvis fremførte Scheff (1966) den såkaldte "labeling"-teori, ifølge hvilken psykisk sygdom/psykosociale forstyrrelser var resultatet af samfundets stemping af en bestemt type afvigere. Ligeledes udgjorde Foucault (1975) et markant fransk indslag i antipsykiatrien; han hævder, at psykiske sygdomme ikke eksisterer, men at de skulle være konstruktioner skabt af det medicinske system (Kringlen, 2003, p. 202). Derefter redegør jeg for den sociologiske deldisciplin "Sociology of Mental Illness/Health" – som den gradvist udviklede fra antipsykiatrien i 1960'erne og 1970'erne med både sociologer og antropologer, hvor de sidste kaldte disciplinen for "medicinsk antropologi". Fire amerikanske sociologer, Rowland (1938; 1939a; 1939b), Smith & Trasher (1963) og Rubington (1972), gennemførte alle deltagerobservation på psykiatriske afdelinger og udviklede teorier på den baggrund. Jeg redegør dernæst for Løchens (1976) klassiske skandinaviske værk på området, ikke mindst fordi det har nogle analytiske pointer, som jeg anvender i mine analyser. Dertil kommer Sundin (1974), Estroff (1981), Rhodes (1991), Rosenbaum & Sonne (1994), Barrett (1996), Lindell (2003), Jacobsen (2006) og Busch (2006) samt Ringer (2013), Dobransky (2014) og Scull (2006; 2015). Jeg slutter kapitlet med den svenske idéhistoriker Johannisson (1990; 2006) betragtninger om "kultursygdomme" og om et muligt nyt navn for "skizofreni".

¹⁰ Jeg er klar over, at Scheffs værk fra 1966 blev publiceret i en ny udgave i 1999. Imidlertid er de bærende hypoteser de samme som i den oprindelige udgave fra 1966. Derfor anfører jeg ikke 1999-udgaven.

Her kommer først en foreløbig oversigtsorienteret beskrivelse af nogle systemteoretiske begreber. Mening er et basisbegreb i systemteorien, den består af forskellen mellem det aktuelle og det potentielle. Luhmann inddeler mening i tre dimensioner: sags-, tids- og socialdimensionen (Luhmann, 1971; 1984, pp. 92-147; 1997, pp. 44-59). Funktionssystemer betegner den nuværende inddeling af samfundet, hvor den funktionelle differentiering har primat, de fungerer inden for binære koder. Fx har det medicinske funktionssystem koden syg-sund. De to poler har forskellige opgaver: Den positive pol skaber differentiering og konnektion, Luhmann kalder den ”designationspolen”. Den negative pol fungerer som refleksionspol (Luhmann, 1997, pp. 359-393). Det betyder ikke, at der ikke er spor fra de to tidligere samfundstyper, den segmentære og den stratificerede, på mange områder (Luhmann, 1997, pp. 772-776).

Luhmann placerer udviklingen fra stratifikatoriske samfund til funktionelt differentierede samfund i Europa til at begynde i senmiddelalderen og til i store træk at være tilendebragt sidst i 1700-tallet. Udviklingen sker kun i nogle egne af Europa og parallelt i USA. Det er en unik udvikling, hvor der sker en irreversibel udvikling til samfund med funktion som primær differentiering (Luhmann, 1980b, pp. 9-71; 1984; 1997). Det passer i tidsdimensionen med, at termen ”psykiatri” blev dannet omkring år 1800 af J.C. Reil, der regnes for den første tyske psykiater¹¹. Reil var en naturvidenskabelig og medicinsk skolet person, som ikke havde praktisk erfaring med de gale (Dörner, 1975, pp. 228-231). ”Syg” var på dette tidspunkt ikke en accepteret del af betegnelsen af psykisk syge, de blev som regel betegnet som ”gale” eller ”aliénés”, og lægerne, der beskæftigede sig med dem, tilsvarende som galelæger eller alienister. Imidlertid angiver betegnelsen psykiatri, hvis sidste del er afledt af ”iatros” = læge eller helbredelse, at behandlingen af psykisk syge tilknyttedes det medicinske funktionssystem og dermed den binære syg-sund-kode (Luhmann, 1983a; 1983b; 1990c). Samtidig blev læger i stigende grad tilknyttet asylerne som behandlende faggruppe. Samtidig eller lidt forskubbet foregår der en evolution af den politiske og sociale semantik (Luhmann, 1980b, pp. 26-28), hvor semantik betegner samfundets sprogbrug og begrebsforråd, fx vil en socialgruppes bandeord udgøre en del af hverdagssemantikken. Uddifferentieringen skaber stigende kompleksitet i de enkelte funktionssystemer, hvor fagsprog udvikler sig til plejet semantik, som altid forekommer skriftligt, selvom det jævnligt kommunikeres mundtligt. Luhmann

¹¹ For bestemmelse af ”tidsdimensionen”, se senere i kapitel 3.1.1.

benævner almindelig daglig tale som ”uplejet semantik” (ibid.), men jeg foretrækker ”hverdagssemantik” i stedet for ”uplejet semantik”, fordi det generer mig at benævne det daglige sprog med en negativ term. Både hverdagssemantik og skriftligt formuleret plejet semantik betegner en generaliseret, situationsuafhængig, disponibel mening, som kan forbinde nye meninger med tidligere benyttede meninger (Luhmann, 1980b, p. 19). Forventninger er ligeledes et grundbegreb i systemteorien, de er kondenseringer af meningsreferencer. De skabes af generaliseringer af mening, som tillader identifikation af forskellige enheder uafhængigt af deres specifikke kontekst. Når mange personer er involveret i håndtering af mening, opstår der dobbelt kontingens, og forventninger bliver til forventning af forventninger (Luhmann, 1984, pp. 411-417). Normative forventninger er en type forventninger, som man opretholder, selv om et fænomen går imod dem, man kunne kalde dem kontrafaktiske forventninger. Kognitive forventninger derimod tilpasser sig virkeligheden og justerer sig til de faktisk forekommende fænomener (Luhmann, 1980a, pp. 45-48; 1984, pp. 436-443). Strukturelle koblinger angiver, at sociale systemer er strukturdeterminerede, ved at kun systemets egen struktur kan bestemme dets operationer. Det udelukker direkte indflydelse fra omverdenen, men strukturelle koblinger kan forbinde funktionssystemer med hinanden (Luhmann, 1997, pp. 100-114; pp. 779-788).

2.1. Punkt nedslag i psykiatriens historie

2.1.1. ”De gale”

Indholdet af Foucaults værk om *Galskabens historie* er efterhånden velkendt¹². De spedalske forsvandt gradvist fra den vestlige verden i slutningen af middelalderen, omkring år 1500. Foucault hævdede, at der derefter fandt en omfattende

¹² Foucault skrev et værk i Uppsala i 1954 – hvor han var midlertidigt ansat – med titlen *Maladie mentale et psychologie. Histoire de la folie*, men det blev i første omgang forkastet af vejlederen, Sten Lindroth. Han gjorde afhandlingen færdig i Krakow, og det blev senere godkendt i Frankrig af G. Canguilhem og D. Lagache. Værket blev udgivet første gang på Presses Universitaires de France i 1954 under titlen *Maladie mentale et psychologie*, altså uden den oprindelige undertitel ”Histoire de la folie” (ref. Google, Histoire de la folie à l’âge classique). Den blev udgivet på Plon med den oprindelige undertitel i 1961.

indespærring sted af de gale overalt i Europa. I Frankrig skete det fra 1656, hvor forvaltningen udstedte et dekret om et "Hôpital général" (Foucault, 1975, pp. 55-56). Det var så ikke – navnet til trods – et medicinsk etablissement, men en semijuridisk struktur, hvor man internerede ikke blot "les aliénés" – de gale – men også fattige, vagabonder, tyveknægte, løstagne kvinder, arbejdssky, syfilitikere, politiske fanger, libertinere og mange andre marginale grupperinger. De gale blev gradvist udskilt som gruppe og anbragt i asyl og hospitaler – hvor man forsøgte at rubricere dem efter arten af deres lidelser til ca. 1800. Her stopper Foucault *Galskabens historie* (Foucault, 1975). Kringlen (2003) skriver, at andre historikere afviser, at Foucaults model om "le grand renferment" – den store indespærring – skulle gælde for hele Europa, den har mest gyldighed for Frankrig (ibid., p. 26). Foucaults forelæsninger *Le pouvoir psychiatrique* på Collège de France i 1973-1974 blev udgivet i 2003, de dækker tidsrummet fra ca. 1800 – hvor *Galskabens historie* stoppede – til antipsykiatrien i begyndelsen af 1970'erne. Forelæsningserne er, trods mindre teoretiske skift, imidlertid en fortsættelse af hans undersøgelse af, hvordan magten udtrykker sig i de sidste knap to hundrede år af psykiatriens historie, som en kronologisk fortsættelse af *Galskabens historie*. En af Foucaults hovedteser er, at psykiatri er medicin uden krop; den afhænger dertil af en "absolut diagnostik". Med det sidste forstår han, at en diagnose skal bestemme, om det udviste – psykosociale – fænomen befinder sig inden for virkelighedens område, eller om det ikke gør (Foucault, 2003, pp. 268-269). Foucault overser så, at "virkeligheden" er en kompleks størrelse med utallige differentieringer og variationer. Han skriver videre, at den psykiatriske prøve er dobbelt: For det første skal den etablere personens liv som et "væv" af patologiske symptomer, og for det andet etablere psykiateren som udtryk for den højeste personificerede form for medicinsk disciplin. Magtrelationen er således klar, den gale/patienten er berøvet magt, og psykiateren har en tilsvarende overmagt, hans disciplinerede krop og væremåde skal i sig selv virke opdragende på den gale/patienten (ibid., pp. 270-271). Det forekommer mig, at Foucault mener, at magten mere eller mindre automatisk sætter sig igennem hos den enkelte gale/patient, det kan man så se som et led i hans – alt for – overordnede magtanalyse. I systemteorien er magt derimod altid afhængig af, om en magtudøvers handling følges af den underordnede i kraft af den trussel, som en negativ sanktion udgør. Kun når den følges, virker magten. Ellers virker den ikke, men pointen her er, at den altid skal igennem et valg – accept af instruks eller accept af sanktionen – i bifurkationen hos den underordnede. Det betyder, at kommunikationen tvinges til at vælge imellem en

ja- eller nej-version, mellem accept og afvisning af den tilbudte præmis. Det differentierer konnektionsmulighederne (Luhmann, 1984, pp. 203-207; 1987c, p. 116). Magten stopper, når den underordnede hellere vil acceptere sanktionen – afskediges, flyttes og udsættes end følge instruksen. Men det er stadigvæk resultatet af et magtforhold – den underordnede er udsat for et valg, hvor hun har valgt at forkaste accept af magtforholdet (Luhmann, 1975e; 1997, pp. 355-358).

2.1.2. ”Moral Treatment”

I forbindelse med den franske revolution klippede den franske læge P. Pinel lænkerne over på de gale ved en spektakulær gestus, først på Bicêtre-hospitalet for mænd i Paris i 1793, derefter på Salpêtrière-anstalten for kvinder i 1795 (Kringlen, 2003, pp. 22-24). Begge steder sørgede han for mere frihed og bedre hygiejniske forhold. Pinel og hans efterfølger, J.-E. Esquirol, promoverede ”moral treatment”-principperne i små asyler. Esquirol var drivkraften bag den franske sindssygelov fra 1838, som var den første af sin art i verden. I Danmark fik man først en sindssygelov i 1938 (ibid., p. 25). Afskaffelsen af de gales lænker kan ses som begyndelsen til ”moral treatment”, hvor man lagde vægt på afskaffelse af tvangsmidler, men metoden blev først for alvor fremtrædende efter 1830¹³. Den foregik ved, at patienterne skulle behandles i små institutioner, ofte startet af private aktører (Kringlen, 2003, pp. 30-31). Asylpsykiatrien som medicinsk funderede institutioner med et humant sigte var mest udbredt i Frankrig, Storbritannien og Nordamerika. I tysk psykiatri var situationen præget af mere spekulation og færre kliniske erfaringer end i de nævnte lande (ibid., Klitgaard, 1988a). De fremtrædende repræsentanter i Storbritannien, hvor bevægelsen var mest udbredt, var kvækeren W. Tuke, en velhavende tehandler, der grundlagde et ”retreat” i York i 1792 (Alexander & Selesnick, 1967, p. 121), og senere R.G. Hill og J. Conolly. De tog begge afstand fra mekanisk tvang, ikke blot lænker, men også spændetrøjer, og erstattede begge dele med uddannede hjælpere og arbejde til patienterne. Lægen skulle være en faderlig autoritet, og venlig støtte og omsorg skulle lindre og helbrede (Kringlen, 2003, pp. 30-31). I Tyskland var det i den eneste liberale periode, i 1860’erne (Sagarra, 1980, pp. 127-130; Belardi, Eurich

¹³ Psykodynamisk terapi har en lang forhistorie. Kringlen (2003, p. 42) refererer til en lærebog i psykoterapi fra 1751, ligesom katarsisk praksis i forskellige former og kulturer er velkendte, som beskrevet i litteraturen fra tværkulturel psykiatri og lignende discipliner. Derudover var ”psykoterapi” på mode i slutningen af 1800-tallet (Kringlen, pp. 22-73).

& Wangler, 1980, pp. 21-29; Klitgaard, 1988a, pp. 56-75), med psykiateren Griesinger, at metoden vandt genklang, da Conollys værk om no-restraint blev oversat til tysk (Kringlen, 2003, p. 31). Den franske sociolog R. Castel (1970) skriver i sin artikel om "le traitement moral", at der var en dyb indforståethed mellem psykiatrisk praksis på den ene side og teknikkerne til social kontrol på den anden (ibid., pp. 110-112). Castel citerer flittigt Falret, en fransk psykiater, der havde sit virke i årtierne midt i 1800-tallet; han var kendt for sine humanistiske idéer om moralsk behandling. Falret talte som datidens psykiatere meget om orden, disciplin, gode skikke og om nødvendigheden af underkastelse. Midt i det 20. århundrede genopdagede man de resocialiserende teknikker fra den moralske behandling: arbejds terapi, ergoterapi og såkaldt administrativ psykiatri – dvs. kognitiv og adfærdssædrende psykiatri (ibid., p. 126). Nutidens (artiklen er fra 1970) psykiatere, psykoterapeuter og psykoanalytikere taler ikke så meget om orden, disciplin og gode vaner, de taler derimod om aggressivitetskontrol, reinvestering i virkeligheden, modning af affekterne, om institutionel transfer etc. (Castel, 1970, p. 129). Den eneste gedigne nyskabelse, Castel ser i "det terapeutiske samfund" og i nutidig psykiatri, psykoterapi og psykoanalyse, er symptomtilladelsen, det, at man frit kan udtrykke sine "gale" idéer og tanker. Ellers er magtforholdene de samme som dengang, patienten er underordnet, og psykiateren er overordnet, og praktikkerne er forblevet manipulerende (ibid., pp. 127-129).

2.1.3. Oprindelsen til "psykotisk"

I dette afsnit undersøger jeg oprindelsen til termen "psykotisk". Fra 1860'erne blev tysk medicin dominerende inden for medicinsk forskning, med mikroanatomi, fysiologi, bakteriologi og organisk kemi. Tysk psykiatri, som omfattede de tysktalende nabolande, var førende i sidste halvdel af 1800-tallet (Kringlen, 2003, pp. 32-33, Ackerknecht, 1985, p. 59). Griesinger (1817-1868) gjorde naturvidenskabelige principper til styrende og dannede dermed det første paradigme i tysk psykiatri, hans lærebog blev oversat til engelsk i 1867 og fik stor indflydelse i England og Nordamerika (Kringlen, 2003, p. 32). Han var kendt som "hjernepsykiater", men i praksis var hans syn på årsagsforholdene mere nuancerede, han lagde vægt på psykologiske beskrivelser. Imidlertid forlod han – næsten – religiøse, moralske og filosofiske begreber. Griesinger fungerede som retspsykiater, hvor han blev indkaldt for at vurdere, om en person kunne holdes

ansvarlig for sin kriminelle gerning eller ej, idet sindssygelægerne var kommet til at spille en offentlig rolle med deres fremtræden i retssalene (Kringlen, 2003, p. 36). Griesingers overvejelser fremgår af hans ”Forensisch-psychiatrisches Gutachten” (Griesinger, 1872, Band I, pp. 215-253). Her genoptog han Kants kristent-inspirerede skel mellem abnormt sjæleliv, der helt må tilskrives sygelige hjerneprocesser på den ene side, og på den anden side afvigende fænomener, der forekommer inden for det normale psykiske livs rammer. Det bagvedliggende tema i samtidens diskussion var, om den guddommelige sjæl overhovedet kunne blive syg (Wyrsh, 1957, p. 33). I parentes bemærket kan man her notere sig, at det religiøse funktionssystem kommer i spil (Luhmann, 1986b, pp. 120-126). Griesinger gjorde kontakten mellem psykiateren og patienten til det centrale middel for at danne grundlag for vurderingen sammen med en indsigt i patientens livshistorie (Güse & Schmacke, 1976, pp. 55-56; Klitgaard, 1988a, p. 64)¹⁴. Her kan man samtidig notere sig, at tidsdimensionen (Luhmann, 1971) for første gang systematisk i psykiatriens historie blev gjort til noget centralt i vurderingen af den enkelte patient, idet et af Griesingers kriterier for sindssyge var, om patientens adfærd kontrasterede med hendes tidligere adfærd, eller om den lå i forlængelse af den. En konsekvens af den forløbsbetragtning, Griesinger her fremsatte, var, at den gjorde personlighedsændring til kriterium for psykisk sygdom; det var et nyt element i plejet psykiatrisk semantik. Psykiaterne udøvede, som i medicin i øvrigt, deres rolle på hospitaler, i anstalter og i konsultationsværelser ”privat”, uden offentlig adgang. Men i retssalene, hvor de psykiatriske eksperter udførte deres hverv ved bestemte retssager, optrådte de i et offentligt forum, hvor deres arbejde og vurderinger blev synliggjort. Patientprotesterne voksede, og pårørende trådte offentligt frem og klagede over forholdene på anstalterne. Psykiatrien fik

¹⁴ Som eksempel præsenterer jeg her referater af to af Griesingers retspsykiatriske vurderinger. I det første tilfælde mente Griesinger, at Z under gerningen var i en tilstand, der kontrasterede skarpt med hans sædvanlige gemyt. Der var tale om en psykisk-anormal tilstand. Hans egen beskrivelse tydede ligeledes på en patologisk tilstand. Griesinger konkluderede, at han ikke kunne gøres ansvarlig for det begåede, men gjorde det i et epileptisk raserianfald. Først med den patologiske hjerneophidselsens uddøen indfandt angeren sig (Griesinger, 1872, Bd. I, pp. 215-226). I det andet tilfælde benægtede Griesinger, at N havde handlet i et momentant anfald af sindssyge, idet hans handling lå i forlængelse af en række af tidligere og lignende art, og at han i øvrigt blev beskrevet som en person, der havde let til ophidselse og voldsomme udbrud. Der var heller ikke tale om omtågethed under handlingen. Dog var der her tale om en disposition til affektudbrud, der adskilte sig fra flertallets, og som reducerede den frie viljes omfang (ibid., pp. 227-248). I det første tilfælde mente Griesinger altså, at patienten led under en sygelig hjerneprocess og derfor ikke kunne holdes ansvarlig for sin gerning, men i det sidste tilfælde kunne patienten holdes ansvarlig (Griesinger, 1872, Bd. I, pp. 215-248).

gennemgående et dårligt navn (Shorter, 1997, pp. 115-118). Griesinger udførte sin gerning som retspsykiater på opfordring af det juridiske funktionssystem, der havde brug for en vurdering af, hvilken slags straf det kunne tildele en person med en psykisk problematik. Selv om Griesinger kun brugte termen ”psykose” en enkelt gang i sit forfatterskab (Griesinger, 1868, p. IV; Beer, 1995, p. 184), bliver det skarpe skel skærpet af Griesingers strukturelle kobling til det juridiske funktionssystem og dets rationale (Luhmann, 1997, pp. 100-114; pp. 779-788). Griesinger medgav selv, at det skarpe skel mellem psykose og ikkepsykose, som han dannede i sine retspsykiatriske overvejelser, i realiteten var mere nuanceret (Griesinger, 1872; Klitgaard, 1988a, pp. 56-74)¹⁵. I dag er det almindeligt vedtaget, for det første, at psykose er et psykologisk kriterium (Arieti, 1974; Crafoord, 1994; Cullberg, 2004; Hausgjerd, 1985 & 1990; Mors et al. (red.), 2017; Poulsen (red.), 2014; Ruf, 2005; Simonsen & Møhl (red.), 2010; 2017), og for det andet, at man kan uddanne sig til at forstå psykotiske patienter og deres tale (Arieti, 1974; Crafoord, 1994; Hausgjerd, 1985; Kistrup, 2012).

2.1.4. Oprindelsen til ”kronisk”

I de hundrede år fra sidst i 1700-tallet til omkring år 1900 skete der store demografiske ændringer, der hævede middellevetiden betydeligt. Dels faldt børnedødeligheden, og dels var levetidene blevet forbedret med bedre hygiejne, og mennesker levede længere, idet antallet af personer over 65 år steg betragteligt. Det resulterede sidst i det 19. århundrede i en stigende interesse for demens, fordi man nu rent faktisk havde en population, hvor man kunne observere fænomenet. I psykiatrien gav det sig udslag i begrebet om ”kronicitet”, som senere blev beskrevet af den franske psykiater Lanteri-Laura (1972) i en stort anlagt artikel (Topor, 2001, p. 30). Man begyndte i første halvdel af det 19. århundrede at inddele de psykiske syge i helbredelige og ikkehelbredelige, i en periode med stigende interesse for et offentligt sundhedsvæsen (Kringlen, 2003, pp. 25-28). Inddelingen i helbredelig og ikkehelbredelig svarer til Luhmanns sekundær-kodering efter primær-koderingen syg og sund (Luhmann, 1990c, p.

¹⁵ Termen ”psykose” dukker sporadisk op hos forskellige forfattere midt i det 19. århundrede. Dominic Beer refererer til von Feuchtersleben, som dannede termen i 1845 (Beer, 1995, pp. 177-181), og M. Bürgy refererer til Canstatt, hvis første brug af ”psykose” forekom i 1841 (Bürgy, 2008), den blev på det tidspunkt betragtet som et (overvejende) kropsligt fænomen knyttet til nervesystemet. I sidste halvdel af det 19. århundrede blev termen ”psykose” brugt vidt og bredt til at betegne forskellige former for sindssygdomme (Bürgy, 2008, p. 1200).

186). Det er samtidig en inddeling, der aktiverer tidsdimensionen (Luhmann, 1971), i og med at den svarer nogenlunde til inddelingen mellem akutte tilfælde, som kunne helbredes, og de uhelbredelige tilfælde, de ”kroniske”. Dörner (1975) beskriver i *Bürger und Irre*, hvordan industrialiseringen i de tre store europæiske lande sker med cirka halvtreds års forskydning, begyndende i Storbritannien omkring 1750, derefter i Frankrig omkring 1800 og til sidst i Tyskland cirka 1850. Forskydningen påvirkede dannelsen af et borgerskab og dermed udviklingen af en psykiatrisk profession (ibid.) og den dertil hørende plejede semantik (Luhmann, 1980b). Med den stigende produktionsudvikling i begyndelsen af og en tilsvarende afvikling af de traditionelle bondesamfund med emigration mod byerne og de rurale netværks omformning til – proletarisk – solidaritet i byerne, blev de gale synlige i det offentlige rum. Perioden 1810-1860 var storhedstid for asylbyggeriet i Vesteuropa og Nordamerika. Der var en løbende diskussion blandt borgerskabets aktører i de tre nævnte lande og Nordamerika, herunder den spirende stand af psykiatere, om, at den moderne civilisation med store byer og hektisk livsførelse havde en stor del af skylden for, at nogle mennesker bukkede under og blev ”nervøse” eller gale (Dörner, 1975, pp. 71-77). Venlighed, respekt, beskæftigelse og afskærmning fra det omgivende samfund var de ledende idéer for oprettelsen af asyls (Kringlen, 2003, p. 24-30). Det var imidlertid først sidst i perioden, at man begyndte at tale om de ”uhelbredelige” som kroniske. Lantéri-Laura nævner den franske læge Magnan som hovedkilden til begrebet om ”kronicitet”, der betegnede en gruppe patienter, der ansås for at være ”uhelbredelige” (Lantéri-Laura, 1972, pp. 555-557). Der er nogle fordele ved kronicitetsbegrebet, det tillader en vurdering af udviklingen i de enkelte patienters tilstand, når faserne følger hinanden i en bestemt orden (ibid., p. 555). Lantéri-Laura lokaliserer udbredelsen af kronicitetsbegrebet til sidste tredjedel af det 19. århundrede (ibid., pp. 554-555). Han nævner, at mange kroniske somatiske sygdomme ikke altid benævnes som ”kroniske”, fordi det er en selvfølge, at de er det. Det gælder invaliditet i almindelighed samt fænomener i medicinske subdiscipliner som kardiologi og reumatologi (ibid., p. 549). De uhelbredelige eller de ”kroniske”, som de nu blev kaldt, blev i forbindelse med en reorganisering af anstaltsvæsnet samlet i større og større asyls, som lå på landet. Den ideologiske og terapeutiske begrundelse for placeringen var, at de gale skulle skærmes fra det omgivende samfund. Asylsne gik fra i begyndelsen af 1800-tallet at have haft et positivt omdømme til i sidste del af 1800-tallet at have et negativt ry, til dels på grund af deres voksende størrelse og isoleringen i landlige omgivelser.

Her blev det terapeutiske formål skubbet i baggrunden, og ”kuren” var stort set den samme på anstalterne: ”Først i seng og så i arbejde”. Anstalterne blev feudale enklaver, der havde brug for en billig og stabil arbejdsstyrke. Lantéri-Laura kalder dem for en ”contre-monde” med lukket økonomi som rurale, selvforsynende virksomheder i et ellers hurtigtvoksende samfund med industriel arbejdsdeling (ibid., pp. 565-567). De blev genstand for et kasseslagsmål mellem departementer og kommuner, der hver især forsøgte at sende regningen videre til den anden part (ibid., p. 566). Der var en tilsvarende udvikling i Tyskland, fx Siegburg-anstalten – mange af dem udviklede sig i sidste halvdel af det 19. århundrede til store, isolerede repressive anstalter, hvor det terapeutiske element forsvandt (Blasius, 1980, pp. 26-46; pp. 90-110; Dörner, 1975, pp. 198-199). Da anstaltsdirektøren var en læge eller psykiater, var det ikke et problem at regulere arbejdsstyrken (Lantéri-Laura, 1972, p. 567). Kroniciteten havde således nogle ekstramedicinske stabiliserende faktorer (ibid., pp. 564-568; Topor, 2001, p. 30), som kom dels fra det politiske og dels fra det økonomiske funktionssystem (Luhmann, 1997, pp. 743-776).

2.1.5. Den sociale og teoretiske kontekst for ”dementia praecox”

Sidst i 1800-tallet led op til 30 % af anstaltspopulationen af beviseligt hjernesygge, herunder af paralytiske tilstande; det var en væsentlig baggrund for psykiatriens stigende hjernepatologiske orientering (Ackerknecht, 1987, p. 74). To tyske læger havde i 1857 postuleret en sammenhæng mellem den progressive paralyse eller syfilis, den blev derfor relativt hurtigt udskilt som en selvstændig sygdoms enhed som et resultat af en organisk hjernetilstand (Kraepelin, 1918, p. 241; p. 250). Syfilismodellen tjente i årtier som model for psykiatrisk begrebsdannelse, den blev forstærket af, at den franske læge P. Broca i 1860’erne opdagede sprogcentret i venstre frontallap (Alexander & Selesnick, 1956, pp. 155-159; Ackerknecht, 1985, pp. 73-74). Den østrigsk-franske læge B.A. Morel lancerede i 1857 betegnelsen ”démence précoce” som sidste led i en teori om en arvelig, degenerativ udvikling, der progredierede over fire generationer. Teorien var populær i medicinske kredse sidst i 1800-tallet (Ackerknecht, 1985, pp. 54-55; Alexander & Selesnick, 1967, p. 162; Kringlen, 2003, p. 34; Shorter, 1997, pp. 82-83). Den spirende racehygiejne tog blandt andet udgangspunkt i Morels’ degenerationsteori (Kringlen, 2003, pp. 68-69). Tysk psykiatri havde sin storhedstid med førende international indflydelse fra cirka 1880 til 1930 (Kringlen, 2003, p. 38). E.

Kraepelin (1856-1926) dannede i denne periode en systematisk inddeling af de psykiske sygdomme efter kriterier for symptomatologi og prognose (Kraepelin, 1903-1904). De forekom sammen med en "terapeutisk nihilisme", der på anstaltsplan satte sig igennem som ren kustodiel psykiatri (Blasius, 1980, pp. 94-95). På det tidspunkt havde Darwins teorier fået enorm indflydelse i den almindelige tænkning og kulturudvikling, og universitetspsykiatrien var blevet centrum for biologisk psykiatri, idet mange lærestole blev overtaget af læger med neuroanatomisk baggrund. Det reducerede psykiaternes kontakt med patienterne, autopsier blev vigtigere end kontakt og kliniske observationer (Kringlen, 2003, pp. 33-35). Dertil kom, som Topor (2001) gør opmærksom på, at den tidlige moderne medicin var en observerende medicin, som byggede på idéen om et naturligt forløb. For at observere den måtte den udvikles i et neutralt miljø som et hospital eller et laboratorium. De patologiske processer skulle være uforstyrrede, for at det naturlige forløb kunne manifestere sig (ibid., pp. 303-305). Kraepelins berømte lærebog, hvis første udgave hed *Compendium der Psychiatrie*, fra 1883 udkom i adskillige udgaver indtil hans død. Jeg citerer i det følgende fra den "klassiske" 7. udgave fra 1903-1904, hvor inddelingen i maniodepression og dementia praecox fra 1899 var på plads. Den første havde mulighed for fuld helbredelse, eventuelt skift mellem normale perioder og perioder med mani eller depression (Alexander & Selesnick, 1967, p. 164). Den anden faldt i mange tilfælde ugunstigt ud, idet de fleste patienter ved dementia praecox endte i sløvsind. Kraepelin tog her Morels "démence précoce" op – begge termer hører til tidsdimensionen, idet "demens" som slutstadium af et kronisk forløb skulle være karakteristisk, og ligeledes "praecox", som indikerer udbrud i en ung alder. Den klassiske udgave fik en afgørende indflydelse på den videre udvikling i psykiatrien, og dens indhold skulle vise sig at have længere holdbarhed og større effekt end Kraepelins forgængeres værker (Ackerknecht, 1985, p. 76; p. 78; Alexander & Selesnick, 1967, p. 165). Kraepelin lagde vægt på omhyggelig klinisk beskrivelse som observeret ved sygesengen, klassifikation og ikke mindst på prognosen, som skulle være en observation af helhedsforløbet (Ackerknecht, 1985, pp. 75-78).

Jeg fokuserer i det følgende på udviklingen sidst i det 19. århundredes Tyskland, fordi det var i denne kontekst, Kraepelin (1903-1904) udviklede de to funktionelle psykiske sygdomsenheder, som kom til at præge ikke bare tysk, men hele psykiatriens begrebsdannelse i årtier derefter. I anden halvdel af det 19. århundrede gennemgik Tyskland sin mest omfattende industrialiseringsperiode, efter de mange tyske småstater blev samlet efter den fransk-tyske krig i 1870-1871

(Belardi et al., 1980, pp. 21-29; Blasius, 1980, p. 74; Sagarra, 1980, pp. 101-102). Efter de liberale 1860'ere begyndte repressionen for alvor at slå igennem, i takt med at de sociale problemer for de fattige, og især for de fattige gale, voksede. Ved århundredets slutning overtog forvaltningen i Tyskland ansvaret for ind- og udskrivning af de gale i anstalterne (Blasius, 1980, pp. 91-97). Ordningen havde oprindeligt haft en beskyttelsesfunktion for at sikre, at åndeligt raske mennesker ikke blev holdt indespærret af tvivlsomme grunde (ibid., p. 96)¹⁶. De fattige gale havde jævnlige møder med politiet og lægerne (ibid., pp. 95-97). De "lette tilfælde" omfattede mange fattige mennesker – idet fattigdom i sig selv var mistænkeligt set fra forvaltningens side (Blasius, 1980, p. 74). De mange fattige gale, der udgjorde den største del af anstaltspopulationen, fungerede som observationsmateriale for psykiatriens begrebsdannelse. Anstaltsvæsenet i Tyskland voksede sidst i 1800-tallet eksplosivt, både på grund af den generelle samfundsudvikling og på grund af den repressive rolle, det fik under medvirken fra forvaltningen. For at sammenfatte grundene til den påfaldende vækst var det industrialiseringen, forvaltningens voksende ansvar og dens brug af anstalterne som socialpolitiske disciplineringsinstrumenter (ibid., pp. 69-84)¹⁷. Udviklingen skete ikke uden sværdslag fra en voksende stand af selvbevidste galelæger, der havde professionelle indsigelser mod den umyndiggørelse, som bureaukratiet praktiserede over for dem, de tog fx initiativ til at sætte de gale i familiepleje (ibid., pp. 111-123)¹⁸. Psykiaternes helbredelsesintentioner blev modarbejdet af forvaltningens sikkerheds- og ordenspolitiske formål. På det socialpolitiske plan

¹⁶ Borgerskabet allierede sig fra 1870'erne med den konservative junkerstat – "jern" og "rug" – mod det voksende socialdemokrati (Nielsen, 1981, pp. 211-221). Det tyske bureaukrati truede politisk oppositionelle med mentalundersøgelse, overvågning og indespærring. Ligeledes var drikkevaner og småtyverier anstaltsmeriterende (Blasius, 1980, pp. 119-123). Efterhånden begyndte forvaltningen at bruge anstalterne som "medicinske" fattighuse (ibid., p. 73).

¹⁷ Fx i Preussen udgjorde anstaltspopulationens "lettere tilfælde" omkring 1900 cirka 66 %, resten var fordelt på psykoser, neuroser og organiske tilstand (Blasius, 1980, pp. 76-84).

¹⁸ Det lykkedes for nogle af anstalterne at genoplive Griesingers idéer om familiepleje og gennemføre dem i beskedent omfang. Blasius nævner særligt anstalterne Andernach og Merzig i Rhinprovinsen, hvor nogle familier tog gale i pleje, så de kunne leve et mere normalt liv (Blasius, 1980, pp. 145-147). I Tyskland fik nogle retssager i 1890'erne offentlig opmærksomhed, to af dem endte i retten. Under processerne blev korporlig vold, vandtortur og forskellige former for afstraffelse af de indsatte skildret i enkeltheder. Det var imidlertid ikke kun enkeltpersoner, der protesterede over forholdene. Også nogle anstalters ledelse prøvede at forbedre forholdene for de sindslidende med forsøg på familiepleje og protester mod bureaukratiets foranstaltninger (Blasius, pp. 69-110).

var anstaltsforsørgelsen for de gale ved det 19. århundredes slutning bureaukratisk fast forankret (ibid., pp. 103-107).

2.1.6. ”Kronisk” som prognose for ”dementia praecox”

Kraepelin sammenfattede i 7. udgave af sin lærebog to allerede beskrevne sygdomsformer, katatoni og hebefreni, samt en paranoid form til dementia praecox; de tre underformer havde forskellige slutstadier, som regel i svaghedstilstande, der omfattede ligegyldighed over for omgivelserne. De havde det til fælles, at opmærksomhed, intelligens, sprog og følelsesliv var forstyrret (Kraepelin, 1904, Bd. II, pp. 176-283). Kraepelin anså dementia praecox for en arvelig sygdom og fastholdt prognosens betydning med årsag, begyndelse, forløb og sluttilstand – også i de tilfælde, hvor forskellene i sygdomsbilleder skulle vise sig at være forkerte (ibid., p. 261). Den progressive paralysse leverede modellen for et regelmæssigt forløb (Ackerknecht, 1985, p. 75). Prognosen var den afgørende faktor, der legitimerede psykiatrien som medicinsk speciale, den fungerede som garant for, at der lå lovmæssigheder bag symptomerne, og at de hang sammen i kraft af sygdommen. Hvis der, som ved et lille antal tilfælde, indtrådte fuld helbredelse, satte Kraepelin spørgsmålstegn ved, om diagnosen virkelig havde været dementia praecox (Harding, Zubin & Strauss, 1987, p. 478). I systemteoretiske termer kan man kalde Kraepelins forventning for normativ. Hvis noget gik imod hans forventning om diagnosens forløb som kronisk, ændrede Kraepelin ikke sin kontrafaktiske forventning, men sin antagelse om diagnosen (Luhmann, 1980a, pp. 40-53; 1984, pp. 436-443). Understregningen af de psykiske sygdomme som ”kroniske” var nødvendig, netop fordi det ikke var en selvfølge, at de var det, hvis man skal følge Lantéri-Lauras logik (Lantéri-Laura, 1972, p. 549). Kraepelins arbejde repræsenterer kulminationen af en antipsykologisk periode i tysk psykiatri; han præsenterede psykiatri som naturvidenskab, hvor psykiske sygdomme var sygdomme på linje med somatiske sygdomme. Han målte psykiatriens videnskabelighed ved dens tilnærmelse til almen medicin og overtog dens behandlingsprincipper: ro og hvile for patienten og især for det skadede organ, hjernen. Sygesengen blev et centralt element og derved – hvilket var meningen – kom de psykiatriske anstalter til at ligne de somatiske sygehuse (Güse & Schmacke, 1976, p. 120-123)¹⁹. Kraepelin var trods

¹⁹ Alexander & Selesnick karakteriserer Kraepelins værk som præget af detaljeret observation, omhyggelig beskrivelse og præcis organisering af data på et højere niveau end hans samtidige kollegers produktion

sin insisteren på, at psykiske sygdomme havde somatisk oprindelse, optaget af, at patienterne skulle have en god behandling, at ingen måtte indlægges på forkert grundlag, og at anstaltsvæsenet skulle udbygges og moderniseres. Det kommer frem i hans ”opsummerende” skrifter som ”Statens psykiatriske opgaver” (1900) og i den store artikel om ”Hundrede års psykiatri” (1918). Kraepelin tog imidlertid ikke patienten alvorligt som interaktionspartner, han objektiverede patienterne ved at reducere dem til bærere af en sygdomsproces i en hierarkisk struktur, hvor psykiateren stod øverst på rangstigen og patienten nederst (Güse & Schmacke, 1976, pp. 121-122; pp. 153-160). Kraepelins paradigme negerede patienternes sociale dimension, han mente, de repræsenterede en meningstom materie²⁰. Kringlen (2003) skriver, at han til dels ignorerede patienternes indre liv til trods for sine detaljerede patientbeskrivelser (ibid., p. 39). Det psykologiske udtryk tjente udelukkende som basis for klassifikationen (Alexander & Selesnick, 1967, p. 165). Ackerknecht anfører, at det var et stort fremskridt, at der i denne periode med somatisk dominans og upersonlig psykiatri var nogle læger og psykiatere, der ville lytte til deres patienter (Ackerknecht, 1985, p. 95). Kraepelin anså som mange andre i den herskende elite i den periode naturvidenskabelige forklaringer som de primære²¹. Socialdarwinismen formede den ideologiske baggrund for

(Alexander & Selesnick, 1966, pp. 164-165). Ackerknecht (1985) mener, at Kraepelins styrke ikke ligger i det teoretiske, men i hans beskrivelse af sygdomsbillederne (ibid., p. 78). Shorter (1997) skriver, at indholdet af psykosen nu ikke længere betød noget, hvis den ikke kunne vise tilbage til årsagen (ibid., p. 108).

²⁰ Epigenetiske resultater dokumenterer, at den sociale omverden kan tænde eller slukke for genetiske anlæg (Mors et al. (red.), 2017, p. 28; Schutt, Seidman & Keshavan (eds.), 2015; Simonsen & Møhl (red.), 2017, pp. 40-41). Her går Kraepelins (1903-1904) negation igen i omvendt form, idet det er en del af Luhmanns bestemmelse af negationer, at det negerede kun forbliver foreløbigt negeret, og at man senere kan vende tilbage til det negerede (Luhmann, 1971, pp. 35-37).

²¹ Den senere psykiater Kurt Kalle fortæller en anekdote fra sin studietid hos Kraepelin: Scenen var et fyldt auditorium i universitetsklinikken i München. Da Kraepelin præsenterede os for en psykopat, spurgte han ham til sidst om meningen med ægteskabet. Manden svarede: ”For at man har en livsledsager”, Kraepelin sagde henvendt til de medicinstuderende: ”Allerede af dette svar kan De se, at vi har at gøre med en psykopat”. Jeg (Kalle) kunne ikke afholde mig fra at give udtryk for min misbilligelse med en kraftig fodskrab, hvorved jeg kom i unåde hos min medstuderende, som syntes bedre om Kraepelins tese, end jeg gjorde, at formålet med ægteskabet var tilfredsstillende af kønsdriften og avl af efterkommere (Kalle, 1956, pp. 175-176). Anekdoten har mange ramifikationer. Kraepelin var den førende kapacitet på sit felt, og bemærkningen faldt i en undervisningskontekst, og alle tilhørerne undtagen Kalle var enige. Dernæst at Kraepelin ikke tog et meningsfuldt svar i hverdagssemantik for gode varer, men udnævnte manden til at være psykopat, fordi han ikke var uddannet til at udtrykke sig i plejet – naturvidenskabelig – semantik. ”Psykopaten” var sandsynligvis af lav socioøkonomisk status med ringe skolegang, her

Kraepelins præventive psykiatri. Kraepelin prætenderede at gøre psykiatrien til naturvidenskab. De gale var et stykke natur, som psykiateren iagttog på anstalten ved forskellige objektive metoder. Videnskab var ifølge Kraepelin værdifri, han så sig selv som repræsentant for naturvidenskabelig objektivitet. Han opfattede sig som apolitisk, når han anvendte medicinsk terminologi på samfundsforhold. Det var opfattelser, der afveg herfra, der var politiske. Det, der tjente statens interesser, var ifølge Kraepelin objektivt. Kraepelins præventive psykiatri, som han fremstiller den i sine skrifter fra 1900, om statens psykiatriske opgaver, og i sit skrift fra 1918, som er en status over de sidste 100 års psykiatri, går ud på at uskadeliggøre degenererede personer og bærere af mindreværdigt arvemateriale for at forhindre dem i at reproducere sig (Kraepelin, 1900; 1918). Her tjente anstalterne formålet²². Socialdarwinismen spillede sammen med racehygiejniske teorier en fremtrædende rolle, og de var almindeligt accepteret som samfundsteori i de øverste sociale lag i Europa og Nordamerika i årtierne omkring år 1900 (Cosser, 1971, pp. 89-127). Det var ikke kun høresynspunkter, også nogle socialister tilsluttede sig (Kringlen, 2003, pp. 68-69). Den kustodielle psykiatri på store anstalter koblet med generel terapeutisk pessimisme dominerede i Europa og Nordamerika omkring 1900.

var det overklassen, der satte sig til doms over underklassen. Kraepelin reducerede ham til et demonstrationsobjekt, det gjorde han ligeledes med andre patienter – tilsyneladende uden tanke for deres smerte og ubehag. I et af sine senere skrifter beskriver han, hvordan han ved præsentationen af en kataton kvinde til en forelæsning, at ”selv når man stikker en nål dybt ind i næsen, forråder kun en let blinken og ansigtsrødmen, at den syge ikke er helt ufølsom” (Kraepelin, 1916, p. 47). (Egne oversættelser). (Anekdoten og nogle af de efterfølgende betragtninger er refereret i Klitgaard, 1988a (pp. 102-104). Både Kraepelin og de medicinlæsende – undtagen Kolle, mente åbenbart, at plejet naturvidenskabelig semantik havde status af det primære sprog over ”den naturlige indstilling”, og at det var her, ”sandheden” lå. Det angiver noget af den historiske baggrund for Husserls (1901) opfordring om at gå til ”die Sachen selbst” (ibid., II, § 2, p. 7).

²² Tanken var, at sindssyge, alkoholikere, syfilitikere og andre mindreværdige udgjorde en belastning for folkesundheden, som truede med at nedbryde den på længere sigt (Kraepelin, 1918). Manglende behandlingsmuligheder førte til fokusering på forebyggelse, man adskilte kvinder og mænd i anstalterne, så de ikke kunne reproducere sig efter forgodtbefindende (Kraepelin, 1900, pp. 16-17). Belastningen var både økonomisk og racehygiejnisk, det sidste, ved at der tilførtes folkehelheden for meget dårligt arvemateriale. Her er Kraepelins bestræbelser på forebyggelse ingen undtagelse, men hans idéer fik ekstrem form. Kraepelin, der var medlem af et ultranationalistisk parti og stærkt politisk involveret, appellerede til ”en uindskrænket hersker, der, ledet af vores aktuelle viden, formåede at gribe hensynsløst ind i menneskenes livsvaner, ville bestemt i løbet af nogle årtier kunne nå en relevant aftagen af galskaben” (E. Kraepelin, 1918, pp. 270 (egen oversættelse)).

Set i systemteoretisk optik kodificerede Kraepelins paradigme psykisk sygdom i den binære syg-sund-kode, som skulle afgrænse det medicinske funktionssystem (Luhmann, 1983a; 1983b; 1990c). Dets programmer var formaterede til somatiske sygdomme, men Kraepelins plejede semantik benægtede i princippet forskellen mellem kroppen som et biologisk system og det psykiske system – bevidstheden – som strukturelt forbundet med sproget til de sociale systemer. Han underlagde det psykiske system programmerne for de somatiske sygdomme uden refleksioner over forskellene og havde kun ironi tilovers for Freuds projekt om at meningsfortolke psykopatologiske fænomener. Endvidere postulerede Kraepelin, at psykiske sygdomsenheder var en realitet, og de skulle på samme måde som i somatisk medicin danne grundlag for diagnoser; han adopterede ukritisk medicinsk semantik som model for psykisk sygdom. Selvom Kraepelin erkendte, at årsagsforholdene for de funktionelle psykoser var uafklarede, postulerede han, at deres grundlag var somatisk bestemt, og at det kun var et spørgsmål om tid, før det blev blotlagt (Kraepelin, 1900; 1903-1904; 1916; 1918)²³. K. Schneider kaldte i 1967 denne position for ”somatose-postulatet” (Janzarik, 1978, p. 135). For ”kronisk”s vedkommende har betegnelsen imidlertid holdt sig internationalt i over hundrede år. De moderne udgaver af biologisk psykiatri kan ses i de neo-kraepelinske versioner af DSM-III fra 1980 og frem. I dansk sammenhæng har jeg nævnt, at Psykiatriplanen for Københavns Kommune fra 1987 med en selvfølgelig semantik angiver ”de kronisk psykotiske” som distriktskykiatriens kernemålgruppe. Fra at være en normativ forventning om en kronisk udvikling er betegnelsen siden gradvist forsvundet fra de psykiatriske lærebøger.

2.1.7. Bleulers ”skizofreni”: Midlertidig, behandlingsmulig og indflydelsen fra psykoanalysen

Den schweiziske psykiater E. Bleuler modificerede Kraepelins ”dementia praecox” og gav den et nyt navn – ”skizofreni” – i stedet for det, der relaterede sig til forløbsbetragtningen og sluttilstanden ”demens” (Kraepelin, 1903 og 1904). I sit

²³ Karl Jaspers (1913) gav udtryk for en lignende holdning. Han var psykiater, før han blev filosof, og skrev, at den udødelige sjæl ikke kunne blive syg, det kunne kun kroppen. Det var samtidig udtryk for den sidste rest af indflydelse fra det religiøse funktionssystem, før sekulariseringen for alvor satte ind i de vestlige lande. Her passer han ind i Luhmanns (1984) fremstilling af en kropsmetaforik, der gradvist forlader inddelingen i *res corporales* og *res incorporales*, dvs. i kropslige og ikkekropslige fænomener, til fordel for en ny meningsudlægning af kropsrelaterede fænomener (ibid., pp. 339-341).

værk *Die Gruppe der Schizophrenien* fra 1911 udvidede Bleuler dementia praecox, satte den ind i en associationsteoretisk referenceramme og kaldte den for skizofreni-gruppen (Klitgaard, 1988a, pp. 95-101; Kronfeld, 1929, pp. 155-157; Minkowski, 1927, pp. 109-110). Bleuler indførte allerede i 1908 ved et foredrag betegnelsen ”skizofreni” for at understrege, at splittelsen i de psykiske funktioner var et af de vigtigste kendetegn ved lidelsen, og kaldte den ”en gruppe” for at markere, at termen trods betegnelsens ental sandsynligvis omfatter flere sygdomme (Bleuler, 1911, p. 5). Bleuler foretog samtidig en vigtig ændring ved at udelade Kraepelins slutttilstand ”Verblödung” (sløvhed) eller ”demens” i sin beskrivelse af skizofrenierne. Herved ændrede Bleuler Kraepelins reificerede tidsdimension, prognosen. I sin statiske form blev Kraepelins prognose for dementia praecox en del af sagsdimensionen, den kom til at høre til ”sygdommens” karakteristika – set fra et nutidigt systemteoretisk perspektiv. Bleuler transponerede prognosen tilbage til tidsdimensionen ved at betegne den som midlertidig. Herved gjorde han den bevægelig igen som tidsdimension, ved at den ikke nødvendigvis mundede ud i ”Verblödung”. Bleuler beskrev skizofreni som karakteriseret af ændringer af tanke, følelse og relation til omverdenen (Bleuler, 1911, p. 6) og understregede spaltningen i de psykiske funktioner (Bleuler, 1911, pp. 4-8). Fra Bleulers side var det ment som en reference til de spring i associationerne, han kunne konstatere hos skizofrene patienter (Kronfeld, 1929, p. 155). Første del, ”skizo”, kommer af det græske udtryk for spaltning, og ”fren” af græsk for sind. Han havde heller ikke det samme syn som Kraepelin på, at den altid begyndte i en tidlig alder, og at den altid havde en dårlig prognose. Bleuler var kendt for at have nærkontakt med sine patienter, og han fandt stor variation i symptomatologi og forløb; han havde derfor et mere optimistisk og terapeutisk syn på udkommet end Kraepelin (Kringlen, 2003, p. 41). Kronfeld gør opmærksom på, at Bleuler arbejder med dynamiske strukturer (Kronfeld, 1929, p. 157). Bleuler var modsat de fleste af sine tyske og schweiziske akademiske kolleger åben over for psykoanalysen og lod sig inspirere af ”det ubevidste” som en gyldig størrelse og indførte begrebet i psykiatrien. Endvidere inkorporerede Bleuler psykoanalytiske begreber som autisme, ambivalens og affektivitet i psykiatrien (Ackerknecht, 1967, p. 79; p. 93)²⁴. Warner (1994) gør opmærksom på, at Bleulers aktive rehabiliteringspolitik, hvor det at få patienten i arbejde,

²⁴ Minkowski skriver, at Bleuler stod i skæringspunktet mellem Kraepelins nosografi (sygdomsbeskrivelse) og Freuds psykoanalyse (Minkowski, 1925, p. 228).

spillede en vigtig rolle. Dertil kom mindre udbredt fattigdom og mangel på arbejdskraft i Schweiz i forhold til nabolandet Tyskland (ibid., pp. 10-11). Bleulers fire A'er er blevet legendariske – fx refererer Kringlen (2003, p. 41), Sandin (1993, p. 12), Topor (2001, p. 34) og Simonsen & Møhl ((red.), 2017, p. 298)) til dem. Bleuler beskriver tre af A'erne som grundsymptomer: associationsforstyrrelser, affektive forstyrrelser og ambivalens. Det fjerde A er autisme, som Bleuler beskriver som en sammensat forstyrrelse. Den har at gøre med samvirket af de komplicerede funktioner som opmærksomhed, intelligens, vilje og handlen. Her bliver vekselvirkningen mellem det indre liv og den ydre verden forskubbet i en grad, så det indre liv får en sygelig overvægt. Det er det fænomen, Bleuler kalder autisme (Bleuler, 1911, pp. 51-52).

Både Ackerknecht (1967) og Kringlen (2003) beskriver, hvordan psykoanalysen med sine ukonventionelle teorier gav anledning til stærke reaktioner. Dens betoning af seksualitetens rolle brød med de konventionelle forestillinger om den gængse borgerlige moral. Psykoanalysen mødte modstand i den akademiske verden og i universitetspsykiatrien i Europa, især i tysk universitetspsykiatri var reaktionerne stærkt negative. Men Bleuler og Jung i Schweiz sluttede sig til Freud, og Bleuler indførte de nævnte psykoanalytiske begreber i psykiatrien (Ackerknecht, 1967, pp. 90-95; Kringlen, 2003, pp. 49-58; pp. 65-66). Ackerknecht (1967) skriver, at Freud modtog Goethe-prisen i Tyskland under Weimarrepublikken i 1930. Det betegner en anerkendelse af hans værk efter flere årtiers hadsk modstand mod psykoanalysen i Tyskland (ibid., pp. 92-95)²⁵.

Mere socialhistorie relateret til psykiatriens udvikling

Den sociale elendighed under 1. verdenskrig og i mellemkrigstiden gav anledning til udvikling af forebyggende foranstaltninger. Der kom nye forsikringssystemer til, og medicinsk, psykiatrisk og samfundsvidenskabelig viden begyndte i

²⁵ Ackerknecht (1967) og Kringlen (2003) oplyser endvidere, at Freud fik den afgørende internationale anerkendelse med en serie forelæsninger i USA i 1909. Der blev oprettet et psykoanalytisk institut i New York i 1911. En af grundlæggerne var psykiateren Adolf Meyer, som i 1910 startede Phipps-klinikken i Baltimore og ledte den indtil 1941. Meyers psykodynamiske tilgang skabte et rummeligt forskningsmiljø, ligesom Phipps-klinikken blev et lærested for yngre forskere, der senere fik vigtige poster i amerikansk psykiatri og psykoanalyse (Ackerknecht, 1967, pp. 90-95; Kringlen, 2003, pp. 49-58; pp. 65-66). Imidlertid kom psykoanalysen med nazisternes magtovertagelse i skudlinjen som "jødisk psykologi" og blev i løbet af 1930'erne stort set udraderet i Tyskland. Psykoanalytikere, og specielt jødiske psykoanalytikere, udvandrede i 1930'erne i stort tal til USA, hvor psykoanalysen allerede havde fået sin største udbredelse som behandlingsmetode, personlighedsteori og bevægelse (Kringlen, 2003, p. 85).

populariseret form at blive offentlig ejendom (Kringlen, 2003, pp. 72-72). Lægeuddannelserne blev forbedrede, de lægefaglige organisationer voksede sig stærke og befæstede deres monopol på området (Larson, 2013). Der kom gradvist organisatoriske fornyelser på sundhedsområdet i de forskellige lande i de første årtier af det 20. århundrede. Sygesikringsordninger og det offentlige sundhedsvæsen forbedredes²⁶. Fra 1933 administrerede psykiaterne i Tyskland sterilisationslovene for de psykiatriske patienter og senere eutanasioprojektet fra 1939-1941, hvor de udslettede såkaldt "livsuværdigt liv". Det skønnes, at mindst 100.000 psykiatriske patienter og handicappede omkom i gaskamre, ved systematisk udsultning og andre metoder. Kun ganske få offentligt ansatte psykiatere modsatte sig udryddelsesprogrammerne (Ackerknecht, 1967, pp. 93-94; Dörner, 1967, pp. 59-95; Kringlen, 2003, pp. 76-83). Efter 1945 var tysk psykiatri moralsk og fagligt gået i opløsning. Hvor tysk havde været det internationale hovedsprog for psykiatri, blev det derefter erstattet af engelsk (Kringlen, 2003, p. 76).

2.1.8. Baggrunden for det terapeutiske samfund

Næste punktnedslag i psykiatriens historie placerer sig i 1940'erne med de såkaldte terapeutiske samfunds opståen²⁷. I sin artikel fra 1977 om fordele og ulemper ved "det terapeutiske samfund" giver Tom Main en levende beskrivelse af begrebets

²⁶ I USA begyndte læger selv at opføre hospitaler, og privatpraksis blev almindeligt i de store byer også i psykiatrien, hvor psykoanalytisk praksis allerede havde gjort sit indtog fra det andet årti. Det var også her, at racehygiejniske problemstillinger først blev omsat i praksis. De europæiske lande fulgte efter. Den politiske semantik gjorde "nationens sundhed" til et vigtigt tema, hvor de "mindreværdige" sås som en biologisk trussel. Fødselsraten faldt i de øverste sociale lag, og politisk-social frygt for de store masser af "mindreværdige" gav ideologisk støtte til forebyggelse af nationens forfald ved tvangssteriliseringer af grupper af samme "mindreværdige" i mange europæiske lande (Kringlen, 2003, pp. 68-73).

²⁷ Den schweiziske psykiater Max Müller foregreb i 1930'erne med sine synspunkter diskussionen om anstaltens fremmedgørende og debilerende effekt på patienterne den debat, der udfoldede sig i 1960'erne (Midenet, 1972, p. 343). Der var nogle forløbere for det terapeutiske samfund og miljøterapi. Sundin (1974) nævner Aichhorn, som i 1920'ernes Wien forsøgte at skabe et terapeutisk miljø, hvor kriminelle børn kunne udagere deres problemer (ibid., p. 129). Löchen (1976) skriver angående de nævnte skadelige virkninger af de traditionelle anstalter, at den amerikanske psykiater H.S. Sullivan var en af de første, som prøvede at vende de skadelige virkninger og bevidst brugte sygehusorganisationen som led i behandlingen. Han henviser til to artikler, som Sullivan publicerede i 1931 (ibid., p. 24), en slags tidligt terapeutisk samfund eller "community as doctor".

opståen og baggrunden for det (Main, 1977). I begyndelsen af 1940'erne kunne man konstatere store forskelle i de britiske bataljoner af antallet af sygemeldinger, hvilket rejste spørgsmålet om, hvad der lå til grund for forskellene. Main beskriver fra Northfield militærhospital ved Birmingham, hvordan de få psykiatere arbejdede med at udvikle nye begreber til at analysere de lige så nye fænomener adækvat²⁸. Han beskriver arbejdet med soldater i mindre grupper og de mange konflikter på et militærhospital centreret omkring disciplinære krav. Og spurgte, hvad det var for betingelser i en bataljon, der fremmede eller nedbrød en soldats helbred og psykiske modstandskraft – og dermed om en enhed virkede terapeutisk eller antiterapeutisk? Begrebet om et socialt system var centralt, det lå i sig selv langt fra den medicinske sygdomsmodel, der er modelleret til individuelle personer. Main spørger videre om hele institutionen – et militærhospital i 1946 – kunne blive terapeutisk for alle? (ibid., pp. 2-10). I så fald havde man brug for en altomfattende undersøgende kultur, hvis man regelmæssigt skulle undersøge, forstå og måske løse problemerne og den defensive måde, rollerne blev brugt på. Så skulle man undersøge ikke blot patient-personale-, patient-læge-relationer samt relationer mellem patienter som hidtil, men også relationer mellem personalet og personale-patient-relationer – det var nyt og gav ophav til idéen om ”det terapeutiske samfund”. Det var et begrebsmæssigt skift på den tid, selv om begrebet nu er lidt slidt (i 1977), det var en ny måde at se hospitalet på (ibid., pp. 11-12)²⁹.

Gruppeterapien havde udviklet sig gradvist i mellemkrigstiden. Under krigen fik Maxwell Jones (1968) i forlængelse af sin aktivitet som leder af en hospitalsafdeling for soldater med krigstraumer erfaring for de fordele, som udveksling i større grupper mellem soldaterne og personalet gav. Soldaterne lærte mere om deres traumer, når de blev involverede i gruppediskussioner med hinanden og personalet. Herefter udviklede Maxwell Jones sine idéer om det

²⁸ Main nævner Maxwell Jones som en ”civil” (psykiater), der var oversvømmet af neurotiske patienter på Mill Hill Emergency Hospital, og som eksperimenterede med psykodramatiske portrætter af udvalgte patienters individuelle problemer. Jones fulgte sessionen op med en plenumdiskussion om både portrætterne og de individuelle problemer (ibid., p. 6).

²⁹ Main skriver videre, at det efterhånden blev almindeligt, at alle personalegrupper, inklusive Mains overordnede officerer, deltog i seancerne sammen med patienter og psykiatere. De kunne rejse problemer med deres arbejde, og de andre deltagere lyttede til dem (ibid., p. 12). Main nævner nogle af ulemperne ved det terapeutiske samfund. Fx kunne nogle af de ansatte militærpersoner ikke altid tolerere diskussion af spændinger, der involverede dem selv, det kunne nogle psykiatere så heller ikke (ibid., pp. 13-16).

terapeutiske samfund, hvor det vigtigste var at udnytte alle deltageres fulde terapeutiske potentiale. Det var ikke muligt på en hospitalsafdeling med traditionel ledelsesstruktur. I stedet skulle der være et mere egalitært forhold i personalegruppen og mellem patienter og personale, hvor problemer og processer under gruppemøderne kunne diskuteres åbent. De fire ledende principper blev realitetskonfrontation, demokratisering, tolerance af symptomudtryk og fællesskab. Muligheden for i fællesskab at analysere adfærd i det fælles hospitalsmiljø og lære af det var den store gevinst ved det terapeutiske samfund. Personalets rolle var at være ressourcepersoner og bidrage med deres faglige viden til at fremme patienternes selvindsigt – patienterne var soldater i perioden under anden verdenskrig (Jones, 1968; Kringlen, 2003, pp. 130-133; pp. 193-195; Rapoport, 1959). Når personalegruppen skulle fungere som et tværfagligt team, betød det en ændring af den traditionelle lægerolle, hvor vedkommende psykiater i det terapeutiske samfund måtte acceptere at få kommentarer til sine bidrag og sin adfærd fra det øvrige personale og patienter. Den nye rolle for lægen passede heller ikke med psykoanalytikerens rolle som den distancerede lytter i terapisesioner. Maxwell Jones mente, at den psykoanalytiske model, der fokuserede på indre konflikter, skulle kompletteres med en større forståelse for gruppedynamik og betydningen af social organisation på afdelingen. Han kommenterer den angst, som skiftet til en mere horisontal struktur og omfordeling af magt og autoritet i et terapeutisk samfund afstedkom for de traditionelt uddannede læger, og mente, at personlighedsmæssigt var kun halvdelen af de uddannede psykiatere egnede til at arbejde i terapeutiske samfund (Jones, 1968). I Rapoport's (1959) værk *Community as Doctor* beskriver han resultatet af et socialforskerteams studie af Maxwell Jones' terapeutiske samfund på Henderson-hospitalet. Her satte han eksplicit problemstillingen til diskussion om, hvorvidt tilpasning til et psykiatrisk hospitalsmiljø eller til normerne i et terapeutisk samfund er et godt eller dårligt udgangspunkt for patienternes senere funktion i samfundet (Rapoport, 1959, pp. 268-305). Jeg kan anføre yderligere kommentarer til temaet om patienternes tilpasning fra Løchen (1976) og Rowland (1938; 1939). Løchen (1976) skriver, at realiteterne i systemet allerede nu svarer til de situationer, som de (psykisk) syge skal tilbage til (i samfundet), og at realiteterne dermed ikke kan siges at være antiterapeutiske. Hermed fremhæver han umuligheden af at opretholde de høje idealer og fremhæver den inkonsekvente realitet – inkonsekvent sammenlignet med idealerne – som mere tilpasset til patienternes fremtidige liv, end idealerne ville have været det (ibid., p.

244). Rowland beskriver i begge sine artikler fra psykiatriske hospitaler ”the institutional cures”, som er så tilpassede til hospitalsmiljøet, at de får akutte forstyrrelser efter udskrivningen og bliver genindlagt (Rowland, 1938, p. 328; 1939, p. 365). De socialpsykiatriske principper fra det terapeutiske samfund bredte sig til andre psykiatriske hospitaler i Storbritannien fra 1945 og gradvist til andre europæiske lande og USA. Den nye måde at organisere psykiatrisk behandling på stødte nogle steder på modstand hos psykiaterne, der var bange for at miste magt til andre personalegrupper, ligesom den egalitære behandlingsideologi underminerede deres stilling (Kringlen, 2003, p. 180; pp. 193-195). De professionskampe og kompetencestridigheder, der senere blev synlige i distriktspsykiatrien og andre steder, var her i deres vorden. Her kommer en beskrivelse af nogle af de nævnte problemstillinger i distriktspsykiatrien efter en kort redegørelse for afinstitutionaliseringen.

2.1.9. Afinstitutionaliseringen og distriktspsykiatri

De fleste vestlige lande moderniserede deres sundhedsvæsen efter 2. verdenskrig, og der blev gradvist oprettet psykiatriske afdelinger ved almindelige hospitaler i 1950'erne og 1960'erne. I Storbritannien var der i 1954 152.000 sengepladser til psykiatriske patienter, i 1973 var der 92.000, og i 1993 var tallet nede på 40.000. Dagshospitaler med ambulant behandling blev udbredt i Storbritannien i 1950'erne som alternativ til indlæggelse (Kringlen, 2003). I Kringlens fremstilling var en af de vigtige forudsætninger for afinstitutionaliseringen franske psykiateres gradvise udvikling af det antipsykotiske stof Klorpromazin i begyndelsen af 1950'erne. Det havde forbløffende virkninger på psykotiske fænomener som hallucinationer, ophidselse, forvirring og paranoide forestillinger, idet det virkede normaliserende på de patienter, der indtog det i løbet af kort tid – selvom samme patienter i årevis havde lidt under de nævnte symptomer. Kringlen nævner imidlertid, at selv om virkningerne var dramatiske på de nævnte institutioner, var virkningen mindre udtalt på de gode hospitaler. I dette tilfælde kunne man opnå samme virkning – enten med et antipsykotisk medikament eller ved den behandling, patienterne fik på de gode hospitaler. De sidste havde en aktiv tilgang, højere bemanning og udmærkede sig ved at give en mere opmærksom og omhyggelig behandling til de enkelte patienter end de store psykiatriske hospitaler

og asylter, som hovedsageligt havde en kustodiel funktion (ibid., pp. 142-148)³⁰. Man kan med en vis ret betragte de store asylter som en slags "contre-monde" (Lantéri-Laura, 1972, p. 565), fordi de i samfund, hvor demokratiske og liberale ideologier i stigende grad blev udbredt, fungerede som institutioner præget af et rigidt hierarki og autoritære principper. Mechanic & Rochefort (1990) beskriver afinstitutionaliseringen i USA. Den begyndte formelt med the Community Mental Health Center Act (CMHCA) fra 1963. Skiftende administrationers politik i USA gjorde imidlertid afinstitutionaliseringen til et forløb med fremskridt og tilbageslag. Det blev mellem 1965 og 1980, at tre fjerdedele af afinstitutionaliseringen i USA fandt sted. I 1990 havde det vist sig, at koordinering mellem de forskellige programmer og institutioner var det største problem ved implementeringen af reformprogrammerne. Mange undersøgelser konkluderede i 1987, at for et bredt udsnit af patientpopulationer havde andre behandlingsstrategier vist sig mere effektive end hospitalisering (Mechanic & Rochefort, 1990; Kringlen, 2003, pp. 173-176). Nye behandlingsstrategier dukkede op, en af dem var "case manager"-ordningen, hvor ét personalemedlem havde ansvaret for at koordinere forskellige institutioners indsatser for en enkelt patient. Der fremkom mange udformninger af case manager-rolle og dens organisatoriske setup, og de fungerede med varierende effektivitet (Mechanic & Rochefort, 1990). I Norden var psykiatrien frem til 1950'erne hovedsageligt påvirket af tysk psykiatri med den vægt på konstitutionslære og biologisk orientering, som det indebar (Kringlen, 2003, pp. 235-237). I Norge og Finland vandt den psykodynamiske retning frem under påvirkning fra amerikansk psykoanalyse, både i klinikken og som led i den psykiatriske uddannelse. Socialpsykiatrien fik ligeledes indpas i psykiatrisk behandling. Derimod fortsatte den stærke biologiske tradition i både Danmark og Sverige. I Norge og Finland vandt den psykodynamiske retning frem under påvirkning fra amerikansk psykoanalyse, både i klinikken og som led i den psykiatriske uddannelse. Socialpsykiatrien vandt ligeledes indpas i psykiatrisk behandling. Derimod fortsatte den stærke biologiske tradition i både Danmark og Sverige³¹. I Danmark

³⁰ Fænomenet giver anledning til en beskrivelse af de "funktionelle ækvivalenter" (Luhmann, 1962; 1964b) i kapitel 3.1.12

³¹ I Danmark stod E. Strömngren som repræsentant for denne retning og havde en førende position i dansk psykiatri fra 1940'erne til slutningen af 1980'erne. Han havde været en flittig gæst på Kraepelins institut i München. Hans lærebog udkom i første udgave i 1939 og blev udvidet og genoptrykt mange gange over de følgende årtier (Strömngren, 1967).

var overlæge Finn Jørgensen ved Sankt Hans Hospital en undtagelse med sit arbejde i socialpsykiatri, distriktspsykiatri og et sociologisk inspireret forfatterskab indtil midt i 1990'erne (Jørgensen & Ulff-Møller, 1972; Jørgensen, 1993; Kelstrup, 1983, pp. 279-285; Kringlen, 2003, pp. 235-237).

Finn Jørgensen (1963) beskriver i sin bog om distriktspsykiatri afinstitutionaliseringen i Danmark og skriver, at den medførte strukturelle ændringer i det psykiatriske system, hvor nye faggrupper fik stigende betydning, og at opgaverne for (distrikts)psykiatrien blev reformuleret. De psykiatriske institutioner var ikke præget af demokratiske idealer, men opbygget af et autoritært hierarki med psykiaterne i toppen. Der fandt en betydelig undertrykkelse og ydmygelse af patienterne sted, og de sidste havde ringe indflydelse på behandlingen (ibid., pp. 19-38). Patienterne til distriktspsykiatrien var kommet ud af de store psykiatriske hospitaler og skulle så vidt muligt støttes til et liv i eget hjem eller i bofællesskaber. Faggrupper, der før var i mindretal og havde støttefunktioner på de psykiatriske hospitaler, fik nu centrale stillinger med behandlingsansvar og udgjorde i mange psykiatriske institutioner flertallet i forhold til de traditionelle medicinske personalegrupper. De nye faggrupper, de "tværfaglige", som de ofte kaldes, kom fra andre funktionssystemer (Luhmann, 1984, pp. 311-317; 1997, pp. 772-776; 2005, pp. 261-265). De havde forskellig uddannelsesmæssig baggrund og arbejdede efter andre binære koder, til forskel fra det personale, der havde udgangspunkt i det medicinske funktionssystem: læger, sygeplejersker og for psykiatriens vedkommende plejere. De nye personalegrupper arbejdede ikke nødvendigvis primært med syg-sund-koden, som det medicinsk uddannede personale gjorde det. Det var gennemgående fælles for dem, at de i betydelig grad fokuserede på patienternes ressourcer og stærke sider. Faggrupperne fra det medicinske funktionssystem vil i distriktspsykiatrien ligeledes fokusere mere på sund-siden af den binære kode. Psykiatere og psykiatriske sygeplejersker har i stigende grad psykoterapeutiske efteruddannelser, der udvider deres faglige behandlingsrepertoire. De psykodynamiske elementer, der indgår i nyere hospitals- og distriktspsykiatri, kommer både fra de nye faggruppers traditioner og fra de psykiatriske personalegruppers efteruddannelser (Jørgensen, 1993, pp. 19-38). Det skabte situationer i distriktspsykiatrien, hvor der blev inkongruens mellem de formelle organisatoriske træk på den ene side og dens semantik på den anden. Ledelserne i de distriktspsykiatriske centre, som kom fra det medicinske funktionssystem, havde det juridiske ansvar for behandlingen på den ene side. På den anden side var der en lighedsideologi med oprindelse dels

i det terapeutiske samfund og dels i terapikulturen generelt. Den kunne så blive ”afsløret” som en illusion, når den medicinsk uddannede centerledelse satte sig igennem med henvisning til det juridiske ansvar (Knudsen et al., 1992, pp. 75-79, for lignende formuleringer). Derudover var der en del kompetenceuoverensstemmelser og diskussioner mellem både det medicinsk uddannede personale og de tværfaglige og mellem de tværfaglige indbyrdes (ibid., pp. 137-139). Hvor det medicinske system opererer og skaber kompleksitet ved sygdomspolen af den binære kode, opererer forskellige former for nyere psykiatri – herunder distriktspsykiatri – i stigende grad på den negative pol, sundhedspolen, og skaber konnektion, kompleksitet og differentiering ved denne pol ved at præcisere patientens funktionsniveau på forskellige områder. Det fremgår af Finn Jørgensens (1993) bog om distriktspsykiatri og af kapitlerne om miljøterapi af Heinskou og Schjødt (2010, pp. 627-644) og Hummelvoll (2013, pp. 589-633). Som tidligere beskrevet er det formålet med distriktspsykiatrien, at den skal støtte mennesker med funktionelle psykiske sygdomme til at bo i eget hjem med støtte fra det psykiatriske system. Den nye opgave lægger op til ”organisering af normalitet”, som en forfatter har formuleret det (Hansson, 1993), idet personalet skal organisere hjælpeforanstaltninger omkring de enkelte patienter, der kan få deres dagligdag i eget hjem til at fungere. Opgaverne i distriktspsykiatrien medførte nye problemstillinger og reformuleringer af de traditionelle roller fra det psykiatriske subsystem og dets faggrupper.

2.2. Tidligere forskning om psykiatriske institutioner og om patienternes kommunikation og adfærd

2.2.1. De psykosociale forstyrrelsers sociologi

De store sociologiske undersøgelser

Sideløbende med antipsykiatrien lagde nogle store – mest nordamerikanske – undersøgelser grundstenen til det, der senere blev en sociologisk subdisciplin, ”sociology of mental illness and health”. Cockerham (2014) konstaterer, efter at have gennemgået de klassiske studier og andre, at ”... not surprisingly, mental disorder was most frequent among members of the lowest socioeconomic groups”

(ibid., p. 120). De klassiske studier i denne forbindelse er de større studier af geografisk afgrænsede befolkningsgrupper i USA og Canada. Det drejer sig hovedsageligt om Faris and Dunhams (1939) undersøgelse af Chicago, Hollingshead and Redlichs (1958) undersøgelse fra New Haven, Leighton, Harding, Macklin, Macmillan og Leightons (1959; 1963) undersøgelse af befolkningen i "Stirling County", alias Nova Scotia, i tre bind. Dertil kommer Srole, Langner, Michael, Kirkpatrick, Opler og Rennies (1962) undersøgelse fra Midtown Manhattan. Rogers and Pilgrim (2014) konkluderer ud fra disse og flere andre undersøgelser, at "...there appears to be compelling and competing evidence that causation is a more significant influence than selection, in relation to the diagnosis of schizophrenia, which is strongly affected by contextual factors operating in the urban environment" (ibid., pp. 25-26). Den omtalte selektion skal ses i forbindelse med den såkaldte "social drift"-hypotese, der går ud på, at psykisk sygdom/psykosociale forstyrrelser "selekterer" psykisk syge personer til nedadgående mobilitet. Samme forfattere skriver videre, at til stærke beviser for de materielle forskelle kan føjes psykologiske forskelle i opdragelse og konsekvenserne af den (ibid., pp. 26-27) – jf. beskrivelser af Bernsteins (1964; 1974) sprogkodeteori i kapitel 3. Befolkningen i områder med lav socioøkonomisk status må håndtere materielle mangler, trange boligforhold og den daglige kamp i hverdagen. I deres dagligdag skal de dertil forholde sig til mere stress fra kriminalitet, trafik og snavs. Deres kostkvalitet og helbred i almindelighed vil sandsynligvis være ringere end for personer højere oppe på skaleskalaen. De er sårbare i relation til arbejdsløshed, og de jobs, de kan få, giver dem formindsket kontrol over eget arbejde, sammenlignet med befolkningen med højere socioøkonomisk status. Befolkningen i socialklasserne 4 og 5 har med andre ord forringede leveforhold i relation til befolkningen i de tre højere socialklasser (Rogers & Pilgrim, 2014, pp. 25-26). Rogers and Pilgrim bruger udtrykket "cultural gap" for den afstand i værdier og daglige levevilkår, der findes mellem psykiatere og andre højtuddannede faggrupper på den ene side og patienter fra klasse 4 og 5 på den anden (ibid., p. 32)³².

³² Jeg anvender i de følgende kapitler inddelingen i fem socialklasser fra Olsen et al. (2012), hvor klasse 1 er overklassen, klasse 2 er den højere middelklasse, klasse 3 er middelklassen, klasse 4 er arbejderklassen, og klasse 5 er underklassen, se nærmere redegørelse i kapitel 4. Inddelingen falder stort set sammen med nedenstående inddelinger.

New Haven-undersøgelsen

Myers and Roberts (1959) gennemførte i samarbejde med New Haven-teamet en analyse af familie- og klassedynamikkens betydning for psykisk sygdom og udgav det kort efter. Jeg skal her koncentrere mig om de to ovennævnte undersøgelser, dels fordi Hollingshead & Redlich (1958) sammen med Myers & Roberts studie stadigvæk hører til de mest indflydelsesrige og oftest citerede af de klassiske undersøgelser (Cockerham, 2014, pp. 114-118; Rogers & Pilgrim, 2014, pp. 25-27), og dels fordi de sammenligner procentdelen af klassetilhørsforhold med procentdelen af diagnoser i det psykiatriske system. Hollingshead (sociolog) & Redlich (psykiater) (1958) anfører deres fem arbejdshypoteser (ibid., pp. 10-13), hvoraf de to sidste behandles i Myers & Roberts værk (ligeledes en sociolog og en psykiater). De sidstnævnte undersøgte arbejdshypoteser, fire og fem (fra Hollingshead & Redlich, 1958, p. 11): for det første de sociale og psykodynamiske faktoreres rolle i udviklingen af psykiatriske forstyrrelser, som korrelerede med en persons position i klassestrukturen, eller den sociale klasses del i udformningen af psykiske sygdomme. Og for det andet, om mobiliteten i klassestrukturen kunne forbindes med udviklingen og indholdet af psykiatriske forstyrrelser (Myers & Roberts, 1959, pp. 6-18). Hollingshead & Redlichs (1958) tre første hypoteser går for det første på prævalensen – dvs. det totale antal tilfælde i en befolkning i en afgrænset periode, behandlede eller ej – af psykisk sygdom i relation til en persons placering i klassestrukturen. Her kan jeg lige indskyde definitionen af ”incidensen”, et andet nøglebegreb, der bliver brugt i undersøgelserne, dvs. antallet af nye tilfælde, der registreres i det psykiatriske system i en afgrænset periode. For det andet de typer af diagnosticerede psykiatriske forstyrrelser, som kan knyttes til klassestrukturen. For det tredje den type behandling administreret af psykiatere, som kan forbindes med en patients placering i klassestrukturen. Forfatterne antager en generel funktionel interdependens mellem statusstrukturen i (lokal)samfundet og forskellige aspekter af psykisk sygdom og psykiatrisk behandling (ibid., p. 13). De to undersøgelser foregik i New Haven i 1950’erne. Der var i 1950 270.000 indbyggere i New Haven-samfundet. De største grupper udgjordes af befolkningen af italiensk afstamning, ca. 30 %, og af irsk afstamning ca. 25%. Der var et mindre antal familier af engelsk afstamning, som var begyndt at ankomme fra det tidlige 1600-tal og nu havde etableret sig i socialklasserne 1 og 2. Der var både horisontale og vertikale skel i New Haven-samfundet med race, etnicitet og religion som de overordnede retningslinjer. Dertil kom indtægt, uddannelse, bopælslokalitet,

familiestørrelse og fritidsaktiviteter (ibid., pp. 47-65). Forfatterne redegør for fordelingen af familier i de fem klasser: socialklasse 1: 2,7 %, klasse 2: 9,8 %, klasse 3: 18,9 %, klasse 4: 48,4 %, og i klasse 5 var der 20,2 % (ibid., p. 395). De anfører endvidere, at 95 % af psykiaterne i New Haven-området hørte til socialklasse 1, og de resterende 5 % hørte til socialklasse 2 (ibid., pp. 155-161). Når en persons afvigende adfærd resulterede i anklager fra politi og domstole, slog klasseforskellene ligeledes igennem. Personer fra socialklasse 1 og 2, evt. deres pårørende, tenderede til at kontakte en advokat eller psykiater for at redde sig selv eller deres nære fra de retlige konsekvenser af deres handlinger – i modsætning til anklagede personer fra socialklasse 4 og 5, som ikke havde de samme muligheder. Eksempler støttet af tabeller for de forskellige klasser fik forfatterne til at skrive, at selv om Justitia er blind, kan hun stadigvæk lugte forskelle og især klasseforskelle (ibid., p. 192). Hollingshead & Redlichs undersøgelse i forbindelse med registrering i det psykiatriske system begrænser sig til førstegangsregistreringer, fordi det ellers ville være nær umuligt at spore den oprindelige beslutningstager ved tidligere registreringer (ibid., p. 185). Det er således incidensen, forfatterne behandler. Angående prævalensen var den betydelig højere for klasse 4 og 5 end for klasse 1, 2 og 3 (ibid., pp. 194-219). Den generelle tendens ved incidensen for psykotiske var, at overklassen refereredes til det psykiatriske system af familie, venner og private læger – i modsætning til (officielle) kliniklæger – og ved selvhenvendelse. Hvorimod det for arbejder- og underklassen var de sociale instanser, politi og domstole, der var beslutningstagerne. Tallene angav de specifikke procenter for de nævnte instanser: For klasse 5 var det knap 72 % for psykotiske, og 13 blev henvist af kliniklæger. De tilsvarende tal for klasse 1 og 2 var knap 43 % for familie og venner, og over 21 % for private læger (ibid., tabel 6, p. 187). Når det drejede sig om skizofrene, blev tallene markante. De henvisende instanser var for klasse 1 og 2 familie og venner med 54,4 % og private læger med 45,5 %. For klasse 5 derimod udgjorde politi og domstole 52,3 % af de henvisende instanser, dvs. over halvdelen, de sociale instanser 17,6 % og kliniklæger 12,5 % (ibid., tabel 7, p. 189).

Et kapitel i hovedværket (ibid., pp. 220-250) behandler forfatterens hypotese to, dvs. de typer diagnosticerede forstyrrelser, der kan knyttes til klassestrukturen. I figur 5 (ibid., p. 234) fremgår det, at organiske psykoser var den mest overrepræsenterede af psykoserne i socialklasse 5. Incidensraten for skizofreni per 100.000 beboere (justeret for alder og køn) var som følger (ibid., p. 236): Klasse 1 og 2: 6 %, klasse 3: 8 %, klasse 4: 10 %, og for klasse 5 var tallet 20 %.

Forfatterne refererer til Faris & Dunhams (1939) undersøgelse fra Chicago og konstaterer, at deres egne data støtter Faris & Dunhams konklusioner, at skizofrene, som blev indlagt på et psykiatrisk hospital, havde levet i slumområder hele deres liv, de "driftede" ikke som følge af deres skizofreni, ligesom klasse 1- og 2-patienter havde boet i de bedste socioøkonomiske områder hele deres liv (Hollingshead & Redlich, 1958, pp. 244-249). Hollingshead & Redlich (1958) beskrev og belagt med mange eksempler, at klasse 4 og 5 havde det, som jeg ovenfor med Rogers & Pilgrim har kaldt en kulturkløft til det psykiatriske system og dets værdier (ibid., pp. 172-176). Myers & Roberts (1959) uddyber pointen og skriver, at klasse 5-patienter havde tendens til kun at anerkende somatiske symptomer som sygelige fænomener, selv om de senere i terapeutiske forløb kunne indrømme psykologiske komponenter som medvirkende til forløbet (ibid., pp. 239-240). Det problem havde klasse 1- og 2-personer derimod ikke, de havde en umiddelbar forståelse for de psykologiske komponenter i deres psykiske forstyrrelser og samarbejdede om behandlingen (ibid., pp. 336-338). Horwitz (2002) beskriver samme fænomen og understreger, at i områder med høj socioøkonomisk status flourer diagnoserne. Mennesker her har forståelse for, hvad tegn på psykisk sygdom er, og hvordan det giver sig udtryk i symptomer, hvor de i socialklasse 4 og 5 er langsommere til at identificere psykiatriske symptomer (ibid., pp. 47-51; pp. 63-70).

Myers & Roberts undersøgelse af familiemønstret i forbindelse med klassestrukturen

Med udgangspunkt i hypoteserne fire og fem fra Hollingshead & Redlichs (1958, p. 11) værk fokuserede Myers & Roberts (1959) på 50 familier, 26 fra socialklasse 3, og 24 fra socialklasse 5. Familierne havde hver et medlem, som var psykiatrisk patient. Myers & Roberts kaldte deres egen undersøgelse en intensiv klinisk komplettering af Hollingshead & Redlichs ekstensive epidemiologiske undersøgelse (Myers & Roberts, 1959, pp. 6-7). Undersøgelsen koncentrerede sig om behandlede tilfælde af personer fra socialklasse 3 og 5 – forfatterne valgte de to socialklasser, fordi de bedre kunne sammenligne forskelle mellem to klasser, der ikke lå op og ned ad hinanden. Et af de væsentlige resultater af de to undersøgelser (Hollingshead & Redlich, 1958; Myers & Roberts, 1959) gik på, at personer i de lavere klasser er langsommere til at erkende psykiatriske symptomer og til at søge behandling, hvor middelklasse-familier ikke i samme grad tolererer mentale forstyrrelser hos deres familiemedlemmer og derfor hurtigere kontakter behandlingsinstanser (Cockerham, 2014, p. 212;

Hollingshead & Redlich, 1958, pp. 172-176; Myers & Roberts, 1959, pp. 213-216; Rogers & Pilgrim, 2014, pp. 21-36). Myers & Roberts (1959) beskriver den typiske familiedynamik i form af interpersonelle relationer og praktikker for børneopdragelse i hhv. socialklasse 3 og 5, som de udtrykte sig i værdier og adfærdsmønstre. I klasse 3 var der tendens til, at moderen var dominerende i den familiære magtstruktur og i børneopdragelsen, fra pottetræning, renlighed og til at opmuntre børnene til opadgående social mobilitet. Faderen deltog mere i familieaktiviteter end mænd i socialklasse 5, og familierne fungerede gennemgående bedre end i klasse 5. Forældrenes kontrol af børnene foregik mest på det verbale plan, men den var mere effektiv end i socialklasse 5. Fx kunne verbale trusler om vold være mere effektiv end udført vold (ibid., pp. 59-64). Socialklasse 3-børn voksede op med krav om en høj grad af selvkontrol og om at udsætte behovstilfredsstillelse – det gav dem mere samklang med de herskende normer i samfundet end socialklasse 5-personer (ibid., p. 255). I socialklasse 5 var tendensen, at forældrenes kontrol af børnene var fysisk, barsk og inkonsistent. Børnene kunne ikke forudsige, hvornår de blev straffet, det gjaldt for både fædre og mødre, de var derfor altid i defensiven. Børnene var bange for fædrene, men de sidste var stort set ikke involveret i familiens aktiviteter og optrådte som regel kun som straffende instans ved ekstrem adfærd. Mødrene havde ikke meget tid til børnene og havde problemer med at holde orden i hjemmet. Interpersonelle relationer i klasse 5-familier tenderede til at være fjerne, skrøbelige og emotionelt utilfredsstillende (ibid., pp. 66-71). Klasse 5-personer voksede op i et miljø, hvor vold, aggressioner, fjendtlighed og oprør var accepteret, og før skolealderen havde de indlært forældrenes holdning: fjendtlighed over for autoriteter samt at tage vare på egne interesser eller alternativt at blive udnyttet. Forældrene gjorde sig ingen anstrengelser for at opmuntre børnene til respektabilitet og opadgående social mobilitet. I modsætning til socialklasse 3-personer mødte de ikke krav om at udsætte deres behov, det gav dem færre indre forbud, hæmninger og frustrationer (ibid., pp. 253-255)..

Der var nogle forskelle mellem socialklasse 3-patienter og patienter fra socialklasse 5. Myers & Roberts inddeler patienterne i to kategorier, skizofrene og neurotikere³³. Hos de skizofrene patienter i hhv. klasse 3 og 5 kunne forfatterne

³³ Myers & Roberts skriver, at klasse 3-neurotikere internaliserede deres uro oftere i en socialklasse, hvor aggression og antisocial adfærd var bandlyst. Deres neuroser fik form af symbolske forvridninger og forskubbelse, ligesom de udtrykte flere psykologiske symptomer, fordi de tidligere anerkendte naturen af deres psykiatriske forstyrrelse. Klasse 3-patienter udviklede flere følelser af skam og skyld i forbindelse med deres fiaskoer i at realisere den sociale mobilitet, deres

ligeledes konstatere forskellige symptomer relateret til klassestrukturen. Klassevariationerne kom klart til udtryk i indholdet af deres psykose – de symptomer, patienterne valgte at udtrykke i deres psykosens klimaks, korrelerede med deres position i klassestrukturen (ibid., p. 240). Socialklasse 3-patienter havde mere tendens til at vende frustrationer og stress indad til psykologiske konflikter, som resulterede i følelser af skyld og skam. De udviste mere ritualiseret adfærd, der kunne knyttes til deres obsessive-kompulsive og depressive reaktioner. De skizofrene fra socialklasse 3 havde fornemmelser af forfald og ødelæggelse, idet de mente, de var urene og ved at rådne op på grund af deres dårlige gerninger. Symptomerne kunne være relaterede til klasse 3-værdier om renlighed og moral. Klasse 3-patienterne følte sig mere påvirkede af internaliserede forventninger i forbindelse med forventninger om opadgående mobilitet. De udviste endvidere flere følelser af overlegenhed og grandiose idéer, hvad der kunne tyde på, at de i indholdet af deres psykoser realiserede aspekter af deres ambitioner om opadgående mobilitet, som de ikke fik opfyldt i virkeligheden. Myers & Roberts giver nogle eksempler på skizofrene klasse 3-patienter³⁴.

Skizofrene patienter i socialklasse 5 udviste flere (psyko)somatiske symptomer i optaksperioden end socialklasse 3-patienter, men søgte ikke hjælp til dem. Deres vanskelige økonomiske vilkår slog igennem på samtlige områder; de oplevede, at

forældre forventede. Socialklasse 5-neurotikere udad-agerede deres interne uro, forstyrrelser, oprør i aggressiv og antisocial adfærd, hvad der var mere accepteret i deres socialklasse. De psykologiske symptomer, klasse 5-patienter udviste, var symptomer, der var tæt knyttet til deres dagligdag, som paranoid mistænksomhed, idéer om et komplot imod dem, mistillid og angst centreret omkring deres vanskelige økonomiske betingelser. Klasse 5 havde ikke de samme problemer med følelser af skam og skyld over deres adfærd og mangel på at nå deres aspirationer, som klasse 3-patienter havde – de havde ikke nogen sociale mobilitetsaspirationer (ibid., pp. 222-230).

³⁴ En Paul Murphy, som opførte sig overlegent over for de andre patienter på afdelingen, hvor han var indlagt. Han forestillede sig, han havde komponeret tre velsælgende hits, og abonnerede på flere højstatusaviser, gjorde nar af folk, der var dumme nok til at være katolikker etc. De andre patienter brød sig ikke om behandlingen og tog afstand fra ham, hvilket bekræftede hans følelse af at være overlegen i relation til alle andre i sine nærmeste omgivelser. Et andet eksempel på en socialklasse 3-patient var Anna Pulaski, som realiserede sine sociale ambitioner i sin psykose. Hun voksede op i en polsk katolsk familie, begyndte på en uddannelse som sygeplejerske under WWII og mødte her sin fremtidige mand, som på det tidspunkt var en såret officer. De blev imidlertid begge afskediget efter krigens slutning, og efter en del flytten rundt købte hendes mand en taverna, som i løbet af nogle år blev en god forretning. Anna fik hurtigt børn og følte sig nu bundet til de hjemlige pligter. Hun begyndte at miste forbindelsen til virkeligheden, og i sin psykose forestillede hun sig, at hun var blevet gift med en VASP-læge, og at de boede i et overklassepræget protestantisk nabolag.

de var udsat for såvel økonomiske og sociale som fysiske trusler. I deres psykoser gjorde det dem ekstremt mistænksomme og overbeviste om, at folk konspirerede imod dem, og deres handlinger tog form af impulsiv og voldelig antisocial adfærd og fjendtlighed³⁵. Forfatterne beskriver imidlertid skizofrene i både socialklasse 3 og 5, som udviste mønstre af underdanighed og tilbagetrækning, samtidig med at de konformerede mere end deres søskende til forældrenes krav (ibid., pp. 256-262).

2.2.2. De ”antipsykiatriske” bidrag

Jeg præsenterer her de væsentligste værker fra den såkaldte antipsykiatriske periode fra sidst i 1950'erne og knap tyve år frem. Laing (1959) udgav *The Divided Self*, og i 1964 med Esterson *Sanity, Madness and the Family*. I den første fortolkede Laing den skizofrenes indre liv og symptomer som meningsgivende i relation til det ”falske selv”, som den skizofrene konstruerer eller oplever. Han ser den skizofrene som fremmedgjort for sig selv. Bogen var banebrydende på den tid og bidrog varigt til eksistentiel og klinisk indsigt i skizofren tankegang (Laing, 1959). I familiestudierne i *Sanity, Madness and the Family* fremsatte Laing og Esterson (1964) en hypotese om skizofreniproducerende familier, hvor de analyserede kommunikationsmønstrene i elleve familier. De konkluderede, at familiernes konsistente, virkelighedsforvridende kommunikation producerede en syndebug, som udviklede skizofreni. Kringlen (2003) oplyser, at analyserne af en kontrolgruppe af ”normale” familier fremviste lignende kommunikationsmønstre uden at producere et skizofrent familiemedlem, men at Laing og Esterson ikke offentliggjorde disse resultater (ibid., p. 204). Laing gik senere til yderligheder med euforiserende stoffer og udgav skrifter mod det ”bestående”, hvor han romantiserede psykisk sygdom som en slags oprør mod det borgerlige samfunds undertrykkelse. Trods mange uholdbare synspunkter var Laing en af

³⁵ Myers & Roberts giver et eksempel på en socialklasse V-patient, Pauline, fra en polsk familie. Hun havde tolv mindre søskende, og som den ældste fik hun hurtigt ansvar for de yngre. Faderen var fraværende og voldelig. Hun gjorde oprør som 14-årig, mødte sin mand som 20-årig, de fik en kort lykke, derefter stod den på samme trummerum med børn og hus, hvor hun jævnligt havde alvorlige skænderier med sin mand. I optakten til psykosen fik hun vrangforestillinger om forfølgelse, troede sig udspioneret, og senere, at hun var udsat for en fortryllelse af sin mor og en kendt tv-person, hun havde mødt på en restaurant, hvor hun arbejdede som servitrice. På afdelingen, hvor hun var indlagt, var hun verbalt aggressiv og fysisk voldelig over for sygeplejerskerne og deres hjælpere (ibid., pp. 230-240; pp. 245-267).

hovedfigurerne i 1960'ernes omfattende diskussion i de vestlige lande om, hvad der var normalt, og hvordan man behandlede de ”unormale”. Den kritik, som den antipsykiatriske diskussion rettede mod den traditionelle psykiatri, medvirkede til at fremskynde reformerne og afinstitutionaliseringen i psykiatrien.

Szasz benægter i *The Myth of Mental Illness* (Szasz, 1961) eksistensen af psykisk sygdom, idet han siger, det er en metaforisk betegnelse for moralske problemer, som psykiatrien gør til medicinske problemer. Psykiatriske diagnoser er ifølge Szasz stigmatiserende etiketter, de betegner ikke reelle sygdomme. Han argumenterer med, at medicinske begreber er baseret på principper fra fysik og kemi, og da såkaldt psykisk sygdom ikke har et påviseligt fysisk-kemisk grundlag, kan der ikke være tale om sygdom (ibid., p. 20). Han definerer psykiatri som studiet af personlig adfærd³⁶. Uden at gå i detaljer med Szasz' argumentation vil jeg betegne den som indlysende u-afbalanceret i forhold til psykisk sygdom og formodentlig intentionelt provokerende. Trods Szasz' benægtelse af eksistensen af psykisk sygdom fremsætter han forskellige kritiske pointer i forhold til psykiatrisk teori og praksis, som er en diskussion værd: at psykiatriske diagnoser for en stor del hviler på menneskelige domme, værdier og personligt skøn hos den diagnostiserende psykiater, trods det, at psykiatrien fremstiller sig selv som en medicinsk disciplin med objektive metoder; at de domme, værdier og skøn, som diagnoser og slutninger hviler på, ikke er – fuldt – offentligt tilgængelige; at psykiatrien hænger fast i substanstænkning, hvor det sociale og kommunikative område, som psykiatrien bevæger sig i, snarere kalder på processtænkning; at psykiatrien infantiliserer patienterne ved paternalistisk bedreviden og derved inducerer en passiv holdning i patienterne. Szasz konkluderer, at psykiatrien er en pseudovidenskab, der tilslører konflikter mellem individ og omverden ved at fokusere på indre konflikter – og omvendt (Szasz, 1961, pp. 85-86)³⁷.

³⁶ Szasz (1961) betegner selv den første del af sit værk som en destruktiv analyse af psykiatrien, og anden del som en konstruktiv syntese på basis af spilteori. Syntesen består imidlertid i en beskrivelse af de psykodynamiske mekanismer i konversionshysteri, som Szasz postulerer udgør paradigmet for psykisk sygdom, idet det er inkorporeret i et tegnbrugende spil, der følger bestemte regler. Szasz diskuterer de fordele, som hysteriske personer kan vinde ved at spille rollen: At agere hjælpeløs kan fremtvinge hjælp og en privilegeret ansvarsfri status (ibid., pp. 169-187).

³⁷ En psykiaterkollega til Szasz vurderer i 1989 hans hysteriteori som et væsentligt bidrag til en hysteridiagnose (Birchnell, 1989). Szasz var uddannet fysiker, psykiater og psykoanalytiker. Trods kritik af Freud var han praktiserende psykoanalytiker og undgik trods sin manglende ”tro” på psykisk sygdom afskedigelse som professor i psykiatri ved State University of New York. Efter

Goffman (1961a) skrev *Asylums*, på basis af deltagerobservation på et stort psykiatrisk hospital støttet af forskningsmidler fra National Institute of Mental Health (NIMH). Goffman beskrev, hvordan den sociale orden på hospitalet oplevedes af patienterne. Han definerede et psykiatrisk hospital som en "total institution" og oplister fem typer. Andre eksempler på totale institutioner er fængsler, klostre, krigsfangelejre, sanatorier, kostskoler og plejehjem. Fælles for dem er, at den gruppe, der ikke er personale, i den periode, de opholder sig på institutionen, i varierende grader lever afsondret fra omverdenen og er underlagt institutionens sociale orden. Institutionen nedbryder samtidig barrierer mellem forskellige livsområder, og livet i en total institution er uforeneligt med familieliv (Goffman, 1961a, pp. 15-22). Goffman beskriver, hvordan patienternes personlighed "mortificeres" på forskellig vis, og hvordan de udvikler strategier for at tilpasse sig, han tematiserer – i lighed med Szasz – infantiliseringen af patienterne, i og med at personalet bestemmer over alle aspekter af deres liv (ibid., pp. 47-51). Ved lange ophold giver kendskab til hospitalets funktion mulighed for at opnå eller manipulere sig til forskellige privilegier for at gøre livet udholdeligt. Goffman slutter *Asylums* med en pointe om, at tilpasning til det psykiatriske hospital for patienternes vedkommende omfatter accept af personalets normer og hospitalets rutiner. Berettiget protest og kritik kan af personalet blive tolket som sygdomstegn og dermed indikere manglende egnethed til at blive udskrevet (ibid., pp. 333-336).

Et andet markant bidrag til antipsykiatrien fremsatte Scheff (1966) med *Being Mentally Ill*, en "sociologisk teori om årsagerne til stabil mental forstyrrelse" (ibid., p. 101). Han så dem som resultat af en stempling.³⁸ Som udgangspunkt fremstiller Scheff psykiatriske symptomer som resultatet af "residuel afvigelse", det vil sige brud på normer, der er så grundlæggende, at de knap er formulerede i de samfund, hvor de gælder. Scheff siger, at de afgørende faktorer for et forløb som kronisk psykiatrisk patient er den sociale reaktion på regelbruddet. De fleste regel- eller normbrud krænker velkendte og formulerede regler og placerer overtræderen i en velkendt rolle som fx kriminel eller alkoholiker. Men Scheff postulerer eksistensen af "residual rules", der skulle være basale, uformulerede regler for social omgang.

eget udsagn underviste Szasz i ortodoks psykiatri, som en ateist ville undervise i sammenlignende religion (Birchnell, 1989).

³⁸ H.S. Becker fremsatte som den første "labeling"-teorien eller stemplingsteorien i sin antologi af egne artikler fra 1950'erne og nye artikler i "Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance" fra 1963.

Brud på disse producerer residuelle afvigelser, som andre skulle tolke som tegn på psykisk forstyrrelse eller sygdom (ibid., pp. 31-54). Herefter skulle den vigtigste enkeltfaktor for en karriere som stabil eller kronisk psykisk syg være den insisterende stigmatisering, der følger med rollen som residual afviger. Der er mange uklarheder og selvmodsigelser i teorien, ligesom den har stærkt spekulative indslag, og den postulerede forklaring af årsagerne til mental forstyrrelse eller sygdom er uholdbar. Scheff (1966) benægter i realiteten eksistensen af psykisk sygdom. Han overser dertil, at personen/patienten skal gennem bifurkationen i alle tilbudte kommunikationspræmisses og godtage eller afvise den tilbudte præmis (Luhmann, 1984, pp. 203-207; 1997, pp. 227-230; 2002a, pp. 303-306)³⁹. Her synes Scheff at gå ud fra, at stigmatiseringsnormer automatisk kan styre en person til at acceptere sin stigmatiserede status (Scheff, 1966, pp. 31-54). De ovennævnte værker og andre kritiske, mindre arbejder om psykiatrisk teori og praksis i 1960'erne og 1970'erne fik varierende indflydelse i de vestlige lande, men de bidrog gennemgående til at synliggøre de inhumane sider af psykiatrisk behandling og dermed til at bane vej for forbedringer. Trods uholdbare teorier om stigmatisering og udstødelse som eneste grund til psykisk sygdom og psykosociale forstyrrelser bidrog de ovennævnte forfattere til at skabe mere opmærksomhed omkring de stigmatiseringsmekanismer, som udkrevne psykiatriske patienter mødte og møder i samfundet (Kringlen, 2003, pp. 198-210). Teoriernes fremkomst producerede et nyt område af plejet semantik, som den nye decentraliserede psykiatri – distriktskykiatrien – kunne bygge på til videre problemformuleringer i bestræbelserne på at reintegrere psykiatriske patienter i samfundet.

2.2.3. De psykosociale forstyrrelses sociologi – fortsat

Rowland, Smith & Trasher og Rubington

Rowland (1938; 1939a; 1939b) skrev to tidlige artikler om hhv. interaktionsprocesser og venskabsmønstre på to store statshospitaler samt en artikel om fællestræk ved segregerede grupper/lokalsamfund og mentalt helbred (1939b). Han var, ifølge Stanton & Schwartz (1954), hhv. psykiater og sociolog, den første, der beskrev patienternes uformelle organisering på to amerikanske

³⁹ Tilspidsningen i accept eller afvisning dupliserer kommunikationen med en ja-nej-udgave. Luhmann (1984) kalder også bifurkationen for "den fjerde selektion" (ibid., pp. 203-207).

statshospitaler (ibid., pp. 14-15). Smith & Thrasher (1963) beskrev roller, klikker og sanktioner på psykiatriske afdelinger. Rubington (1972) refererer til Rowland og gik videre med hans begreber og dannede termen normalitetspyramide på psykiatriske institutioner. Alle fire forfattere er/var amerikanske sociologer, og alle gennemførte deltagerobservation på psykiatriske afdelinger.

Rowland (1938) gennemførte åben deltagerobservation og understreger i sin første artikel, at han ikke beskæftigede sig med, hvorfor patienterne var indlagt (ibid., p. 324), men så på hospitalet som et miniaturesamfund. Realiteterne var her, at patienterne dag efter dag skulle omgås andre patienter med vrangforestillinger, der var modfaldne og fortvivlede, aggressive eller funktionelt stumme m.m. Rowland beskriver, hvordan de uformelle netværk, ”vandrerne” på hospitalet, giver patienterne emotionel og praktisk støtte til at klare sig i hospitalsmiljøet. Det ser ud til, at de uformelle støttenetværk hovedsageligt kan dannes i psykiatrien, når asyl og de store psykiatriske hospitaler er organiseret til langvarige indlæggelser efter kustodielle retningslinjer. Rowlands betragtninger bekræftes af Goffman (1961a). Jo længere tid patienterne har tilbragt på hospitalerne, jo mere forsvinder ”den emotionelle ekstravagance”, vi forbinder med galskab (Rowland, 1938, p. 328). Rowland identificerede tre hovedgrupper: for det første patienter med maksimal (sygdoms)indsigt og gensidig sympati, for det andet patienter med ringe indsigt og minimal gensidig sympati, den sidste gruppe var tilbagetrukne patienter med få sociale kontakter (ibid., p. 327). Der var tendens til, at patienterne grupperede sig inden for disse retningslinjer. Rowland giver et eksempel fra den første gruppe: En patient gik på sin første dag ind i hospitalets kantine med det forsæt af finde andre patienter, som var ”mindre gale end resten”, og fandt en anden patient, der ikke viste tegn på noget anormalt i sin adfærd. De to blev venner, og der kom to andre patienter til, som begge hørte til de ”bedre” patienter (ibid., pp. 327-328). Den anden gruppe, patienter med minimal indsigt og minimal sympati for de andre patienter, var den talrigeste gruppe på hospitalet, det var gennemsnitlige psykotiske, og de repræsenterede hele skalaen af menneskelige emotioner i overstørrelse. For disse patienter var livet intenst, ophidsende og dramatisk, og først og fremmest impulsivt med udtryk for had, kærlighed, frygt, forfængelighed, stolthed, sorg, fortvivlelse, vrede, jalousi og hævn (ibid., p. 331). De havde hverken helt tilpasset sig hospitalsmiljøet, og de var heller ikke helt tilbagetrukne. Den sidste gruppe, de tilbagetrukne patienter, har udviklet konfliktundgåelse efter dårlige erfaringer med at give udtryk for deres vrangforestillinger. De har lært, at de ingen kommunikativ værdi har, og trækker

sig efterfølgende tilbage, når ingen alligevel vil dele vrangforestillingerne med dem. De bliver (funktionelt) stumme og tilbagetrukne, når de andre patienter ”kun” vil deltage i interaktionssystemer af fælles interesse. Rowland skriver, at vrangforestillinger står i modsætning til social interaktion (ibid., pp. 333-335). I sin anden artikel refererer Rowland (1939) til J.L. Morenos sociometriske studie fra 1934 om gensidig tiltrækning og afvisning (ibid., p. 363) og påviser, hvordan dannelse af venskaber i de forskellige afdelinger stort set følger principperne. Han beskriver en gruppe, der omfatter både mani-depressive og alkoholikere. Begge grupper tenderer til at finde sammen indbyrdes, men de ser hver især ned på den anden gruppe. Alkoholikerne ser ned på andre patienter som ”wacky” – skøre. De mani-depressive udvikler deres egen moral og kender til emotionelle yderpunkter, såvel overstrømmende lykke som afgrundsdyb fortvivelse, som de ikke helt kunne dele med de andre patienter (ibid., pp. 363-365). Rowland (1938; 1939) behandler i alle tre artikler ”the institutionel cures”: De hører til patient-eliten, hvor de nyder mange privilegier og har det mest fornøjelige arbejde. De er så tilpassede hospitalsmiljøet med psykotiske medpatienter, at de ikke kan finde sig til rette i samfundet ved udskrivning. De får akutte forstyrrelser efter udskrivningen og bliver genindlagt (Rowland, 1938, p. 328; 1939a, p. 365; 1939b, p. 265). I artiklen om segregerede grupper bemærker Rowland (1939b), at der i de relevante grupper forekommer en kontrast mellem den formelle organisation og dens hierarki på den ene side og på den anden side deltagernes spontane gruppekonstellationer. De sidste danner spontane tiltrækningsmønstre indbyrdes, som kan tilpasse sig eller ikke tilpasse sig det formelle organisationshierarki (ibid., p. 264). Rowland skriver, at der forekommer en elementær stræben efter status blandt – her – patienter i afdelinger i et psykiatrisk hospital. Nogle patienter accepteres i den dominerende patientgruppe, mens andre afvises – de får bestemte roller på afdelingerne, hvor de kan assistere de ansatte med forskellige opgaver, og får fordele til gengæld, eller de kan etablere sig som marginaliserede med de negative reaktioner i form af ignoreren og ytringer af had og foragt, der følger med (ibid., p. 265). Så voldsomme reaktioner forekom kun undtagelsesvist i dagcentrene, men de skiftende marginaliserede patienter kunne blive udsat for milde, negative sanktioner i form af hævede øjenbryn, opadvendte øjne, nedsættende bemærkninger etc.

Smith & Trasher (1963) skrev en artikel om roller, kliker og sanktioner på en psykiatrisk afdeling (”patientsamfundet” i det følgende). De gennemførte deltagerobservation på to afdelinger, en åben afdeling for neurotiske og

alkoholiske patienter og en lukket afdeling for psykotiske patienter. Patienterne var alle hvide og ikke adskilt efter køn og alder. De mest almindelige diagnoser var depressive og skizofrene reaktioner (ibid., p. 184). Patientsamfundet var karakteriseret af et sæt normer, som patienterne forventede af hinanden, de blev ledsaget af positive sanktioner ved konformitet til forventningerne og negative sanktioner ved afvigelse fra samme. Især holdningen til psykisk sygdom var central: Patienterne forventedes at acceptere, at de befandt sig på et psykiatrisk hospital, og med god grund. En patient kunne klage over, at hun blev indlagt mod sin vilje, men ikke at hun blev indlagt ved en fejltagelse. Holdningen var en forudsætning for at udfylde patientrollen – den mest generelle rolle på afdelingen. I patientsamfundet forventedes de at have en accepterende holdning til psykoterapeuten og rette sig efter hendes anbefalinger. Kritik af det øvrige personale var tilladt, hvis det ikke forekom konstant. Personalet forventede, at patienterne opførte sig så normalt som muligt og ikke forstyrrede eller optrådte stødende over for andre patienter. Patienterne kvitterede med at overholde de fleste regler det meste af tiden, men samtidig forekom surhed og oprørthed, og forfatterne konstaterede en vis ambivalens mellem personale og patienter. Så længe en patient ”overholdt” sygerollen, var der en tendens til, at medpatienterne opfattede patientens adfærd som en funktion af hendes ”sygdom” og tilbageholdt domme over den, samtidig med at de andre patienter forventede, at hun stræbte efter at forlade sin ”syge” adfærd. Hvis patientens adfærd ikke kunne forklares med ”sygdom”, ophævedes dommen og resulterede i negative sanktioner. Sygerollens privilegier kunne således fortabes af en patient, som afveg fra sygerollen (ibid., pp. 184-186). Patienterne udviklede et sæt indicier, der blev opfattet som tegn på forbedring, og patienterne formodedes at arbejde hen imod udskrivning og recovery. Når det lykkedes, kunne de opnå graduerede privilegier fra ingen adgang til fuld adgang til hospitalet, dets park og til byen. Forfatterne beskriver forskellige aktivitetsklikker på afdelingerne, som i størrelse og fortrolighedsgrad ligger mellem patientsamfundet og de små fortrolighedsklikker. De sidste reverserer de gældende normer i patientsamfundet. Her kan man folde sig ud og tale frit og detaljeret om liv og sygdom, deltagerne kan kritisere andre patienter og personalet uden forbehold, de er dømmende over for dem, de kan tale frit om egne følelser, om tvivl på sig selv og om, hvordan de kan tilpasse sig både det interne liv på hospitalet og det eksterne liv i samfundet etc. Fortrolighedsklikkerne fungerer som private rum i patientsamfundets overordnede

struktur, og de forbliver stabile og konfliktfrie ifølge forfatterne (ibid., pp. 187-189).

Rubington (1972) analyserede i sin artikel "den uformelle organisation af psykiatriske patienter", hvor han introducerede termen normalitetspyramide på en psykiatrisk afdeling til at beskrive patienternes indbyrdes selektion (ibid., p. 292). Han gennemførte en sociometrisk undersøgelse, hvor det viste sig, at nogle patienter udviste "konform" adfærd i relation til afdelingens normer. De var medlem af flere kliker og scorede højt på andre interaktioner, inklusive med de "afvigende" patienter. De sidste havde lav klikedeltagelse og betydeligt færre interaktionskontakter, og nogle var helt tilbagetrukne (ibid., pp. 292-293). I den kvalitative del af undersøgelsen (ibid., pp. 294-298) analyserer Rubington fem forskellige grupper, ordnet efter konformitet til afdelingens normer, eliten, subeliten, de tavse, hjælperelationer mellem patienter og de transiente. Den sidste gruppe bestod i analysen af to personer, som eksperimenterede med kontakt til de forskellige grupper. Til min analyse er jeg mest interesseret i "de tavse", da jeg observerede en del på dagcentre, som i hvert fald midlertidigt passede til denne kategori. Hvor "konformisterne", her eliten, forsøgte at konstruere afdelingen, så den lignede verden udenfor – den konstruktion krævede "afvigere", og her var "de tavse" oplagte kandidater. De sad jævnlige ved samme bord uden at mæle et ord, selv om sproget jo er det mest almindelige kommunikationsmiddel. Til gengæld kunne de engagere sig i "social perception" af hinanden og gjorde det, de perciperede hinanden. De kunne dele tavsheden og dermed manifestere et stumt oprør mod konformisterne i eliten (ibid., p. 296).

Løchen

I Skandinavien blev et markant værk af Y. Løchen (1976) om idealer og realiteter i et psykiatrisk sygehus en klassiker; den er baseret på cirka fire års deltagerobservation (1. udgave i 1965, 2. udgave i 1976). Han skriver indledningsvis i forordet til anden udgave, at "psykiatrisk behandling er en særlig tung og vanskelig opgave" (ibid., p. I), og fortsætter med at understrege forskellen mellem ambitiøse idealer og faktiske realiteter. På trods af den uro og de uklarheder, som idealerne skaber, betragter Løchen den psykiatriske afdeling som et funktionelt socialt system (ibid., p. II). Løchen konstaterer, at de psykiatriske institutioner har en vogteropgave på samfundets vegne, idet de skal holde de mennesker væk, der er for psykisk afvigende til at fungere i samfundet. Den er somme tider af brutal art, som når der forekommer tvangsindlæggelser, selvom

samfundet i øvrigt er forpligtet af en demokratisk og liberal ideologi (ibid., pp. XI-XIII; pp. 213-214). Af Løchens mange analytiske pointer vil jeg især fremhæve to, nemlig skellet mellem myndighed og kyndighed (pp. III-V) og analysen af den diagnostiske kultur (ibid., pp. 211-232), da de stadigvæk er relevante. Normalt er der sammenfald mellem myndighed og kyndighed, også i det medicinske funktionssystem. Når skellet mellem myndighed og kyndighed delvist går i opløsning i psykiatrien, hænger det sammen med en uklar social situation, hvor kontaktevne, empati, spontanitet og åbenhed er afgørende faktorer. De kan være ulige fordelt i det psykiatriske hierarki, så den mest myndige, overlægen, ikke nødvendigvis er den mest kyndige på alle områder. Fx er hun ikke nødvendigvis den bedste psykoterapeut. Det kan være psykologen, men medlemmer af andre faggrupper kan også have personlige egenskaber, der gør det nemt for dem at kontakte patienterne og at holde kontakten. Der flourer imidlertid myter om ”den terapeutiske naturbegavelse”, her henviser Løchen til Foucault (1961/1975) for fremstillingen i *Galskabens historie* om Pinels og Tukes evner til at berolige ukontrollable patienter. Løchen mener, der ligger en beskyttelse for patienten i professionalitet mod et ukontrolleret, sentimentalt engagement, hvor teammedlemmer ellers kan gøre krav på indflydelse i kraft af andre psykiatriske færdigheder end dem, som kan erhverves gennem uddannelse (Løchen, 1976, pp. III-V).

Den anden analytiske pointe fokuserer på den diagnostiske kultur – den kan forekomme i alle organisationer, men psykiatriske institutioner er særligt udsatte, fordi de er indlejret i en medicinsk kultur, der bruger diagnoser som arbejdsredskab, og fordi deres arbejdsbetingelser er problematiske (ibid., pp. 211-232). Luhmann (1964a) bemærker, at en ”psykiatrisk” overvågningsstil kan trives i en helt anden type organisationer, hvor de har samme fordele, nemlig at man ikke behøver at tage personalemedlemmets afvigende argumenter alvorligt, men kan affeje dem med henvisning til, at hendes motiver allerede er videnskabeligt forklaret (ibid., p. 253). Løchen (1976) kalder den proces, der består i en systematisk individualisering af kollektive og organisatoriske fænomener, for den diagnostiske kultur. Den ser typisk adfærd som udtryk for ubevidste motiver, det, der ”egentlig” sker, hvorved man overser enkle, iøjnefaldende og situationsbaserede fortolkninger. Det er en personorienteret synsmåde, modsat en situationsorienteret. Aktørerne møder kriser og vanskeligheder i organisationen med diagnoser, hvorved samspilfænomener og interessemodsatninger i systemet reduceres til individuelle kvaliteter. Den diagnostiske aktivitet er ikke

uvidenskabelig, den leder efter årsager, men den diagnostiske kultur tilskriver altid grunde inden i individet. Patienterne diagnosticeres som et fast element i arbejdsgangen. Man har diagnoser ved hånden og bruger dem på fænomener, også hvor det ikke er terapeutisk relevant. Den diagnostiske kulturs forklaringer medfører bestemte adfærdsformer og interaktionsmønstre, men de vedligeholdes og styrkes af fænomener, som ligger uden for forklaringerne. De psykiatriske institutioner møder andres ulykke, og det sociale liv i dem er ofte et oprivende og stadigt skift mellem skuffelse og håb, mellem tab og sejre. Der er en "kontrakt" mellem samfundet og de psykiatriske institutioner, et bytteforhold, hvor psykiatrien tager sig af, passer på og behandler personer, der er for psykisk afvigende til at leve et normalt liv i samfundet. De løser et socialt problem og modtager til gengæld bevillinger til drift og personale og har samtidig frihed til at eksperimentere. Bevillingerne er begrænsede, samtidig med at behandlingsideologien er ambitiøs og besværlig (ibid., pp. 213-214). Den diagnostiske kultur er ifølge Løchen en maskeringsmekanisme, der afbøder kollisionen mellem idealer og realiteter ved at "oversætte" kollektive fænomener til individuelle kvaliteter. Derved gør den kriser og vanskeligheder i organisationen tilgængelige for et medicinsk perspektiv, der passer til et bestemt rollesæt. Ifølge Løchen er den diagnostiske kulturs funktion for det første at sløre afstanden mellem idealer og realiteter. For det andet at fornægte konflikter i institutionen og for det tredje at fastholde systemets ligevægt og den rollefordeling, det bygger på. I relation til patienterne giver det sig udslag i, at personalet fortolker alle deres reaktioner som udslag af deres psykiske konstellation og overser samtidig andre relevante faktorer: situationsbestemte, klassespecifikke eller forventninger i patientgruppen. Eller at adfærden kan være udtryk for en overlevelsese- eller bemestringsstrategi i relation til den psykiatriske institution og dens patientrolle. Løchen nævner det som et problem, at der mangler en effektiv sondring mellem terapeutisk relevante og terapeutisk irrelevante tolkninger (ibid., p. 214). I de afsluttende bemærkninger tager Løchen (1976) spørgsmålet op, om realiteterne i systemet med alle dets modsætninger ikke allerede svarer til de situationer, som patienterne skal tilbage til i samfundet. Set fra den vinkel er de modsatrettede forventninger måske ikke specielt antiterapeutiske (ibid., p. 244), men de var så ikke i overensstemmelse med den intenderede behandlingsideologi.

Sundin

Sundin (1974) skriver, at behandlingsinstitutioner ofte arbejder ud fra et underforstået harmonibegreb, der forudsætter, at der ikke er interessemødsætninger mellem grupperne i institutionen. Konflikter tilskrives derfor egenskaber hos den underordnede part (ibid., p. 47). Han skriver endvidere, at når der mangler effektivitetskriterier for behandlingen i en institution, fører det til, at man fokuserer på patienternes adfærd inde i institutionen. Man opbygger en legitimerende ideologi om, hvilke midler der er velegnede til at forklare modstridende interesser i institutionen (ibid., pp. 54-55).

Estroff

Estroff (1981) skrev et værk med titlen *Making It Crazy*. Den er skrevet på grundlag af hendes undersøgelse af en patientgruppe, der deltog i Programme of Assertive Community Treatment (PACT) i Wisconsin. Programmet havde hverken værested eller dagcenter, patienterne var "outpatients" (ibid., p. 59), men hun har en del pointer, der fortjener opmærksomhed. Lamb skriver i forordet, at samfund og behandlingsinstitutioner både belønner og straffer de psykisk syge (ibid., p. X). Estroff er enig (ibid., p. 171) og uddyber pointen. Her skriver hun, at en fast indkomst er belønningen for at være negativt anderledes og dermed for at være inkompetent i relation til et arbejde. Det er det dobbelte signal i socialhjælp (ibid., p. 153). Pointen, at hjælp og social kontrol er to sider af samme sag, bekræftes i 2003 af Järvinen & Mik-Meyer ((red.), (2003)). Samtidig straffer man dem for deres usynlige stigma – som psykiatriske patienter – og det synlige stigma, som psykoaktiv medicinering påfører nogle af dem (ibid., pp. 167-171). Hun fastslår i lighed med andre citerede forfattere, at psykiatriske diagnoser udgør værdidomme (ibid., p. 15). Estroff har nogle interessante betragtninger over reciprokke og ikkereciprokke netværk (ibid., pp. 174-191). Kulturelle idealer om individualitet og uafhængighed går sammen med underliggende forventninger om konformitet. Imidlertid fremmer behandlingssystemet en ikkereciprok udveksling, der ikke gjorde patienterne i stand til at optræde uafhængigt, kompetent m.m. Patienterne i behandlingssystemet havde tendens, i hvert fald i nogle situationer, til at opdele verden i "os" og "dem". Patienterne havde de mest reciprokke relationer med andre i os-kategorien og de mest ikkereciprokke relationer med dem-kategorien (ibid., pp. 175-177). Et særligt kendetegn ved os-relationerne – de reciprokke relationer – var, at patienterne ikke brugte os-vennerne til at diskutere større livsproblemer, ud fra den betragtning, at når

vennerne var i samme situation som dem selv, var det nok, fordi de manglede de samme kompetencer, som de selv gjorde. De diskuterede de nævnte problemer med "dem", dvs. personalet i PACT-systemet, som de mødte efter aftale. Personalet havde flere relevante oplysninger om dem, end patienterne havde om personalet – som også havde næsten total kontrol over patienternes ressourcer (ibid., pp. 182-183). Til gengæld brugte patienterne os-vennerne til de daglige praktiske problemer, de lånte hinanden penge og cigaretter, drak sammen, delte en lejlighed, de kunne udveksle erfaringer med dem om jobs, boliger, udsmidning, medicin, psykoser og indlæggelser. De havde de samme informationer om hinanden (ibid., pp. 178-181). Tilsyneladende var de eneste, patienterne kunne have ubegrænsede reciprokke og gensidige relationer med, de andre patienter i PACT-systemet (ibid., p. 188). Estroff skriver videre, at det at blive etableret som gal, er resultatet af en lang proces med en selv og andre (ibid., p. 237). Tilpasning til symptomerne inkluderede ofte både manglende formåen og vilje til at vende tilbage til aktiv deltagelse til et normalt samfundsliv, ligesom fraværet af fysisk registrerbare symptomer i psykiatrien levnedde stor plads til modificering af adfærd, forventninger og erfaringer. Patienten blev stabiliseret i en modsætningsfyldt intersubjektiv virkelighed, hvor dét ikke at ønske at blive rask og ikke at være i stand til det var associeret med symptomer i kroniske forstyrrelser – ifølge Estroff. Hun taler om "the harbour of disease" (ibid., pp. 241-243). Det tema går igen i Ingalill Erikssons (1998) artikel om "Svarte Petter", hvor hun beskriver en gruppe patienter, der er så ødelagte, at de hverken kan eller vil se nærmere på deres krænkende opvækstforhold, og som derfor "nøjes" med at forsætte som psykisk syge.

Rhodes

I Lorna Rhodes' *Emptying Beds* (1991) gennemførte hun deltagerobservation i en akutpsykiatrisk modtageenhed i en amerikansk storby i to år. Enheden gik under navnet APU, den rådede over ni sengepladser og arbejdede ud fra et princip om, at patienterne skulle sendes videre inden for ti dage – proceduren refererer til bogtitlens pointe. APU var et barskt sted, og personalet brugte DSM-III strategisk i relation til det akutte behov (ibid., p. 9). Alt drejede sig om at ekspedere patienterne videre så hurtigt og effektivt som muligt – til hjemløseherberger, psykiatriske hospitaler, religiøse missionshjem etc. Patienternes problemer var enorme, de var ekstremt fattige, ekstremt gale og ekstremt venneløse (ibid., p. 14). 80 % af patienterne havde tidligere været indlagt, de var blevet

”professionaliserede” som patienter. De kom jævnligt som følge af en adfærdsmæssig nødsituation, hvor de var voldelige, disruptive og truende over for sig selv og andre (ibid., p. 38). Personalet havde en speciel, underfundig tone, der afspejlede holdningen til de ekstremt vanskelige patienter. Rhodes gengiver et eksempel på tonen mellem et personalemedlem og en patient. Patienten troede, hun var Gud, psykiateren spurgte hende, om det ikke var en falliterklæring for Gud at tage bussen. Hun svarede, at hun også hellere ville have taget toget, men det havde fascisterne overtaget. Psykiateren sagde, at hun ville blive sendt tilbage til galehuset, hvis hun fortalte folk, at hun var Gud. Patienten sagde: ”Tak for rådet” (ibid., pp. 34-36). Rhodes overværede et antal interaktioner mellem patienter og personale, men hun var ikke i direkte kontakt med patienterne, og det meste af hendes analyse drejer sig om personalets kommunikation.

Rosenbaum & Sonne.

Rosenbaum & Sonnes (1994) (hhv. psykiater og sprogforsker) værk *Det er et bånd der taler. Analyser af sprog og krop i psykosen* blev oprindeligt udgivet i 1979 med et efterskrift af Hausgjerd og genudgivet i 1994. Værket er psykoanalytisk inspireret, vistnok mest i Lacan-traditionen. Begrundelsen for værket er at påvise, at det er muligt at interagere med psykotiske og skizofrene (ibid., p. 140); det har måske ikke været accepteret i dansk psykiatri, som var stærkt biologisk præget (Kringlen, 2003, pp. 236-237), selv om det for længst var blevet anerkendt i udlandet (Arieti, 1974; Bleuler, 1911; Crafoord, 1994; Hausgjerd, 1985 & 1990). Forfatterne skriver, at patienterne oplevede deres stemmer som noget ”fremmed, uforklarligt, ubehageligt, spændende eller lignende, men altid ”uden for” dem selv” (ibid., p. 7). De citerer talrige steder de meget selvdestruktive ytringer, patienterne fremsætter (ibid., p. 94; p. 96; pp. 107-108). Ellers har værket mest sociologisk relevans i de to første kapitler og i sidste kapitel, hvor forfatterne fremsætter nogle betragtninger om det psykiatriske subsystem som samfundsmæssigt fænomen. Jeg nævner værket her som en undtagelse – den eneste? – i dansk psykiatri, som et kvalitativt studie, der tager psykotiske tilstande alvorligt, analyserer dem på egne sproglige præmisser og forsøger at uddrage de psykotiske kropsbilleder på den baggrund. De refererer til den sprogløse, medikamentelle behandling og beskriver de opsplittende undersøgelser af forskellige psykopatologiske fænomener. Endvidere siger de om dansk psykiatri, at de naturvidenskabelige idealer, den arbejder efter at opnå, bevirker, at de psykologiske faktorer underordnes som ”subjektive”, hvor det er de ”objektive” –

naturvidenskabelige – idealer, der gælder (ibid., p. 26). Officielt bekender dansk psykiatri sig til multifaktorielle sygdomsmodeller, som inddrager både de psykiske sygdommes biologiske og sociale elementer. Imidlertid har psykiatriens ”biologiske reduktionisme” bevaret sin dominans og fremstår – i 1993 – stadigvæk stort set uanfægtet (ibid., p. 25). Forfatterne fastslår, at ”det er et faktum, at den biologiske psykiatri hånd i hånd med medicinalindustrien dominerer opfattelsen af, hvad der er sygeligt og hvad der er normalt. Den afgør, hvad der er videnskabelig erkendelse, og hvad der må betragtes som pseudovidenskab, og den bestemmer, hvad der kan gøres og hvad der ikke kan gøres i det psykiatriske behandlingsapparat” (ibid., p. 23).

Konstruktion af diagnoser og Barretts eksempler

Barrett (1996) var en sjælden fugl som psykiater, han tog efter nogle år som psykiater en uddannelse i antropologi. Det var i denne egenskab, han skrev sin bog om sin egen institution, et psykiatrisk hospital i Australien, som han kaldte Ridgehaven. Han satte sig for at genopdage de selvfølgheder, som personalet på Ridgehaven gik ud fra i deres daglige arbejde. Jeg gør en del ud af hans værk her, fordi han formulerede et privilegeret insider-syn på psykiatrien. Barrett vandt ikke patienternes tillid, fordi han kunne optræde som psykiater, når det var påkrævet. Han fastholdt efter eget udsagn en teoretisk spænding mellem de to traditioner i psykiatri, den biologiske og den humanistiske opfattelse af mennesker som interagerende, meningsgivende personer (ibid., p. 18). Jeg vil fokusere på tre temaer i værket: dannelsen af diagnoser, den biologiske models funktion for psykiaterne og Barretts beskrivelse af patienterne, som åbenbart ikke lider lige meget hele tiden. Barrett fastslår, at psykiaterne var den mest autonome profession på Ridgehaven (ibid., p. 40). Teams bestod af tre professioner: psykiatere, psykiatriske sygeplejersker og socialarbejdere. Psykologerne glimrede ved deres fravær i beskrivelserne, ifølge Barrett blev denne ”fjerde profession” udelukket for at borteskamotere konkurrence og potentielle konflikter. Psykologernes fortolkninger stod i modsætning til psykiaternes fremhævelse af den biologiske model. Det siger noget om, hvor truede psykiaterne følte sig af psykologernes fortolkning af og forståelse af patienterne (ibid., p. 68; pp. 83-86). Barrett bruger sin baggrund som psykiater, når han som observatør ved to interviews i enkeltheder gennemgår den procedure, der fører til dannelsen af en diagnose. Han beskriver detaljeret, hvordan konstruktionen af diagnoser systematisk trækker mod den biologiske model (ibid., pp. 107-137). Den kan ses som en

kompleksitetsreduktion leveret i form af plejet semantik (Luhmann, 1984, pp. 48-56; 1980b; 2002a, pp. 167-182). I et eksempel, interviews med en patients moder og bagefter med patienten selv, borteskamoterede dokumentationsprocessen beskrivelserne i begges hverdagssemantik og fik fremstillingen i journalen til at fremtræde som direkte observationer. Den usynliggjorde samtidig det observerende ”jeg”, dvs. Dr. George, som var ansvarlig for nedskrivningen af noter i journalen (ibid., pp. 118-119). I interviewet var Dr. Georges tone empatisk, da empati var nødvendig for at få patienten til at samarbejde, men i måden, journalen blev skrevet på, lignede interviewet et forhør, hvor patienten blev mistænkt for at skjule noget – fx sine tanke- og perceptionsforstyrrelser. Den holdning tillod klinikerne at distancere sig fra patienternes fremstilling, især fra deres udsagn om deres psykiske sygdom. Transponeringen fra hverdagssemantik til plejet semantik viste ifølge Barrett en slående (kompleksitets)reduktion af moderens og patientens detaljerede mundtlige beretninger til den skrevne journals knappe, ”faktuelle” gengivelse – svarende til forskellen imellem praktisk og teoretisk viden, imellem læg og videnskabelig terminologi (ibid., pp. 115-116) og i mellem hverdagssemantik og plejet semantik i det medicinske funktionssystem (Luhmann, 1980b). Der er to processer involveret her, for det første psykiateren, der lytter til og bearbejder den pårørendes og patientens hverdagssemantik, og derefter ved en kompleksitetsreduktion transponerer den til plejet semantik, der på forskellig måde trækker mod den biologiske model (ibid., pp. 127-131). Barrett (1996, p. 130) citerer delvist fra Mishlers *The Discourse of Medicine* (1984), hvor Mishler skriver, at det leder til en ”objektivering” af patienten ved ”stripping away of the lifeworld contexts of patient problems” (ibid., p. 128). Interviewdialogen blev til skriftlige noter i en proces, der krævede aktive beslutningsprocesser af selektion og udeladelser fra den interviewende psykiaters side⁴⁰. I interviewene med patienten og hans moder forsøgte Dr. George at adskille sygdommen fra patienten ved sine spørgsmål. Nogle spørgsmål lagde op til kvantificerbare svar: ”Hvor længe siden er det?” – eller: ”Hvornår gjorde du det?” Funktionen af tidssegmenteringen var at separere personen fra sygdommen (Barrett, 1996, pp. 127-131). Med opdelingen af patientens beskrivelse i segmenter blev patienten karakteriseret som

⁴⁰ Her er der en parallel til Thagaards metodebemærkninger om notetagning ved interview i stedet for at bruge båndoptager (Thagaard, 2009, p. 102). Hun skriver, at ved udelukkende at tage noter analyserer forskeren samtidig, hvad der er det væsentligste i en ytring. Dr. George skrev de selekterede bemærkninger ind i journalen og transformerede dem samtidig til en plejet semantik.

passiv, mens sygdommen var aktiv. Adskillelsen i hhv. sygdom og person var ikke uproblematisk, hverken for personalet eller patienterne (ibid., p. 276)⁴¹. Journalen gengav endvidere de hændelser, patienterne berettede, i tidssegmenter, hvor spørgsmål, der forsøgte at etablere varigheden af symptomerne, afbrød og opdelt patienternes beretning. Interviewet var orienteret mod at producere en segmenteret beskrivelse med to metoder: for det første spørgsmål, der gik ud på at etablere varigheden af symptomerne, og for det andet spørgsmål, der gav to fastlagte alternative svarmuligheder. Patienten var ifølge journalen kontrolleret af skizofreni og stofmisbrug, den tillod derfor ikke, at han kunne have kontrol over sin adfærd, trods de modsatte udsagn i interviewene, der klart fremstillede patienten som aktør. Han blev beskrevet som uden egen vilje og dermed en passende genstand for psykiatrisk arbejde. Psykiateren, som journalens kilde, havde kontrollen i kraft af en række beslutninger, der i sidste ende gjorde patienten passiv (ibid., pp. 133-134). Jeg skrev i afsnittet om Parsons, at passiv-aktiv-dimensionen bliver mere accentueret ved funktionelle psykiske sygdomme (Parsons, 1951a, pp. 428-479). Patienten kunne ikke kontrollere den nedskrevne journal, og journalen konstruerede patienten som en person, der var passiv og manglede kontrol (ibid., p. 141) – og patientens ”subjektivitet” og hans sociale dimension blev udelukket fra journalen (ibid., p. 285). Det er tilfældet med Barretts eksempler, at patienterne ved diagnosekonstruktionen og især psykiaternes kommunikationsstrategier, at de sidste gør ”sygdommen” aktiv, og patienterne fremstilles som passive ofre for en ”sygdomsproces”. At patienterne skulle være helt passive, sætter jeg dog flere spørgsmålstejn ved. De var tværtimod aktivt optaget af fortolkning og genfortolkning af deres symptomer, som dokumenteret fra anden side af blandt andet Arieti (1974), Crafoord (1994) Hausgjerd (1985 & 1990), Lindell (2003), og som aktive i deres egen recovery som beskrevet af Topor (2001).

I et kapitel, der beskriver interaktioner mellem patienter og personale, dokumenterer Barrett en lignende teknik som i journalskrivningen (ibid., pp. 255-271), at de psykiatriske teams med psykiaterne i spidsen trækker patienternes fremstilling i hverdagssemantik hen mod den biologiske model. Det er den model, psykiaterne med deres lægefaglige baggrund er mest fortrolige med og uddannede til at administrere. Fx en patients beskrivelse i en seance, hvor han sagde, at han

⁴¹ En anden metode til at skille sygdommen fra patienten – som var standard i årene før 1996 efter DSM-III's to akser, sygdommen og personen (ibid., p. 276) – var ved at bruge tekniske idiomer, hvor hver del og underdel blev skrevet i et tiltagende teknisk sprog (ibid., pp. 131-133).

både troede og ikke troede på, at han var en kommunistisk spion. Psykiateren pressede ham til at vælge, om det var en vrangforestilling eller ej. Til sidst sagde patienten, at han troede, det var en vrangforestilling, da han oplevede det, og lige den formulering noterede psykiateren på tavlen (ibid., p. 260). Ved en anden hændelse, hvor en patient beskrev, hvordan han oplevede ”offentliggørelse af tanker”, fortolkede psykiateren, som ledte seancen, ”panik” og ”terror”, fordi ”det må få dig til at føle dig udleveret”. Patienten havde brugt en beskrivelse med mindre kraftige og mere nuancerede udtryk (ibid., p. 262). Begge eksempler kan ses som en (over)fortolkning, hvor teamet/psykiateren lagde ord i munden på patienterne, som de ikke selv havde brugt, til fordel for en biologisk model. Der var ikke plads til flertydigheden i patienternes detaljerige og nuancerede beskrivelser. Positive følelser blev ligeledes udelukket fra definitionen af skizofreni, kun lidelse blev tilladt (ibid., pp. 262-263). En psykiatrisk sygeplejerske genfortolkede nogle patienters beskrivelse af fornøjelige hallucinationer i lidelsestermer, de var ”udtryk for at have det dårligt med sig selv” og ”en måde at undslippe de barske realiteter på” (ibid., p. 263). Proceduren svarede til den måde, psykiaterne redigerede journaler på, de segmenterede og afkortede interviewet med patienterne, så resultatet stemte overens med den officielle definition af skizofreni (ibid., p. 259). Den biologiske del af modellen fungerede som middel til at facilitere det psykiatriske hegemoni. Når patienternes hverdagssemantik med flertydige udsagn ”truede” personalets kontrol over situationen, greb de til sammenligninger af skizofreni med diabetes eller et brækket ben (ibid., p. 259; pp. 268-269). Patienterne både accepterede rollen som lidende og forkastede den. Det første i seancer med psykiateren, og det sidste i seancer med resten af teamet (ibid., p. 265). Institutionen havde magt til at definere patienterne som splittet i to dele, sygdommen og personen, den magt havde patienterne ikke, men deres magt lå i domænet af personlige emotioner, hvor de havde valget mellem at acceptere eller afvise empatien (ibid., p. 266). Der var en oscillation mellem den biologiske models behandling af hallucinationer og vrangforestillinger som abnorme og uforståelige og den psykosociale models opfattelse af dem som forståelige. Meddelelsen til patienterne var således, at deres skizofreni både var uforståelig og forståelig (ibid., p. 269). Hvor psykiaterne normalt havde magten på Ridgehaven, skete der noget, når patienterne forsøgte at vende den om. I et afsnit beskriver Barrett eksempler på hændelser, når patienterne fik fat i deres egne journaler eller på anden vis saboterede magtbalancen mellem patienter og psykiatere. Fx et interview, der blev alvorligt forstyrret, da patienten begyndte at

nedskrive noter om psykiateren, og da arkivet for medicinsk dokumentation gennemlevede en krise, fordi det var lykkedes en psykiatrisk patient at låne sin egen journal. Til sidst nævner Barrett, at et psykiatrisk panel måtte afbryde diskussionen om en patient, da patientens far begyndte at optage psykiaternes kommunikation på en båndoptager, fordi han var vred over den måde, hans søn var blevet behandlet på (ibid., pp. 126-127).

Psykologer og psykiatere

Her skal jeg med udgangspunkt i Barretts (1996) beskrivelse tematisere den permanente latente modsigelses- og konfliktrelation, der er blevet dokumenteret i adskillige værker om psykiatriske institutioner, og som jævnlige bliver manifesteret (Brody, 1956; Jenkins, 1954; Løchen, 1976; Sundin, 1974; Knudsen et al., 1992, pp 101-111; Barrett, 1996). Psykologerne er som psykiaterne akademisk uddannede, men i en humanistisk tradition med mange forskningsforeninger, hvor psykiaterne som læger er uddannede i en naturvidenskabelig og biologisk tradition. De to til tider antagonistiske akademiske traditioner gjorde, at det ikke skortede på konfliktmuligheder, og gjorde den latente konflikt manifesteret med mellemrum. Psykologerne er specialister med reference til egen psykologfaglig standard, de identificerer sig derfor ikke nødvendigvis med den psykiatriske institution, hvor de er ansat, som de øvrige faggrupper tenderer til at gøre. Brody (1956) understreger, at psykiatere får deres medicinske grunduddannelse i højt strukturerede hierarkier, hvor de lærer om anatomi, blod, kredsløb m.m. – som ikke har forandret sig synderligt i mange år. Psykiaterne står for den etablerede orden, hvor sygdom spiller en altdominerende rolle, og hvor de tilbringer deres professionelle liv med at anvende deres viden. Kliniske psykologer får deres uddannelse i en akademisk, liberal tradition, hvor de forventes at være kritiske og stille spørgsmål. Når de vælger at arbejde i psykiatrien, kommer de til et område, der allerede er defineret af en anden professionel gruppe. Psykologerne ser ikke nødvendigvis alle psykiatriske patienter som ”syge”. Kombinationen af de to professioner kan give anledning til forskellige tilgange, når det drejer sig om psykoterapi (ibid.). Her er der et asymmetrisk magtforhold, idet psykiaterne som regel har den formelle magt, hvor de kan ansætte og fyre psykologer – det kan danne grobund for modsigelse og konflikter (Luhmann, 1975e; 1984, pp. 488-550). Det forhold så dog ikke ud til at være tilfældet i Barretts (1996) fremstilling, her havde psykologerne en selvstændig afdeling med egne ansættelsesprocedurer (ibid., p. 68; pp. 83-86). Han beskriver, hvordan psykologernes fortolkninger og

forståelse af patienterne på Ridgehaven stod i modsætning til psykiaternes overvejende biologiske fortolkning af ”psykiske sygdomme”, og de havde derfor udelukket psykologerne fra deres teams for at borteskamotere konfliktmuligheder (ibid.). Jenkins (1954) kalder den fremgangsmåde, hvor den ledende profession på en psykiatrisk institution helt udelukker en anden profession, her psykologerne, fra et overlappende område, for aktivt konkurrerende og ”partisan”, dvs. som kun tilgodeser egne interesser (ibid., p. 617). Løchen (1976) beskriver de modsætningsfyldte krav, psykologerne måtte forholde sig til (ibid., pp. 95-115), og sætter som nævnt ovenfor pointen på spidsen ved at skelne mellem myndighed og kyndighed (ibid., pp. III-V). Det fremgår af Topors (2001; Topor i Oute & Jørgensen (red.), 2021, pp. 145-165) og Skatveds (2017; 2020) værker om recovery, at kyndigheden kan være fordelt på alle faggrupper (ibid.). Sundin (1974) beskrev tilsvarende problemstillinger, hvor psykologer arbejder inden for den psykiatriske ideologis rammer og dens medfølgende sygdomsbillede (ibid., pp. 197-199). Jeg observerede en tilspidset variant af den klassiske konflikt i psykiatrien mellem psykiatere og psykologer. På Kvadratet tog diskussionen på personalemøderne udgangspunkt i, hvem der var kvalificerede til at gennemføre psykoterapeutiske forløb. Psykologerne opstillede nogle krav, som de andre personalegrupper, inklusive centerledelsen, fandt for rigide. Konflikten løb over et års tid og endte med, at psykologerne blev fritstillet. De havde i mellemtiden henvendt sig til deres fagforening, som bakkede dem op, og Kvadratet på sin side refererede til stamafdelingen, som refererede til 2. Magistrat, som den hørte under (Knudsen et al., 1992, pp. 101-111).

Lindell

Lindell (2003) fokuserer i sit værk *Mellan frisk och sjuk* på en gruppe på 32 patienter, der alle har haft langvarig psykiatrisk problematik. Det fremgår, at 75 % af dem har haft en psykosediagnose (ibid., pp. 51-55). Lindells undersøgelse fokuserer på en psykiatrisk ”öppenvård”, som var en afdeling for behandling, hvor patienterne kun kom efter aftale med en psykoterapeut; der var ikke noget dagcenter. I et kapitel (ibid., pp. 93-131) behandler Lindell patienternes syn på sygdom og sundhed baseret på interviews. Patienternes væsentligste skel var, om man var bevidst om sin sygdom og sine problemer, eller om man ikke var bevidst om dem. I det sidste tilfælde kunne man ikke kontrollere sin aggressivitet, passivitet, aparte adfærd, kunstige sprog, hallucinationer, stemmer og vrangforestillinger, som alle var symptomer på psykisk sygdom. Når man var

bevidst om problemerne, kunne man opretholde en distance til dem, og det bidrog til en følelse af kontrol (ibid., p. 103). Patienterne relaterede psykisk sundhed til at føre et autonomt liv, hvor de selv ordnede alt det, der hørte til et normalt hverdagsliv: egen bolig, rengøring, madlavning, købe ind, køre med bus, betale regninger og have et arbejde (ibid., p. 118). Patienterne nævnte fem punkter, der indikerede psykisk sundhed. I Lindells kategorisering var det tredje punkt at indgå i et socialt fællesskab og at have sociale relationer. Der er det sidste, jeg fokuserer på her. En af patienterne sagde, at hun i det hele taget havde svært ved at sidde sammen med andre mennesker omkring et bord. Hun gik tit ud. Hun så det som tegn på psykisk sundhed at kunne blive siddende og indgå i et socialt fællesskab (ibid., p. 119). Den samme patient fortæller, at det var nemmere at snakke, når hun var ude at gå en tur sammen med andre. Så var man ikke tvunget til at tale sammen hele tiden. Patienten tog endvidere temperaturen på sin egen følelsesmæssige og sociale funktion i de kaffepauser, der var ved den psykiatriske afdeling mellem behandlingssessionerne, for at finde ud af, om hun kunne fungere der (ibid., p. 127). En patient, der var i arbejde, sagde, at det svære ikke var det instrumentelle ved at udføre arbejdet, men derimod de uformelle sociale relationer, der opstod i pauser og til frokost, som var hovedproblemet (ibid., pp. 120-121). En af de patienter, jeg interviewede, sagde noget tilsvarende ”... på et arbejde er samværet (i pauserne) med de andre et helvede for mig” (Interviewnoter, 21.2.1991). Det meste af Lindells undersøgelse bygger på interviews med patienterne, men sidste del involverer deltagerobservation. Den del vil jeg bruge til at illustrere et tema fra mit eget materiale, ”diskontinuitet” i Kvadratets dagcenter, som jeg fokuserer på i kapitel 6.9.3.

Jacobsen

To danske antropologer, Charlotte Bredahl Jacobsen og Sidsel Busch, udgav i 2006 hver sit værk om en psykiatrisk institution; de benævner disciplinen medicinsk antropologi. Jacobsen (2006) skrev fra en retspsykiatrisk afdeling på Sankt Hans Hospital på grundlag af to års deltagerobservation. Busch (2006) gennemførte fire måneders feltarbejde på en institution, hvor recovery-begrebet udgjorde den overordnede teori og praksis. Begge værker byggede på Foucault og Bateson som teoretisk ramme. En lukket retspsykiatrisk afdeling sætter nogle væsentlige begrænsninger for patienterne, som et distriktpsykiatrisk center ikke gør. Jeg skal derfor kun fokusere på to temaer, som Jacobsen (2006) behandler, infantiliseringen af patienterne som ”sociale børn”, og på hvordan det lykkes

psykotiske patienter, som formodes ikke at kunne fokusere og handle intentionelt, at skaffe sig stoffer – de to temaer er forbundne. Jeg fik selv lejlighed til at observere og reflektere over begge temaer i dagcentrene, men uden den tvang, som en retspsykiatrisk afdeling legitimt anvender. Jeg skal her kun kort skitsere den behandlingslogik, der ifølge Jacobsen danner baggrund i den danske tradition. Hun opstiller et skema med hhv. nulpunkt og endemål som udtryk for den ønskede retning, behandlingslogikken skal tage. Ved nulpunktet angiver forfatteren de seks punkter, hvor patienterne handler uansvarligt, psykotisk, som et socialt barn, afhængigt, passivt og impulsivt. Ved endemålet angiver hun tilsvarende punkter, hvor patienten nu optræder som ansvarlig, ikkepsykotisk og rask, socialt voksen, uafhængig, handlekraftig og som en intentionelt handlende person (ibid., p. 171). Behandlingslogikken sammenfatter et godt helbred, intentionel handlen, voksenalder og ansvar (Jacobsen, 2006, pp. 169-179). Jacobsen fremhæver især ansvar som centralt. Ovennævnte nulpunkt og endemål kan forstås som et kontinuum, der på alle stadier involverer interaktion mellem patienter og personale. Hun skriver, at behandlingslogikken er ”en progressiv proces, der har ansvar som kerne” (ibid., p. 171). Opgaven for personalet er at lokalisere, hvor på kontinuet patienten befinder sig, og derefter tilbyde patienten mulighed for at tage ansvar i passende doser – som en form for social kontrol. Mik-Meyer og Järvinen ((red.), 2003)) har taget en tilsvarende problematik op, hvor social kontrol fremstår som den anden side af (social) hjælp i deres antologi, hvor bidragene tematiserer både hjælp og social kontrol (se i kapitel 3.2.4).

Busch

Sidsel Busch (2006) illustrerer i sit værk, at personalet på ”Skovgården” – et bosted for psykiatriske patienter – tager recovery-ideologien alt for bogstaveligt. Når de fx diskuterer overskridelse af personalerollen, i form af ”det ekstra” med udgangspunkt i Topors værk (Topor, 2001), hvor der i Topors udgave er risici forbundet med det for det enkelte personalemedlem, fordi det kan føre til fyring eller advarsel, hvis det bliver opdaget (ibid., pp. 305-307). På Skovgården, derimod, var det både institutionaliseret og forventet. Busch giver eksempler på, at når personalemedlemmer bliver trætte af at være ”autentiske”, slår de over i professionel distance – de går fra nærhed til distance, når nærheden bliver for besværlig (Busch, 2006, pp. 37-46). Fx beskriver Busch et forløb (ibid., pp. 43-45), hvor et personalemedlem, Karen, tog en beboer, Nana, med hjem for at overnatte, fortalte hende meget private ting om sig selv, og da beboeren begyndte

at ringe for tit, stod Karen af, og opgav ”den særlige relation”. Det sidste er betegnelsen for ”særlige” personale-beboer-relationer, hvor personalemedlemmet forventes at overskride deres professionelle distance og blive ”nære” med beboeren som i eksemplet. Det må være det, Løchen advarer imod, når han skriver, at professionalitet beskytter patienterne mod et ”ukontrolleret og sentimentalt engagement” (Løchen, 1976, p. III). Busch giver eksempler på, hvad jeg vil kalde kontrafaktisk adfærd i forhold til konkrete forventninger⁴². På Skovgården var der en ideologi om ligeværdige samarbejdsrelationer, som stod i modsætning til de faktiske magtforhold, hvor medicin spillede en vigtig rolle (ibid., pp. 56-67). Angående de ligeværdige samarbejdsrelationer forblev de udtryk for en ideologi, hvor der på den anden side var et klart hierarki med psykiateren som den mest magtthavende⁴³. Personalemedlemmerne havde dobbeltfunktion som både kontrollanter og terapeutiske hjælpere, det var den første funktion, som organiserede patienternes hverdag. Under heldige omstændigheder smeltede de to funktioner sammen, så kontrollen udmøntede sig gennem hjælp og støtte (ibid., pp. 54-56). Busch beskriver en stemmehørergruppe (ibid., pp. 71-75), som jeg udelader her, men behandler i kapitel 5. Det er fælles for patienterne i stemmehørergruppen, at de har fået tilstrækkelig afstand til deres stemmer til, at de kan kommunikere om dem.

Ringer

Der er specielt tre temaer fra Ringers *Listening to patients* (2013), jeg vil fremhæve: modstand mod sygeliggørelse, ”the instability discourse” samt det ”at være syg på

⁴² I et af eksemplerne sørgede et personalemedlem, Stinna, for at købe blomster hos købmanden, som beboeren, Rune, så forventedes at give sin mor til hendes fødselsdag, når han besøgte hende, hvad personalemedlemmet havde opfordret ham til. Forløbet endte imidlertid med, at Rune ikke besøgte sin mor, men blev på sit værelse resten af dagen. Forfatteren tolker forløbet derhen, at i interaktionen mellem personale og beboere tager personalet både ansvar for beboerne, samtidig med at de belærer dem om, at de selv skal tage det. I dette tilfælde blev Rune på Skovgården, fordi han enten ikke kunne eller ville tage det tilbudte ansvar for at besøge sin mor. Busch kalder proceduren for ”tingsliggørelse af erfaring”, fordi det gør ansvar til noget, der kan håndteres instrumentelt, selvom det er et socialt fænomen. (ibid., pp. 47-49).

⁴³ Det passer med mine observationer af de to distriktspsykiatriske centre: Der var en modsætning mellem lighedsideologien fra det terapeutiske samfund og den psykoterapeutiske tradition på den ene side, og på den anden, det medicinske hierarki, som kunne sætte sine beslutninger igennem med argumenter om behandlingsansvar.

den rigtige måde”⁴⁴. Ringer gennemførte deltagerobservation i to-tre måneder på hvert sted, hhv. en psykiatrisk afdeling og et dagcenter for psykiatriske patienter. Hun bruger en Foucaultsk diskurstilgang som analyseredskab. Ringer angiver eksempler på modstand mod sygeliggørelse, ved at patienter holder deres stemmer for sig selv. Hun oplister flere eksempler på den samme problematik og skriver, at når patienterne bliver klar over, hvor fast forankret diskursen er hos personalet, begynder de at tænke og tale strategisk. Fx ville en af patienterne, Johan, ikke give slip på forestillingen om, at træer, planter og blomster fulgte ham alle vegne, men han besluttede ikke at nævne det igen for personalet (ibid., pp. 159-163). Modstanden svarer på nogle punkter til Barretts (1996) betragtninger om patienter, der udviste aktiv og selvbevidst modstand over for de professionelles magt (ibid., pp. 162-163) – og som Ringer da også refererer til. I en af de tre artikler, som bogen indeholder, beskriver hun, at nogle psykiatriske patienter kan være svingende i kontakten, hun kalder fænomenet ”the instability discourse”, samt det at være patient og syg ”på den rigtige måde” (ibid., p. 155-158)⁴⁵. Ringer gennemgår nogle psykotiske patienter, der er syge ”på den rigtige måde”, som skader sig selv for at udstille skaderne, de kan fx skære i sig selv på synlige steder eller forsøge en slags pseudoselv mord med plastikposer, så sygeplejerskerne beskriver dem som enten ”autentiske” eller ”mindre autentiske”. De kan også omtale en patient som ”ægte skizofren” på baggrund af hendes appel til deres beskytterinstinkt. I diskursen om ”de rigtige syge” sporer jeg en noget romantiserende opfattelse af de skizofrene fra de psykiatriske sygeplejerskers side, som Ringer da også er kritisk over for. De mangler præcise formuleringer for de fænomener, de formodes at observere – jeg kunne spørge, om deres uddannelsesniveau er adækvat? Ringer beskriver nogle ikkepsykotiske patienter, som har knækket koden til at få den opmærksomhed, de ønsker. Den ene er bange for at frisere sig og klæde sig pænt på om morgenen, ”for så kan de ikke se, hvor syg jeg er indeni”. En anden patient er bange for at have en glad dag, for så kunne personalet sige: ”Hun har det jo godt”, og hun ville risikere at blive udskrevet. De har med andre ord fundet en balance mellem synliggørelse og usynliggørelse ved den måde, de ”viser” deres symptomer på, det lykkes for dem at være syge på ”den rigtige måde” (ibid., pp. 155-158). Set i min optik er der her tale om patienter,

⁴⁴ Jeg oversætter ”the discourse of really ill” med ”at være syg på den rigtige måde”, det var det udtryk, hun selv brugte på Psykiatritopmødet i oktober 2014 i sit mundtlige oplæg – og ”the lack of insight discourse” (ibid., pp. 146-165).

⁴⁵ Jeg behandler Ringers beskrivelse af stemmer og ustabilitetsdiskursen i kapitel 5.

der er kommet ret langt med deres sociale ordensyndelser, de kunne formodentlig bestå en prøve i Goffmans (1959) ”impression management” (ibid., pp. 203-230). Ringer (2013) gør sig til fortæller for mere brugerinvolvering i psykiatrien (ibid., p. 23), idet hun spørger, hvordan planlægning og ydelser fra brugernes side kan praktiseres og forstås i en psykiatrisk kontekst? Samt hvordan en demokratisering af det psykiatriske system kunne se ud? Leppänen (2018) skyder den type refleksioner ned, når han skriver, at patientforeningerne ingen indflydelse har på kernen i psykiatrisk virksomhed, diagnosticering, medicinering og forskellige former for psykoterapi (ibid., p. 37).

Dobransky

Dobransky (2014) beskriver to ”community centres” i en amerikansk storby i Midtvesten, ”Urban” og ”Suburban”, beliggende i områder med hhv. lav og høj socioøkonomisk status. Han beskriver den udbredte organisatoriske fragmentering, som systemet for mental sundhed i USA giver anledning til set i lyset af etniske, racemæssige og andre forskelle, og illustrerer det med fyldige eksempler på personale-klient-interaktioner. Han gennemførte femten måneders deltagerobservation i 2006-2007 i de to centre for personer med ”Severe Persistent Mental Illness” (SPMI) med henblik på at skrive en organisatorisk etnografi (ibid., p. 11). Dobranskys primære formål var at lave en organisationsanalyse, i den forbindelse identificerer han fire overordnede institutionelle logikker, som bogen er bygget op over: den klinisk-professionelle logik, lokalsamfundslogikken – som forsøger at få klienterne integreret i samme – ”empowerment”-logikken eller myndiggørelseslogikken og logikken for bureaukratisk ansvarlighed (ibid., p. 8). De fire logikker fungerede somme tider mere eller mindre i overensstemmelse med hinanden, hvor den ene eller den anden logik havde overvægten. Ofte var logikkerne imidlertid helt eller delvist konflikterende på forskellige områder. Det var typisk myndiggørelseslogikken, der tabte, stillet over for kravene fra andre logikker, da den ikke var bundet op på den institutionalisering, som gjaldt for de øvrige tre logikker. Det er fx et spørgsmål, om personalet skulle give klienterne et valg i myndiggørelseslogikkens navn, men alligevel lede dem i retning af personalets foretrukne praksis? Den kunne basere sig på personalets kliniske bedømmelse – den kliniske logik – men det kunne også have en lavpraktisk grund i personalets angivelse af timeforbrug – den bureaukratiske logik (ibid., pp. 145-

151)⁴⁶. De to centre havde ansat ”prosumers”, det var tidligere eller nuværende patienter, som havde fået tilstrækkelig kontrol over deres sociale ordensydelser til, at de kunne støtte de nuværende patienter på de to centre. Prosumers var sammen med de mere eller mindre psykiatrisk skolede ansatte lavstatusmedlemmer uden formel klinisk uddannelse. Deres position stod i modsætning til behandlende psykiatere, psykologer og psykiatriske sygeplejersker, som var højstatusmedlemmer i organisationen, fordi de havde en klinisk uddannelse. Prosumers var stort set helbredte for psykoser, vrangforestillinger, forestillinger om selvreference etc. og for stofmisbrug. De leverede ”peer support”, deres styrke var, at de selv havde været der, hvor de nuværende centerpatienter var. De havde således ”credentials” til at optræde som rollemodeller og give de nuværende centerpatienter håb om en bedre fremtid (ibid., pp. 121-127). Her kommer et eksempel som angivet af Dobransky: Emmanuel var ligesom de fleste klienter i Urban en sort prosumer. Han var en spinkel fyr og havde haft en dag, hvor han først lagde sig imellem ved et slagsmål mellem to klienter ved at vriste en stol ud af hænderne på en stor, stærk klient, der var ved at kaste den mod en anden klient. Senere samme dag konfronterede han en klient i badeværelset, der solgte stoffer, og fortalte ham i utvetydige vendinger, hvad han mente om stofsælgerens aktivitet, og blev efterfølgende truet af sælgeren. Emmanuel havde opbygget et omdømme som en person, der kunne takle kontingente situationer som de ovenfor nævnte. Derudover var han i stand til at snakke med klienter på en måde, som gav resultater. Dobransky nævner en klient, Pharrel, som Emmanuel havde en længere samtale med, hvor Emmanuel fik Pharrel til at identificere, hvad det var, der forstyrrede ham, hvorfor og hvordan – samt hvad han ville gøre ved det. Det havde en effekt på Pharrel, hvor en ”case manager” kommenterede umiddelbart efter et møde med Pharrel, at hele Pharrels holdning havde ændret sig. En anden klient, Carlton, havde ligeledes etableret en speciel forbindelse med Emmanuel og valgte ham som den første til at snakke om både sine psykiske problemer og sit misbrug. Emmanuel havde selv haft alvorlig psykisk sygdom plus et stofmisbrug, der satte ham i fængsel i en periode. Gradvist kom han ud af sit stofmisbrug ved hjælp af et behandlingscenter, hvor han havde fået kontakt til Urban, som ansatte ham som prosumer. Han fulgte stadigvæk behandlingscentrets program. Hans kontakt med klienterne fra Urban fortsatte uden for centret, hvorved hans arbejdstid blev

⁴⁶ Dobranskys værk minder på mange måder om Sue Estroffs, behandlingsprincipperne lignede hinanden; Dobransky anfører et Assertive Community Treatment (ACT)- team (ibid., p. 25), hos Estroff hed det Program for Assertive Community Treatment (PACT).

mere flydende end andre ansattes. Emmanuel formulerede det derhen, at de fleste andre ansatte på Urban så klienternes situation udefra, hvorimod han selv havde været lige præcis der, hvor Urbans klienter nu befandt sig. Emmanuel fortalte, at han så sin prosumer-aktivitet som en forlængelse af sine hårde erfaringer med psykisk sygdom og afhængighed. Positionen havde en bagside, fx var en af de andre ansatte, som han jævnligt havde snakket med, pludselig holdt op med at snakke med ham – hvor han gættede på, at hun havde fundet ud af noget om ham, måske at han havde siddet inde? (ibid., pp. 121-123). Emmanuels position var del af en tendens i psykiatriske institutioner (i USA), der i stigende grad ansætter personer, der deler baggrund og erfaringer med nuværende klienter, men som delvis har lagt problemerne bag sig. Prosumers var ansatte med opgaver, der i praksis omfattede ”blødgøring” af nuværende patienter med henblik på at indgå i behandlingsforløb. Det var et organisatorisk problem, der gav sig udslag i, at en gruppe prosumers kommunikerede med de to centres klienter og andre ansatte på en helt forskellig måde fra ”almindelige” ansattes kommunikation med deres klienter. Administrationen på både Urban og Suburban skulle således prioritere såvel klinisk uddannelse – den kliniske logik – såvel som peer support, som kom ind under myndiggørelseslogikken. Dobransky skriver, at det bidrog til fragmenteringen af de to organisationer (ibid., pp. 122-123). En anden side af sagen var, at ledelsen og de øvrige ansatte måske ikke helt kunne stole på, at prosumers ikke ville lave voldsomme fejl af og til – som så skulle fikses, og hvor klienterne ville lide under det (ibid., pp. 140-141).

Scull

Andrew Scull insisterer på at bibeholde termen ”galskab” ud fra argumentet om, at de ”blødere” termer som psykisk sygdom og psykiske forstyrrelser netop fratager galskaben nogle af dens væsentligste elementer af menneskeligt drama – ”here lie some of the most profound forms of human suffering – sadness, isolation, alienation, misery and the death of reason and of consciousness” (Scull, 2015, p. 11). Han skriver endvidere, at galskab er en term, som forstås i alle kulturer, og det er et kendt begreb i litteratur, kunst, teater, film og religion. Galskab implicerer stigma, og det er stadig et bedrøveligt aspekt af galskab. Vi er fortsat fascinerede af galskab med al den mening, den indebærer. Scull har udmærket sig ved indgående studier af antikkens tilgang til det fænomen, der efterfølgende er blevet til psykisk sygdom (Scull, 2006; 2015).

2.2.4. Et historisk perspektiv på diagnoser

Det kliniske blik har tendens til at aflive kvaliteten af menneskeligt drama ved alvorlige psykiske sygdomme (Johannisson, 1990; Foucault, 1963). Karin Johannisson (1990) skriver i indledningen til ”Medicinens öga”, at det medicinske – det kliniske – blik kryber ind under huden, under det synlige, og opløser den syge krop i organer, funktioner, væv og celler (ibid., p. 7). Sygdom forvandles fra noget, der opleves og føles, til et indre landskab, som kun lægen behersker. Det indebærer, at sygdom ikke defineres på den samme måde af den syge selv og af lægen, de ser ikke identiske fænomener (ibid., p. 7). Dertil skriver Johannisson, at medicinens øje – det kliniske blik – ser symptomer og deres mulighed eller umulighed for at lade sig indordne, benævnes, forklares og anvendes. Den syge selv ”er” oplevelserne og følelserne, og det er den syge, som lever med rædslerne, forestillingerne, forhåbningerne og drømmene (ibid., p. 8). Johannisson (1990) redegør for, hvordan diagnoser fødes, får en karriere og dør – i løbet af deres karriere forsynes de med navn, symptombillede, forklaringer og skiftende terapeutiske løsninger (ibid., p. 99; Johannisson, 2006, p. 35). Johannisson skriver, at individet behøver sygdom, det er en af de få accepterede former for social afvigelse, vi har (ibid., p. 33)⁴⁷. Hun beskriver sygdomsdiagnoser som meningsbærende processer, der fungerer som kommentarer til samfundet, og at sygdomsbegrebet har udvidet sig dramatisk og i dag dækker et stort spektrum af sygdomme og tilstande af ubehag (Johannisson, 2006, pp. 33-36). Hun stiller spørgsmål om, hvordan disse sygdomsbilleder skabes, og hvilke aktører der deltager i processen, og kommer frem til, at konsensus om en sygdom opnås ved sociale forhandlingsforløb mellem mange aktører: patienter og deres familier, læger, arbejdsgivere, sygeforsikringssystem, lægemiddelindustrien, massemedier og de sociale og kulturelle koder, som konstant omdefinerer, hvad der kaldes for sygt. Det gælder ikke bare økonomiske, sociale og hygiejniske forhold, men også individuelle levemåder og miljøer samt dybereliggende normer og kulturelle mønstre. Johannisson taler om kultursygdomme: De kendetegnes ved, at de defineres som sygdom i en vis tid eller i et bestemt samfundsrum, for med ændrede vurderinger og normer enten at opluges af andre sygdomme eller forsvinde, ved

⁴⁷ Her er hun enig med Parsons, der siger, at hvis det at være syg må betragtes som en afvigelse, må det samtidig understreges, at til forskel fra andre afvigelser kan den syge ikke holdes ansvarlig for sin sygdom (Parsons, 1951a, pp. 440-441), samt at sygdom som afvigelse er negativt ”opnået”, idet den er ufrivillig (ibid., p. 438).

at deres definition som sygdom ikke længere har social og kulturel relevans⁴⁸. De er som regel psykosomatiske og bæres af en bestemt samfundsgruppe (Johannisson, 1990, pp. 99-101). Forfatteren refererer til de kultursygdomme, der florerede omkring forrige århundredeskifte, som melankoli, nostalgi, neurasteni, onani, blegsot og hysteri (ibid., pp. 99-125). Luhmann (1984) skriver med henvisning til Norbert Elias, at med de voksende krav til social-refleksiv sensibilitet og deres uddifferentiering i løbet af den sociokulturelle evolution øges kravene til kropsdisciplin ligeledes (ibid., p. 562). Således er det fx ikke længere foreneligt med moderne kropskontrol at gestalte hysteriske kramper – derved trænges netop dette sygdomssprog tilbage (Johannisson, 2006, p. 39). Kultursygdommene ansås for et direkte produkt af civilisationen og blev som sådan genstand for livlige diskussioner og kritik. For at opnå officiel legitimitet som sygdom må de indlemmes i en medicinsk begrebsverden – sygdom findes først, når lægeekspertisen erklærer den for sygdom, klassificerer den og optager den i sit professionelle system. For patienten giver en diagnose aflastning for angst, ansvar og skyld og fungerer som trøst og gevinst, og for lægen bekræfter en diagnose hendes professionelle kompetence og formåen til at spore, tolke og klassificere en diagnose. Både for patient og læge repræsenterer diagnosen en årsagsforklaring, der har klang af eksakthed (ibid., pp. 30-31). Johannisson forholder sig kritisk til, at alle forestillinger om sygdom tenderer til at aktivere det biomedicinske paradigme, idet diagnoser kan skjule andre og måske bedre forklaringer end den medicinske for et givet problem. Endvidere forekommer der hyppigt spændinger mellem individets verdensbillede, livssituation, adfærd og erfaring på den ene side og lægevidenskabelige og professionelle interesser på den anden. Diagnoserne risikerer samtidig at skabe sygeroller og sygdomsidentiteter, som indskrænker råderummet for det normale. Det er netop omkring denne normalitetsforestilling, at diagnosen drejer sig. Jo mere vi medikaliserer, det vil sige, at jo mere viljen til at inkorporere hverdagslivets fænomener i det medicinske område, jo mere forskyder vi normalitetens grænser. Frances (2013) er på samme bølgelængde i sit værk *Saving Normal*. Den udgør en kontant kritik af DSM-5, netop fordi den indskrænker normalitet, overdiagnosticerer og medikaliserer hverdagslivet, ifølge Frances. Johannisson slutter med at fastslå, at navngivningen

⁴⁸ Luhmann (1997) skriver, at ”kultur” altid skal opfattes i flertal. Pointen er, at det ikke giver mening i ental, man skal kunne sammenligne flere kulturer, samt at kultur altid er en andenordensobservation. Historisk set blev kultur udskilt som begreb fra ”natur” fra midt i 1700-tallet (ibid., pp. 586-592).

synes at spille en central rolle, idet det, der har et navn, findes (ibid., pp. 30-31; p. 40). Muligvis er ”skizofreni” ved at blive en ”kultursygdom” – måske bliver skizofrenidiagnosen erstattet af en diagnose, der hedder ”forstyrret perception og tænkning” (Mors et al. (red.), 2017). Den er ifølge forfatterne blevet indført i flere asiatiske lande – en rimeligt uspecifik bestemmelse, men mere rammende, som forfatterne også selv gør opmærksom på. De finder skizofrenibegrebet inkonsistent og stigmatiserende (ibid., pp. 180-181). ”Skizofreni” har ellers haft en glørværdig karriere i de over hundrede år, den har eksisteret, nu er der så nye toner på vej. Det er et åbent spørgsmål, om den nye diagnose vil være mindre stigmatiserende.

Kapitel 3:

Teori

Dette teorikapitel falder i to dele. I første del redegør jeg for Luhmanns kommunikationsteori. I denne gennemgang inddrager jeg Luhmanns fremstilling af det medicinske funktionssystem som beskrevet i de tre artikler (1983a, 1983b; 1990c). Da Luhmann ikke specifikt beskæftiger sig med psykisk sygdom/psykosociale forstyrrelser, videreudvikler jeg i teorikapitlets anden del, med udgangspunkt i disse tre artikler, de væsentlige forskelle mellem det medicinske funktionssystem og det psykiatriske subsystem. Det medicinske funktionssystem fokuserer på kroppen og tilgår den meget operationaliseret og med højteknologiske midler med baggrund i solid viden om de somatiske sygdommes årsager. Heroverfor står det psykiatriske subsystem, der arbejder med målrettet kommunikation i form af forskellige psykoterapeutiske retninger og miljøterapi. Det sidste er lavteknologisk og meget lidt operationaliseret sammenlignet med det somatiske system. Det har sin baggrund i manglende årsagsforklaringer for psykisk sygdom/psykosociale forstyrrelser og i, at psykiatrien arbejder med kommunikation som "råstof". Jeg udvikler i dette kapitel en teoretisk ramme for at analysere psykosociale forstyrrelser i en miljøterapeutisk kontekst. I anden del inddrager jeg litteratur fra forfattere med specifikt kendskab til psykisk sygdom eller generelle sociologiske teorier af relevans for analyserne. I analysekapitlerne fastholder jeg ved analysen af de enkelte patienter en referenceramme af dobbelt kontingens i interaktionssystemerne med refleksiv perception og den refleksive forventningsstruktur som udgangspunkt (Luhmann, 1972; 1975a; 1984, pp. 148-190; pp. 411-417; 2002a, pp. 315-323).

3.1. Luhmanns systemteoretiske begreber til kommunikationsanalysen

Karakteristik af mening og sociale systemer

I sociale systemer er kommunikation det bærende element, det er meningen, der ordner systemets elementer, og som bestemmer, hvad der hører til det sociale system, og hvad der hører til dets omverden. I en af sine introducerende forelæsningsrækker bestemmer Luhmann (2002a) mening som en forskel mellem medium og form⁴⁹. Medier kan være lys, luft og lyd, de er usynlige, hvorimod den form, som mediet frembringer, er synlig og/eller hørlig. Uden lys kan man ikke se noget, og uden luft og lyd kan man ikke høre noget. Luhmann taler om ”det mediale substrat”. Mediet er konstant, men former kan skifte, de får altid udtryk i noget konkret, som er synligt eller hørbart. Her trækker Luhmann sproget som medium ind i billedet, så det bliver muligt at forklare, hvordan man kan danne sætninger som meningsfulde udsagn. Medier kan kun reproducere over formdannelse. En talt sætning er således en (menings)form, der forsvinder igen, så snart den er ytret. Mening som fænomen fremtræder i form af henvisningsoverskud til andre muligheder for oplevelse og handling. Den aktuelle horisont skifter konstant til nye muligheder, hver gang en selektion fastlægger en kommunikation. Selektionerne tillader på samme tid både at reducere kompleksitet og at opretholde den, det sidste ved at holde det ikkeselekerede åbent for videre muligheder. Luhmann knytter endvidere mening til forventninger til kommunikation. I mundtlig kommunikation optræder sætninger som meningsfulde udsagn. Når vi skifter fra intention til kommunikation i et interaktionssystem, kommer konkrete forventninger ind i billedet sammen med en henvisningshorisont, dvs. et udvalg af muligheder: Hvad forventer jeg, og hvad kommer der konkret til at ske? Hvad overrasker mig? Hvem siger hvad, og skal jeg svare ja eller nej? Alle temaer, der aktualiseres operativt, får kun mening, fordi de placeres i en horisont af muligheder (ibid., pp. 221-246). Luhmann kalder mening for en evolutionær gevinst, der løbende medfører henvisninger til mening, såvel udadtil som indadtil. Det sidste sker ved

⁴⁹ Luhmann griber til denne distinktion efter at have taget begrebet ”subjekt” og det deraf afledte ”intersubjektivitet” op og påvist problemerne ved begge begreber. Han krediterer delvist Fritz Heider for den nye distinktion.

selvreference. Det første sker ved at skelne mellem system og omverden (Luhmann, 1984, pp. 64-65; pp. 92-98; 1997, pp. 44-59).

Så snart der er kommunikation mellem mennesker, opstår sociale systemer. Man kan tale om sociale systemer, når flere personers handlinger relaterer sig meningsfuldt til hinanden og til forskel fra en omverden, der er adskilt fra det enkelte sociale system. Et af Luhmanns primære skel sætter en forskel mellem system og omverden. Den sidste er altid mere kompleks end det enkelte sociale system. Sociale systemer dannes ved kommunikationsselektioner, der relaterer sig til hinanden. De påbegynder en historie med selektioner, der uddifferentierer sig i relation til hinanden, og som kun virkeliggør få af mange potentielle muligheder. Både dannelse og opretholdelse af sociale systemer implicerer således kompleksitetsreduktion. Endvidere konstituerer sociale systemer sig ved selvselektion og grænsedragning – i forhold til omverdenen (Luhmann, 1975a, pp. 10-14). Systemteorien ser mennesket som samfundets omverden, ikke som en del af samfundet – da det består af kommunikation. Det betyder ikke, at mennesker er mindre værd, tværtimod, omverdenen er altid mere kompleks og mindre ordnet end det enkelte system (Luhmann, 1984, pp. 283-285). Mennesket som omverden består af kroppen som biologisk system og af det psykiske system – bevidstheden – og som person er mennesket en del af de sociale systemer, hvor al kommunikation foregår (ibid., pp. 15-29). System og omverden kan fx være forskellen mellem et distriktspsykiatrisk center og dets stamafdeling eller socialforvaltningen, her er det centret, der er det specifikke system, og de øvrige organisationer optræder som systemets omverden. Den sidste er altid mere kompleks end det enkelte sociale system, der er således en kompleksitetsforskel mellem et socialt system og dets omverden (Luhmann, 1971, pp. 31-39).

De sociale systemer består af interaktionssystemer, organisationer og samfund (Luhmann, 1984, pp. 15-29). Det er overvejende interaktionssystemer, jeg fokuserer på i denne afhandling, hvor sproget er den strukturelle kobling mellem det psykiske system – bevidstheden – og de sociale systemer (Luhmann, 1984, pp. 551-592; 1997, pp. 205-230; 2002a, pp. 274-285). Som systemhistorie består interaktionssystemerne af en tidsfølge af selektionsydelser (Luhmann, 1972, pp. 31-32). De emergerer konstant i de organisationer og samfund, som former deres komplekse omverden og dermed interaktionssystemerne selv (Luhmann, 1984,

pp. 242-248)⁵⁰. De sociale systemer, og hermed interaktionssystemerne, er autopoietiske, det vil sige, at de selv skaber de elementer, der fortsætter deres egen reproduktion – enten ved kommunikative operationer som i sociale systemer eller ved perceptioner, tanker og intentioner, som er de psykiske systemers operationer. Autopoietiske systemer er operationelt lukkede, men kognitivt åbne, det vil sige, at de kan indarbejde elementer fra andre systemer, men kun ved at tilpasse dem deres eget systems operationer (ibid., pp. 60-62; Luhmann, 1997, pp. 65-68). Fx kan en indstilling af en klient fra socialforvaltningen til et distriktspsykiatrisk center kun accepteres, hvis klienten – nu patienten – opfylder kriterierne for psykisk sygdom. Autopoiesen bevirker, at systemerne bliver selvrekursive, det vil sige foregående hændelser i systemet danner grundlag for de følgende operationer (Luhmann, 1990d, pp. 275-279.). I den forbindelse arbejder Luhmann med den ”blinde plet”, når observatøren iagttager i øjeblikket. Den kan senere modificeres og tematiseres. Ved al observation bliver der således samtidig produceret usynlige fænomener (Luhmann, 2002a, pp. 145-147). I artiklen ”Hvad er kommunikation?” siger Luhmann (1987c), at det psykiske system eller bevidstheden er overlegen i forhold til kommunikation og omvendt. De kan begge præstere noget, som det andet system ikke kan. Bevidstheden er overlegen i perception, til at forarbejde perceptioner og til at tænke og fokusere intentionelt. Kommunikation er overlegen til at skabe og formidle meddelelser og til at holde de – autopoietiske – sociale systemer i gang. Bevidstheden er udstyret til at processere mange fænomener simultant ved tavs perception, hvor talt kommunikation er afhængig af sekvensering.

Stichweh (2003) angiver, at de tre retninger, Luhmanns teorier bevæger sig i, alle er knyttet til meningsbegrebet og dets tre dimensioner: Sagsdimensionen er knyttet til differentieringsteorien, tidsdimensionen til evolutionen, og socialdimensionen er knyttet til teorien om kommunikation(smedierne) (ibid., pp. 253-259). Jeg tillader mig at sætte ”medier” efter kommunikation i parentes, da Luhmanns teorier om kommunikation er mere omfattende end teorien om de Symbolsk Generaliserede Kommunikations Medier (SGKM) (Luhmann, 1997, pp. 316-396). Af de tre angivne teorier er jeg mest interesseret i kommunikationsteorien, idet der ikke er etablerede SGKM i det medicinske funktionssystem, herunder i psykiatrien. De erstattes af organiserede formelle

⁵⁰ Sociologer, der arbejder i andre traditioner, som den goffmanske fx, ville måske betegne analyserne som ”mikrosociologi”, jeg vil imidlertid med Luhmann sige, at det er et spørgsmål om systemreference.

aftaler, indlæggelser, symbolbærende genstande etc. De begreber, der hovedsageligt knytter sig til kommunikationsteorien, fremstiller jeg i det følgende.

3.1.1. Kontingens, kompleksitet og de tre meningsdimensioner

Meningsbegrebet inviterer til at betragte alt som kontingent, dvs. hverken nødvendigt eller umuligt. Kontingens angiver, at der i horisonten er andre muligheder for oplevelse og handling end det aktuelt oplevede, og at det derfor kunne have faldet anderledes ud end forventet. Kontingensen medfører samtidig fare for skuffelser og angiver nødvendigheden af at inkludere sig på risici (Luhmann, 1971, pp. 31-39; 1984, pp. 92-147). Luhmann rejser ordensproblemet som et kompleksitetsproblem og siger, at det nødvendiggør selektivitet for at reducere samme kompleksitet, det giver nødvendigvis selektionstvang. Den fremkommer, når kombinationsmulighederne mellem elementer og relationerne imellem dem overstiger de muligheder, der kan realiseres. Selektionerne danner således systemer ved at reducere kompleksitet (Luhmann, 1984, pp. 45-52; pp. 249-253; 2002a, pp. 167-182). Jönhill (1997) bemærker, at til forskel fra kompleksitet er kompleksitetsreduktion en specifik systemteoretisk term (ibid., p. 95).

Alle autopoietiske systemer er operativt lukkede, men kognitivt åbne og konstituerer sig i differensen til en omverden (Luhmann, 1984, pp. 242-285). Fx er det, hvad det psykiske system angår, ikke gennemskueligt, hvad der foregår inden i kraniet på en person, medmindre personen vælger at kommunikere om det. Alternativt skal man enten have kendt en person i lang tid, have samme uddannelse eller være i samme situation for at gætte, hvad vedkommende tænker. Luhmann siger, at mening opstår på basis af en forskel, og at der er en observatør, der observerer forskellen. Observation af en forskel er forudsætning for at kunne beskrive den (Luhmann, 1984, pp. 111-122; 2002a, pp. 59-60). Luhmann skelner mellem, om det er et psykisk system (bevidstheden) eller et socialt system – begge processerer mening. Det psykiske system gør det ved at percipere, tænke og fokusere intentionelt. Sociale systemer kommunikerer. Luhmann taler om det ”mediale substrat” (Luhmann, 2002a, pp. 227-230) – og uddyber, at det består i en tredobbelt terminologi, for det første selve substratet, elementerne. Det vil for sprogets vedkommende sige ordene, hvor man altid må gå selektivt til værks – hvis der skal komme mening ud af det. Den regel gælder ikke nødvendigvis for psykotiske patienter, de kan ”vælge” meningsforstyrrende selektioner. For det andet de former, mediet/sproget antager, og for det tredje selve samspillet mellem

medium og form. Mediet bliver igen og igen reproduceret i hurtigt skiftende former. Det har kun mening, når det bruges, fx i talte sætninger, som imidlertid hurtigt forsvinder igen (ibid., pp. 228-230).

Luhmann arbejder med tre meningsdimensioner, hver med sin specifikke dobbelthorisont, hvor refleksivitet optræder i dem alle tre (Luhmann, 1971; 1984, pp. 111-122; pp. 228-236; 2002a, pp. 230-246). Den første, meningsdimensionen, sagsdimensionens primære forskel, består i forskellen mellem dette og hint – som et punktualiseret, højselektivt ordensaspekt. Hurtighed er ikke en farve. En bog er ikke et glas, den kan ikke gå i stykker på samme måde. En bog kan gulnes eller falde fra hinanden, men ikke knuses, som et glas kan det. Det karakteristiske ved sagsdimensionen er, at man beskæftiger sig med selve genstanden og klassificerer den i relation til andre genstande (Luhmann, 1971, pp. 48-50; 1984, pp. 114-116). Horisont er en rummetafor, men i stedet for at danne en selvstændig rumdimension argumenterer Luhmann for, at rum hører til sagsdimensionen (Luhmann, 2002a, pp. 238-239). Sagsdimensionens dobbelthorisont består af en indre og en ydre horisont. Reduktion af kompleksitet bestemmer, hvor meget man kan være opmærksom på ad gangen. Det, der i et bestemt øjeblik i en interaktion er indersiden af formen, kan gøres til genstand for opmærksomhed på et senere tidspunkt som ydersiden af formen, herved bliver den til den nye inderside af formen. Temaet i en interaktion hører altid til sagsdimensionen, det fremtvinger et retningsvalg, der favoriserer tilslutning – eller konnektion – og synkronisering. Temaet kan skifte og dermed favoriseringen af konnektioner (Luhmann, 1979; 1984, pp. 566-573; 2002a, pp. 221-246). Jeg foretrækker den latiniserede udgave af ”tilslutning”, nemlig konnektion, da det kan give anledning til misforståelser, når man taler om afvisning af præmissen og så opretholder udtrykket tilslutning. Den anden meningsdimension, tidsdimensionen, bygger på en dobbelthorisont af forskellen mellem fortid og fremtid. Nutiden optræder som ”hændelser”, det vil sige den punktualiserede nutid, der er irreversibel og tabt for altid, når den har passeret på den ene side. Og på den anden side den bestandighed, der gør, at man altid kan referere tilbage til den, den kan når som helst gøres til aktuel nutid i et selvrekursivt system, dvs. et system, som genbruger sine egne strukturer. Den bliver reversibel, ved at den forgangne nutid genkaldes, det er imidlertid ikke det samme, som at den leves aktuelt. Det er den dobbeltkvalitet, der giver os fornemmelsen af, at tiden flyder (Luhmann, 1971). Luhmann siger i artiklen ”Meaning and Complexity”, at sikker stabilitet ikke findes: Der er kun ustabil aktualitet, fordi hændelserne hele tiden

forsvinder med det samme. Og der er potentialitet, som er stabil, men usikker, fordi den ikke bliver realiseret her og nu. Vi har derfor ingen adgang til stabil sikkerhed (Luhmann, 1985, p. 83-86). Den tredje meningsdimension, socialdimensionen, bygger på en dobbelthorisont med Ego og Alter Ego som bærende struktur. Hvis jeg starter med mig selv og forestiller mig, at Alter også er et Ego, og at jeg som Ego er et Alter Ego for Alter, så får jeg en hypotetisk dobbelteksistens som Ego og Alter Ego i dobbelt kontingenssituationer. Der findes en pluralitet af Egoer og Alter Egoer, som alle ser på verden fra forskellige perspektiver (Luhmann, 1978b). Refleksive forventninger består af forventning af forventninger, og Luhmann siger, at forventningssikkerhed betyder mere, end om forventningerne rent faktisk bliver indfriet (Luhmann, 1971, pp. 63-64; 1984, pp. 411-417). I artiklen "Schematismen der Interaktion" arbejder Luhmann med eksterne og interne fænomener og knytter det til attributioner og dermed til oplevelse-handling-skemaet (Luhmann, 1979).

3.1.2. Kommunikation og handling – sprog og det psykiske system

Luhmann (1984) skriver i forbindelse med temaet om socialisering, at vi som udgangspunkt må skelne mellem kommunikation som konstituerende og reproducerende autopoiesis i sociale systemer og handling som et konstitueret element i sociale systemer (ibid., p. 325; 1987e) – kommunikation er med andre ord det primære fænomen, som konstituerer handling. Både kommunikation og handling har intern attribution, da den kommer fra personen selv (se under 3.1.7). Kommunikation er en emergent realitet (Luhmann, 1984, pp. 191-241; 1987c). Den består af en syntese af tre forskellige selektioner: selektion af information, selektion af ytring og selektion af forståelse. Den sidste kan også være en misforståelse, det væsentlige er, at der foreligger en form for forståelse af selektionerne (Luhmann, 1984, pp. 111-113). Både informationen og ytringen kan opfattes som handling, den første, fordi initiativet til interaktionen sætter dagsordenen og dermed det første tema for den videre kommunikation. Ytringen "handler" i og med, at den ytre ikke selv har fuld kontrol over den. Man kan formulere forskellen derhen, at informationen udtrykker "hvad", og ytringen udtrykker "hvordan". Det kræver mindst en anden person at modtage og forstå selektionen ved at skelne mellem information og ytring. Forståelsen – eller misforståelsen – danner basis for at konnektere eller ikke at konnektere. Forstået på denne måde er kommunikation ikke en "overførsel" af information, fordi

senderen beholder informationen, og modtageren bestemmer selv, om hun vil konnektere eller ej. I forståelsen begriber kommunikationen en forskel mellem informationsværdien af indholdet og af de grunde, hvoraf indholdet ytres. Det giver valget mellem at betone indholdssiden eller den ekspressive adfærd. Kommunikationen er henvist til, at både information og ytring opfattes som selektioner, og danner dermed basis for en forskel. Al kommunikation er risikabel, man risikerer afvisning (Luhmann, 1997, pp. 227-230). Information og ytring forstås ikke af sig selv, der kræves et forståelsespunkt – bifurkationen – for adressaten for, om hun vil benytte det forståede som præmis for videre kommunikation eller afvise præmissen (Luhmann, 1987c, p. 116; 1997, pp. 227-232; 2002a, pp. 303-305).

Luhmann (1984) introducerer handlingsbegrebet i det kommunikative hændelsesforløb, fordi først herved bliver kommunikationen irreversibel i retning fra den meddelende til modtageren – den kan kun vendes om, ved at modtageren på sin side forstår selektionen og meddeler noget, altså handler. Kun gennem handling bliver kommunikation fikseret til et bestemt tidspunkt. Endvidere bliver handlinger konstitueret gennem tilregningsprocesser ved semantik om motiver, hensigter, interesser etc. (ibid., pp. 225-236). Alternativt kan kommunikationsmodtageren eller -senderen senere vende tilbage til temaet. Sproget fungerer som den strukturelle kobling mellem det psykiske system – bevidstheden – og de sociale systemer (Luhmann, 1984, pp. 15-29; pp. 207-212; 1997, pp. 205-230; 2002a, pp. 274-285). Sociale systemer udtrykker sig i kommunikation, der kun forekommer som kongruens af de ovennævnte selektioner og som differens mellem information, meddelelse og forståelse. Hvis dette skel mellem selektioner ikke er klart, foreligger der blot en perception. Perception er en psykisk hændelse uden kommunikativ eksistens. Den forbliver lukket i bevidstheden og intransparent for kommunikationssystemet. Luhmann (1984) fastholder skellet, samtidig med at kommunikation i interaktionssystemer giver rig lejlighed til medfølgende perception (ibid., pp. 560-566).

Når det står klart, at brud på sjældent skuffede forventninger (Luhmann, 1980a, pp. 45-48) – med ekstern attribution – er mere eller mindre ufrivillig, betragter jeg dem som udtryk for psykosociale forstyrrelser. Jeg har valgt en polykontekstural referenceramme (Luhmann, 1997, pp. 36-38; pp. 1094-1096), hvor er er tale om et kontinuum med psykotiske udtryk som sociale uordensydelse på den ene pol til sociale ordensydelse på den anden pol. Både sociale uordensydelse og sociale ordensydelse har intern attribution, da de ses

som kommende fra personen selv (Luhmann, 1978b; 1979). Fra relativ mangel på klar bevidsthed, hvor patienten ikke skelner mellem selv- og fremmedreference, på den ene pol til sociale ordensydelse ved intakt bevidsthed, hvor en person klart skelner mellem selv- og fremmedreference, på den anden pol. Jeg introducerer Luhmanns sociale ordensydelser her, fordi de ikke er en selvfølge i psykiatriske institutioner. Jeg har efter mange overvejelser fastlagt bestemmelsen af sociale ordensydelser for psykiatriske patienter derhen, at de skal være uden væsentlige forstyrrelser på de tre meningsdimensioner – sags-, tids- og socialdimensionen – i den verbaliserede del af kommunikationen (Luhmann, 1971; 1972; 1984, pp. 560-573; 1997, pp. 812-826), og adfærden skal være upåfaldende. De betingelser kunne patienterne ikke altid overholde, man kan derfor karakterisere udtryk for psykosociale forstyrrelser som kommunikations- og adfærdsforstyrrelser. De fremstår som sociale uordensydelser, når der er forstyrrelser på en eller flere af de tre meningsdimensioner ved talt kommunikation, og når patienten udviser en påfaldende adfærd (1984, pp. 179-182). Her kan jeg indskyde, at jeg forstår ”påfaldende” som fænomener, der tiltrækker negativ opmærksomhed, og upåfaldende som fænomener, der ikke tiltrækker sig opmærksomhed, fordi de er så almindelige, at de opleves som uproblematisk. Der forekommer talrige mellemformer, som jeg beskriver i analysekapitlerne. Jeg vil forsøgsvis analysere den ikkeverbale adfærd i de tre meningsdimensioner og se den i relation til indirekte kommunikation. Under normale omstændigheder ville omgang med forståelsvanskeligheder munde ud i returspørgsmål og uddybning, men det giver ikke resultater ved psykotiske ytringer. Den type vanskeligheder kan ikke løses med kommunikation om kommunikation (Luhmann, 1987c, pp. 112-113).

Luhmann redegør i sine værker – implicit eller eksplicit – for, hvordan verden ville se ud, hvis ikke orden og opbygning var det almindelige og det tilstræbte (Luhmann, 1984, pp. 179-182). Det er, som nævnt i kapitel 1, ment som et observationsskema med et sæt binære koder i relation til polykonteksturalitetens differentieringsmuligheder (Luhmann, 1997, pp. 36-38, pp. 1094-1096). Udtryk for psykisk sygdom/psykosociale forstyrrelser i form af sociale uordensydelser kan være differentierede i forskellige samfund og lokale samfundsstrata, men det væsentlige er, at funktionelt psykisk syge ikke er i stand til at leve op til de forventninger, der er knyttet til deres sociale roller (Parsons, 1958, p. 165).

Indirekte kommunikation

Luhmann behandler temaet i to værker, et tidligt værk om formelle organisationer, før han fuldt ud havde udviklet sin kommunikationsteori, og i en artikel i *Die Kunst der Gesellschaft* fra 1995 (Luhmann, 1964a, pp. 363-370; 1995c, pp. 34-36). I det tidlige værk skriver han, at man kun kan tale om kommunikation ved en forsætlig handling, og at en indirekte kommunikation ikke indebærer en forventning om svar (ibid., 1964a, p. 363; p. 365). I artiklen fra 1995 stiller Luhmann spørgsmålet, om der er alternativer til sproglig kommunikation, og svarer bekræftende. Når vi taler om kommunikation, må den opvise samme struktur af tre selektioner, information, ytring/meddelelse og forståelse må være til stede – som verbal kommunikation. Indirekte kommunikation udvider imidlertid principielt repertoire af sproglig kommunikation ved forskellige former for inddragelse af kroppen, ved standardiserede gestusser, trækken på skulderen eller fx ved brug af hornet i trafikken til advarsel som udtryk for utilfredshed (ibid., 1995c, pp. 34-36). Luhmann specificerer ikke med eksempler, men jeg forstår indirekte kommunikation derhen, at fx ved en sekvens, hvor en person ringer på en dørklokke, danner intentionen informationen, selve ”ringen på dørklokken” udgør meddelelsen, og forståelsen viser sig, når modtageren forstår og svarer ved at åbne døren, klar til at konnektere med afsenderen af meddelelsen. Men et skuldertræk midt i en interaktion eller som afslutning på samme? Den, der trækker på skulderen, har en intention med det, informationen ville være misbilligelse, opgiven eller lignende, og meddelelsen ville være den fysiske bevægelse med skulderen. Her mangler den eksplicitte ”forståelse” og dens udtryk imidlertid, men det invaliderer ikke intentionen og meddelelsen i kropslig form (Luhmann, 1995c, pp. 34-36). Psykiatriske patienters adfærd kan forekomme meningsløs, men den forekommer som en undtagelse på en generel baggrund af mening som oplevelsesform. Det kræver som regel professionelle at afkode meningen med bizar eller anden grænseoverskridende adfærd.

3.1.3. Forventninger: Normative og kognitive. Normer og sanktioner. ”Sjældent skuffede forventninger”

Luhmann behandler systematisk den ovennævnte problematik på forventningsplan, det giver nogle fordele. Den indlysende fordel er, at det giver større præcision i analyserne, end hvis man kun fokuserede på ”normer”, som de

fleste sociologer gør, se fx Allardt & Littunen (1962) og Aubert (1979) nedenunder. En anden fordel er, at det understreger usikkerheden, da forventninger refererer til fremtiden, før den forventede hændelse finder sted. Forventningerne kan gøres mere sikre ved at indbygge skuffelsesstrategier i relation til, om forventningerne er læringsvillige eller ikkelæringsvillige. Yderligere kan man karakterisere nogle selvfølkelige forventninger som sjældent skuffede, idet de er så selvfølkelige, at vi ikke formulerer dem eksplicit til daglig, vi reagerer kun på dem, når de bliver brudt. Forventninger er kondenseringer af meningsreferencer, de bliver derfor kompleksitetsreducerende (Luhmann, 1972; 1980a, pp. 40-53; 1984, pp. 396-399; pp. 411-456). Alt socialt liv er uløseligt knyttet til forventninger, og som sådan står de refleksive forventninger i kontrast til simple forventninger, der er relaterede til genstande, der ikke er i stand til at forvente "retur". Som fx at forvente, at der kommer vand ud af en vandhane, når man åbner den. Det vil være en simpel forventning. Forventninger af Alters forventninger tillader at orientere Egos kommunikative selektioner til Alters forventninger. Når der er tale om dobbelt kontingens, skaber situationen refleksive forventninger. Forventninger opbygger på denne måde strukturerne i de psykiske og sociale systemer, ved at de stabiliserer selektiviteten af disse systemer og åbner dem for horisonter af muligheder og meningsreferencer. Forventninger er her ment som en meningsform, ikke som en proces i det psykiske system. Kondenseringer af forventninger tillader tilstrækkelig kompleksitetsreduktion til at gøre dem operationelle i systemerne og samtidig holder de generaliseringerne tilstrækkeligt åbne med henblik på at tillade meningsreferencer til lignende identiteter og situationer. De har dermed en stærkt orienterende funktion, der rummer forventningernes usikkerhed i relation til omverdenen (Luhmann, 1964a, pp. 54-73; pp. 272-283; 1984, pp. 411-456). Refleksive forventninger strukturerer kompleksitet til at inkludere muligheder for skuffelser i forskellige situationer, da dobbelt kontingens altid omfatter risiko for skuffelser af forventninger. Skuffelse har ekstern attribution (se under 3.1.7), da den opleves fra fænomener i omverdenen. Muligheden for skuffelse er indbygget i refleksive forventninger som en del af dem. Måder at håndtere skuffelser af forventninger på er en del af de refleksive forventninger, da det er vanskeligt ikke at reagere på en skuffelse. Luhmann understreger, at det at opretholde forventningsvisheden er vigtigere end opfyldelse af forventningen (Luhmann, 1993b, pp. 15-16). Der er to måder at reagere på skuffelser på, den ene er at reagere på den skuffende realitet ved at bibeholde og hævde normen igen, med

andre ord, man nægter at lære af virkeligheden. Dermed siger man, at skuffelsen skyldes Alter – i ental eller flertal – hun har uret og må korrigeres (Jönhill, 1993, p. 128). Tilsvarende forklarer man typisk brud på normative forventninger som undtagelser, fx med henvisning til bureaukrati, klasse eller ungdom. Den anden måde er at ændre forventningen til at passe til den skuffende virkelighed, her er man villig til at lære af virkeligheden, man påtager sig selv ejerskabet til skuffelsen og korrigerer efterfølgende sig selv. Den første type forventning vil jeg med systemteorien kalde en normativ forventning, den anden type en kognitiv forventning (Luhmann, 1980a, pp. 40-53; 1984, pp. 396-399; pp. 436-443). De to reaktionsmåder er funktionelt ækvivalente, i og med at begge processerer forventningsskuffelser for at håndtere situationer med risiko for skuffelser. Normative forventninger beslutter ikke at lære af situationen, kognitive forventninger er indstillet på at lære af situationen. I hverdagens flydende realiteter blander normative og kognitive forventninger sig konstant og er vanskelige at skelne, men de er analytisk forskellige (Luhmann, 1969; 1980a, pp. 40-53; 1984, pp. 436-443; 1993b). Luhmann beskriver normer som kontrafaktisk stabiliserede forventninger. De er resistente i forhold til at lære noget nyt, og de søger typisk at behandle ikkekonformitet til normer som undtagelser, som en måde at administrere skuffelser på. Normer kan få en upersonlig ”bør-kvalitet”, som imidlertid refererer til varighed og stabilisering i tidsdimensionen og ikke til socialdimensionen, da det ville implicere konsensus (Luhmann, 1969, pp. 39-43; 1984, pp. 396-399). Kognitive forventninger derimod ændrer forventningerne, så de passer til den skuffende virkelighed. Normative og kognitive forventninger kan sameksistere. Fx når patienterne i dagcentrene opretholdt normative forventninger til den ”ideelle” behandling, men ”kognificerede” deres forventninger til realiteterne i dagcentrene. På det samfundsmæssige plan bliver normative forventninger til normer. Valget mellem normative og kognitive forventninger i relation til forskellige fænomener er ikke overladt helt til personlige afgørelser, men bakkes op og styres i høj grad af den samfundsmæssige struktur. Det juridiske funktionssystem generaliserer den normative strategi med at absorbere skuffelser. Fx ville kognitiv forventning om mord, og dermed tolerance af det i vestlige samfund, ikke være en option under normale omstændigheder.

Luhmann (2002a), skriver, at han med forventninger privilegerer fremtidsaspektet, og at han finder det problematisk, men ved ikke, hvordan han skulle relativere det. Endvidere, at når man kobler forventninger med strukturer,

er der tale om en stærk teoripræference for fremtidsperspektivet (ibid., pp. 325-326). Imidlertid udgør fremtiden nu det eneste ukendte fænomen, efter sekulariseringen er slået igennem i de vestlige samfund (Luhmann, 1989a, pp. 135-137). En af de mest almindelige stereotyper om mennesker med psykisk sygdom/psykosociale forstyrrelser er, at de er ”utilregnelige” – det er en juridisk term (Straffeloven, 2015, Justitsministeriet, Almindelig del, kapitel 3, § 16), som har bevæget sig ind i hverdagssemantik, og udtrykket er en grad stærkere end ”uforudsigelig”. Min pointe her er, at det siger noget om, hvor meget forventninger betyder for os til daglig, og understreger, at tilregnelighed, forudsigelighed og især reflektive forventninger er det kompas, vi orienterer os efter til daglig.

I sin artikel om normer skriver Luhmann (1969), at sociologer, der knytter normer til negative sanktioner, mere gør det af metodologiske end af teoretiske grunde (ibid., p. 41) – dvs. at når man har konstateret en negativ sanktion, må der have været et normbrud. Det bekræftes af forskellige sociologer som fx Allardt & Littunen (1962) og Aubert (1979). Allardt & Littunen (1962) skriver, at man kun kan tale om sociale normer, når afvigelse fra den straffes med negative sanktioner af forskellig art, det kan være alt fra et hævet øjenbryn til dødsstraf. Forekomsten af straf er en betingelse for, at man kan tale om sociale normer – at det forventes at føre til ubehageligheder, når man bryder dem. Aubert (1979) ser ligeledes positive og negative sanktioner som hhv. belønning og straf (ibid., p. 98)⁵¹. Luhmann (1969) skriver i samme artikel, at direkte negative sanktioner kun er en ud af mange måder at udtrykke sin skuffelse over brud på en normativ forventning på, verbale eller ej (ibid., pp. 41-43)⁵². I et tidligt værk beskrev Luhmann (1964a)⁵³ i et kapitel med titlen ”skuffelser, fejl og sanktioner” (ibid., pp. 251-267) forskellige grader af positive og negative sanktioner. Scenerne foregår i formelle organisationer, men beskrivelserne af sanktioner i de kollegiale

⁵¹ De opdaterede versioner af sociologiske leksika fra hhv. Oxford og Cambridge knytter ligeledes en tæt forbindelse mellem sanktioner og normer, formelle og uformelle.

⁵² De andre værker, hvor Luhmann behandler sanktioner, er i skrifter om politisk magt. Det interesserer mig mindre her, hvor jeg fokuserer på dagcentre som formelle organisationer og dagcenterpatienterne som udøvende uformelle sanktioner.

⁵³ Stichweh (2003) skriver i sin artikel om Luhmann, at han i cirka ti år, fra 1949 til 1959, var ansat i Niedersachsens forvaltning, mest i Kulturministeriet. Man kan således betragte Luhmanns ”Funktioner und Folgen formaler Organisation” fra 1964a som en empirisk baseret organisationsanalyse (ibid., p. 240). I sine senere værker om organisationer trækker Luhmann ligeledes på disse erfaringer.

grupper har lighedstræk med dynamikken hos dagcenterpatienterne. I det nævnte værk beskriver Luhmann (1964) både de taktfulde og de grove former for negative sanktioner i organisationens personalegrupper (ibid., pp. 262-263) – her anvender jeg dem på patientgrupperne i de to dagcentre. Til de taktfulde former for negative sanktioner hører udtrykt forbavelse, antydede henvisninger, indirekte advarsler, påfaldende tavshed, ikkeindgåen på forslag, nedsættende bemærkninger i udkanten af temaet etc. Til de direkte og grove former for negative sanktioner hører barske indvendinger, uhøflig afbrydelse, udelukkelse fra de sædvanlige uformelle kontakter, informationer, som leder til intriger bag ryggen på vedkommende patient etc. Den sidste type sanktioner har snarere karakter af modsigelse og konflikt (ibid.).

Sjældent skuffede forventninger eller "basisforventninger"

Luhmann (1980a) identificerer et forventningslag, han kalder sjældent skuffede forventninger, de kan optræde både i kommunikation og adfærd (ibid., pp. 43-49). Jeg tematiserer det her, fordi en del tidligere og nuværende psykiatriske patienter har vakt negativ opmærksomhed ved deres påfaldende kommunikation eller adfærd. Hvordan de sjældent skuffede forventninger fremstår, indlæres i en tidlig alder ved erfaring og stabiliseres til at blive naturlige og selvfølgelige (Luhmann, 1980a, pp. 45-48; Erikson, 1950; Killingmo, 1988; Winnicott, 1965; 1971). Vi tænker ikke på dem eller forventer dem eksplicit, de inkluderer den type adfærd, som forventes i personlig interaktion, nemlig respekt for Alters rum ved kommunikation, og at et bidrag til en interaktion skal knytte an til den foregående og være i overensstemmelse med dens mening etc. Disse forventninger præsenterer sig som uden alternativer, de bliver kun eksplicitte, når der forekommer brud på dem, ellers fremtræder de som selvfølgelige – de er skjulte og usynlige i dagliglivet. Jeg vil kalde laget af sjældent skuffede forventninger fra det udifferentierede forventningslag for "basisforventninger". De har stadigvæk ekstern attribution (Luhmann, 1978b; 1979). Psykotiske udtryk lever ikke op til basisforventningerne, de falder ved siden af den refleksive forventningsstruktur. Den selvfølgelige karakter af basisforventninger gør dem uformulerede, diffuse og uforberedte på skuffelse. Som hvis en person står med ryggen til i en interaktion eller ikke overholder ens personlige afstand, som når en fremmed person uden varsel går helt tæt på en, selv om der er plads nok omkring begge personer, eller hvis det viser sig, at Alter taler uforståeligt eller begynder at tale højt med sine stemmer eller at fægte med sit "syn". Hvor forskellen mellem normative og

kognitive forventninger relaterer til de differentierede strategier til at håndtere skuffelser, har dette lag af basisforventninger ikke nogen tilsvarende strategi. Det genererer bestyrtelse og kan bringe interaktionssystemer til at stoppe, når man ikke kan genkende meningen med dem. Det specielle kendetegn ved forventningernes basislag består i, at de er udifferentierede i forhold til normative og kognitive forventninger. Opfyldelsen af forventninger til dette basislag er så selvfølgelig, at brud på dem i ekstreme tilfælde ses som ufrivillige. Andre personer kan ikke se meningen med, at en person bryder basisforventningerne (Luhmann, 1980a, pp. 43-49). Bruddene er så sjældne og exceptionelle, at de behandles som undtagelser. Bruddet synliggør forventningen om respekt for det personlige rum og om meningsfulde svar i en interaktion, men når effekten af bruddet fortager sig, forsvinder basisforventningerne ind i det udifferentierede lag igen – medmindre man oplever dem gentagne gange, som personalet i det psykiatriske subsystem gør det. Når det er tilfældet, indretter personalet deres forventninger efter disse almindeliggjorte brud, da ingen kan leve permanent uden forventninger (Luhmann, 1993b, p. 16). Det selvfølgelig – som forekommer uden alternativer – af de basale, normalt uformulerede forventninger tillader ikke beskyttelse mod skuffelser. Oven på laget af det udifferentierede, normative-kognitive forventningsniveau substitueres det selvfølgelig i det udifferentierede niveau med en bufferzone, der differentierer reaktionen på skuffelser ved at angive strategier for håndteringen af disse ikkeselvfulgelige forventninger – som jo så netop har forskellige alternativer (Luhmann, 1969, pp. 46-49; 1980a, pp. 45-48).

Det er en kendt proces i gruppedynamik, at man i interaktionssystemer forsøger at overbevise en afviger om at frafalde afvigelsen med mange flere kommunikative henvendelser end ved ytringer, der nogenlunde konformerer med de øvrige deltageres forventninger (Festinger et al., 1950, pp. 101-103; pp. 172-174; Sherif & Sherif, 1956, pp. 242-245; Sjølund, 1965, pp. 75-77). Luhmann betegner fænomenet som ”forventningsmodsatte” reaktioner, ”erwartungswidrig”, modsat ”erwartungsgemäss”, som kan oversættes med ”forventningspassende” (Luhmann, 1988a, p. 50). Han behandler det som et skuffelsesproblem ved normative forventninger, som deltagerne i et interaktionssystem reagerer på med et øget antal henvendelser til afvigeren (Luhmann, 1980a, pp. 40-53; 1984, pp. 436-443).

3.1.4. Interaktionssystemer I: Dobbelt kontingens og temaets funktion. Formelle og uformelle interaktionssystemer

Luhmann beskriver interaktionssystemer gennem hele sit forfatterskab, fra tidlige artikler i 1970'erne og i afsnit i hovedværkerne *Soziale Systeme* (1984) og *Die Gesellschaft der Gesellschaft* (1997) (Luhmann, 1972; 1975a; 1984, pp. 560-573; 1997, pp. 812-826). Især i artiklen fra 1972 om enkle sociale systemer, interaktionssystemer, beskriver Luhmann de elementære regler for ordensopbyggende kommunikation – som jeg ikke har set beskrevet med tilsvarende præcision i andre sociologiske værker. Man kan dog pege på nogle umiddelbare forløbere, som Luhmann selv citerer i studier af mening og kommunikation i samme artikel (ibid., p. 28, fodnote 11): Goffman (1961b), der i *Encounters* beskriver hhv. ufokuseret og fokuseret interaktion (ibid., p. 7). Goffman (1963b) bruger samme begreber i *Behavior in Public Places*, hvor han benytter dem som overskrifter (pp. 31-148). Det første svarer nogenlunde til Luhmanns reflektive perception, som han ligeledes blev inspireret til af *Pragmatics of Human Communication* (Watzlawick et al., 1967; Luhmann 1972, p. 27). Den fokuserede interaktion svarer til den verbale kommunikation i et interaktionssystem. Dertil McHughes (1968) beskrivelse af temaer i sit værk *Defining the Situation. The Organization of Meaning in Social Interaction* (ibid., pp. 37-38; p. 69), som Luhmann gjorde til et bestemmende træk ved interaktionssystemer. I et senere værk kaldte Luhmann samme regler for regelværket (Luhmann, 2006, p. 265). Det kan være en familiemiddag, en snak ved et busstoppested, en kassekø eller en taxitur, de opstår spontant eller planlagt alle vegne. I et lokale med mange personer kan der dannes mange interaktionssystemer, hvor der foregår kommunikation mellem deltagerne inden for de forskellige interaktionssystemer (Luhmann, 1972; 1975a; 1984, pp. 560-573; 1997, pp. 816-826). Det er interaktionssystemernes styrke, at de har to procesarter til rådighed, både reflektiv perception og talt kommunikation – den sidste er bundet til øret og skal derfor foregå i sekvenser. De er både enkle og komplekse. Det enkle ved dem består i, at de er overskuelige for de deltagende, idet tilstedeværelse er det definerende kriterium, og når alle deltagere gensidigt kan percipere hinanden (Luhmann, 1972, p. 26). Interaktionssystemerne er komplekse, fordi deres selektionsprincip er dobbeltkontingenssituationer med fysisk tilstedeværelse, hvor multiple kommunikationskombinationer er mulige. Det sidste gør selektion nødvendig i form af specifikke forventninger til det pågældende interaktionssystem. Dobbelt kontingens betyder, at

systemstrukturerne bliver ikkevilkårlige, idet selektivitet er det styrende princip for systemdannelsen. Det kommer til krydsninger mellem selektive processer af oplevelse og handling, der er specifik for det enkelte interaktionssystem. Meningshorisonten i et specifikt interaktionssystem er derfor ikke den globale sum af muligheder i almindelighed, men hvad der er meningsfuldt muligt i dette specifikke interaktionssystem (Luhmann, 1972, p. 27; 1984, pp. 148-190). Dobbelt kontingens betyder endvidere, at alle deltagere opfatter de andre tilstedeværende som meningsprocesserende personer (Luhmann, 1972; 1975a; 1984, pp. 148-190; 2002a, pp. 315-323). Herved praktiserer de gensidig eller refleksiv perception – det inkluderer perception af egen-perception (Luhmann, 1972, pp. 26-31; 1984, pp. 560-566). I interaktionssystemer perciperer deltagerne hinanden som basis for kommunikation. Her har tilstedeværende fortrinsret, dels fordi de til enhver tid kan tage initiativer til kommunikation, dels fordi de derved kan ”forstyrre” de andre. Systemgrænsen viser sig ved, at man kun taler med tilstedeværende, men ikke om dem, og omvendt kun om fraværende – og hvor hensynet til de fraværende træder tilbage ved sammenligning. Den fraværende omverden er alt, der ligger hinsides relevant perception, den optræder hovedsageligt som kilde til forstyrrelse og stimulation. Fx kan en tjener på en restaurant – fra omverdenen til det aktuelle interaktionssystem – henvende sig med en anmodning om bestillinger. Så dannes der midlertidigt et nyt interaktionssystem med tilhørende temaskifte, hvor deltagerens opmærksomhed vendes mod tjeneren. Når tjeneren har taget mod bestillingerne, kan deltagerne vende tilbage til deres forrige tema eller til et nyt tema. Tjeneren er kun en del af interaktionssystemet, mens han kortvarigt kommunikerer med deltagerne (Luhmann, 1972, p. 34-36). Sproget muliggør, at man kan inddrage omverdenen i interaktionssystemet i form af omtale af fraværende. På denne måde kan omverdenen optræde i fortættet og intensiveret form i interaktionssystemerne. Den kan tidligt udstrækkes til fortid eller fremtid, uden der af den grund bliver et punkt for punkt-overensstemmelse mellem system og omverden (Luhmann, 1975a, p. 11). Grupper og netværk er fastere koblet end interaktionssystemer, men mindre end organisationer. Intermitterende interaktionssystemer, fx vennegrupper, kan udarbejde egne regler for adfærd og for rekruttering og afgang, der kan minde om regler i organisationer (Luhmann, 1972, pp. 39-41).

Perception og refleksiv perception er diffus og ofte ikkeintentionel. Ikke alle, som er genstand for refleksiv perception, er nødvendigvis en del af et interaktionssystem. Perception tillader samtidighed og et højt tempo af

processeren af information, hvor talt kommunikation udtrykkes i sekvenserede processer, fordi den er bundet til øret (Luhmann, 1984, pp. 560-566). Al tale er nødvendigvis intentionel. Tale finder sted i tid og er sekvenseret i enheder, den ene efter den anden. Den kalder på opmærksomhed, at blive tiltalt presser til at svare. Rollekomplementariteten er mere udtalt ved talt kommunikation end i en perceptionsproces (Luhmann, 1972; 1975a; 1984, pp. 191-241). Det sociale system eller den organisation, der danner ramme om interaktionssystemet, definerer betingelserne for specifikke interaktioner og danner en struktureret social omverden for interaktionssystemet. Luhmann (1984) skriver, at reflektive perceptioner kan blive socialt relevante og kommunikeret, interaktionssystemerne får derved en strukturel elasticitet, ved at pludseligt opdagede perceptioner kan kommunikeres, fx en deltagers nysen. Selektionen af det perciperede kan dårligt bestrides, fordi den finder sted i centrum for den fælles opmærksomhed (ibid., pp. 563-565). Man kan forvente variabilitet og delvis uforudsigelighed fra meningsprocesserende Alters. Reflektive forventninger om kontingens fra Alter forhøjer risikoen for uforudsigelige selektioner. Manglende kapacitet til at foregribe Alters forventninger ville stoppe autopoiesen af et socialt system, fordi konnektionskapaciteten af en kommunikation ville blive arbitrær. Reflektive forventninger tjener til at strukturere psykiske og sociale systemer og til at sikre deres autopoiese. Kommunikation kan opfattes som meningskoordineret selektivitet (Luhmann, 1972; 1984, pp. 212-216; pp. 396-399).

Interaktionssystemerne har nogle strukturelle begrænsninger: Kun en person kan tale ad gangen, ellers ville forståelighed og koordinering lide under det – nytten af bidragene vil hurtigt tendere mod nul, hvis flere tager ordet samtidig og egensindigt taler videre. Kravet om tematisk koncentration er et meget tidsrøvende strukturprincip, alle bidrag tvinges ind i et efter hinanden-princip, det koster tid. Den lineære sekvensform er ugunstig for koordineringen af sagligt kompleks kommunikation og arbejder med korte tidshorisonter (Luhmann, 1972, pp. 32-34; 1975a, pp. 10-12). Endvidere bliver interaktionssystemer nemt opløst, deres prækære struktur i form af temaet gør det sårbart over for mange negative bidrag. Det har kun få midler til at håndtere modsigelser og konflikter og kan nemt opløses ved ubehagelig kommunikation og forsøg på hierarkisering (Luhmann, 1972, pp. 29-30; pp. 36-39; 1975a, pp. 19-20; 1984, pp. 488-550). I et afsnit om "social kontrol" beskriver Luhmann (1972) kontrollen over rekrutterings- og udtrædelsesprocesser. Det vil sige kontrol af indtræden, ved at en ny deltager skal vente lidt, før hun kan levere et meningsfuldt bidrag til temaet.

Ved længerevarende tilstedeværelse i et interaktionssystem formodes det at være en indikator for konsensus. Eller hvis en eller flere deltagere begynder at moralisere andre deltageres habitus – selv om det forekommer uden eksplicit tematisering af ”agtelse” og ”ringeagt”. Alligevel kan kommunikation på et moralsk plan benyttes til at styre kommunikationen i en bestemt retning, hvor negation bliver kvasi-umulig. Luhmann betegner proceduren som et forsøg på kontingensreduktion, der skal begrænse deltagervariationen til et niveau, der er tåleligt for interaktionssystemet (ibid., pp. 36-39; 1978a; 1979).

De forskellige typer sociale systemer – interaktionssystemer, organisationer og (verdens)samfundet – er ikke gensidigt ekskluderende. Organisationer er velegnede til håndtering af saglig kompleksitet, ligesom samfundet fungerer som et omfattende socialt system afgrænset af meningsfuld kommunikation. Samfundet er uafhængigt af interaktionssystemernes begrænsninger, men ikke af interaktionssystemer (Luhmann, 1975a, pp. 11-12; pp. 21-24; 1972; 1984, pp. 560-573; 1997, pp. 812-826).

Temaets funktion

Det er temaet, der gør kommunikationen til en proces, det fungerer som saglig, tidslig og social struktur (Luhmann, 1972, pp. 29-31; 1984, pp. 212-225; 566-573; 2006, pp. 59-61). Det faktuelle indhold koordinerer bidragene, tidsstrukturen sekvenserer dem og tillader rekursivitet i systemet ved at referere til tidligere bidrag i temahistorien, det vil sige til det specifikke systems hukommelse. Den sociale dimension tjener til at vælge et tema, som alle eller de fleste af deltagerne kan bidrage til – når og hvis interaktionssystemet er inkluderende. Med hvert temavalg ekspanderer og retrakterer interaktionssystemet, tager meningsindhold op og lader andet falde (Luhmann, 1984, pp. 199-200). Deltagerne i interaktionssystemet har en overskudskapacitet for uventet kommunikation, men den skal stort set holde sig inden for meningshorisonten. Verbal kommunikation indebærer således fokus på et tema og en lineær tidshorizont i sekvenseret form. Sproglig henvendelse tvinger til svar, der fremkommer et selektionspres, ved at deltagerne i en almindelig samtale skal levere bidragene med en vis hurtighed (Luhmann, 1972; 1984, pp. 191-241; 2002a, pp. 275-285). Selv i en minimal gruppe på to personer kan der være konkurrence om opmærksomheden, hvis en person monopoliserer taletiden. Så meget desto mere kan der være konkurrence om opmærksomheden i større grupper, hvor der kan forekomme stille magtkampe om opmærksomhed og ulige chancer afhængigt af

temaet. Der kan komme uventede bidrag – det kræver jævnligt en overgangsbemærkning a la ”jeg springer lige lidt i det” eller ”for nu at tale om noget helt andet”. Det kan medføre temaskift og eventuelt humoristiske kommentarer. Man skal levere bidrag i et passende tempo, og de skal stort set passe til temaets meningshorisont, det vil være et af ”påbuddene” i et interaktionssystem (Luhmann, 1972; 1984, pp. 560-573). Man kan med Durkheim (1912/1998) og Goffman (1967) skelne mellem påbud og forbud⁵⁴. Man kan sige, at når et tema i et interaktionssystem er påbegyndt og aktivt, træder en række påbud og forbud i kraft. Album (1996) beskriver i *Nære Fremmede* hhv. forbud og påbud i sine beskrivelser af kommunikationen mellem patienterne på et somatisk hospital (ibid., pp. 61-80). Man skal ikke foretage mange arbitrære spring i temaet i uformelle interaktionssystemer, før der kommer sanktioner i form af humoristiske bemærkninger eller kommentarer til det pludselige skift. De kan løseligt betegnes som ”forbud”. Hvis det er et formelt interaktionssystem med en fast dagsorden, vil der være en eller flere, der kalder til orden, de nedlægger ”forbud” mod afvigelser fra dagsordenen.

Temaet er imidlertid ikke fikseret i et uformelt interaktionssystem, det kan gradvist udvikle sig til noget andet end det tema, der indledte interaktionen, og meningshorisonten skifter sammen med temaet. Der er påbud om, at nye bidrag til temaet netop skal være nye og selvstændige, og forbud mod at gentage tidligere bidrag (Luhmann, 1972; 1984, pp. 212-225; 2006, pp. 59-61). I et interaktionssystem koncentrerer tale tematisk om et tema ad gangen (Luhmann, 1972; 1975a; 1984, pp. 566-573). Ved hjælp af et tema kan kommunikation relatere selektivt til den mangfoldighed af selektionsprocesser, der konstituerer den. Tematisk koncentration fungerer som definition og reduktion af den kompleksitet, der er specifik for systemet. Temaet muliggør reduktion i den forstand, at kun ét tema ad gangen er operationelt og i bevægelse, således at det producerer en sekvenseret orden af systembegivenheder. Differentieringer i relation til et tema må finde udtryk i sekvenseret orden. Den tidsdimension, som sekvenseringen indebærer, er betingelsen, der giver alle deltagere mulighed for at deltage. Kun tale kan præstere den centraliseringseffekt, der gør, at alle deltagere

⁵⁴ Begrebssættet relaterer sig oprindeligt til Durkheims skel mellem negative og positive religiøse kulturer eller ritualer, som han fremstiller dem i *Les formes élémentaires de la vie religieuse* (Durkheim, 1912/1998, især i Livre III, pp. 425-592). Det første kapitel i Livre III handler om forbuddene, og de tre følgende kapitler handler om påbuddene. Forbuddet svarer til de negative ritualer, og påbuddet svarer til de positive ritualer.

i interaktionssystemet fokuserer på det samme tema og synkroniserer kommunikationen. Temaet producerer sin egen identitet, som er distinkt fra de enkelte deltagers bidrag, de skal være underordnet temaet (Luhmann, 1972; 1975a; 1984, pp. 212-216)⁵⁵. Temaet fungerer som kontrol til tjek af, om bidragene passer til temaet, om de afsporer det, fremmer eller ændrer det. Irrelevante bidrag eller et bidragsskift i tema kan gøres til et tema. Temaet kontrollerer ligeledes rekrutteringen til interaktionssystemet, sådan at nyttilkomne må lytte lidt, før de kan byde ind med et meningsfuldt bidrag. Temaet er afhængigt af deltagernes interesser. Både temaer og bidrag til temaet kan afvises. Strukturens prekære art kan være en styrke, i og med at det er nemt at skifte tema, det er et meget elastisk reaktionsinstrument. Temaets funktion muliggør en dobbelt selektion eller kompleksitetsreduktion: for det første af temaet og for det andet af bidragene til temaet. Forstyrrelser af temaet kan tematiseres i interaktionssystemet, og fælles perceptioner kan tages op som tema. Temaet producerer systemets meningsnexus. Når et tema er påbegyndt og aktivt, skal deltagerne knytte an til det. Man kan ikke gentage et tidligere bidrag, men skal producere et nyt (Luhmann, 1972; 1975a; 1984, pp. 212-216)⁵⁶. Det aktuelle tema refererer til meningshorisonten eller selektionspoolen, dvs. det aktuelle tematiske område. Bidrag kan ikke være arbitrære, de skal knytte an til den aktuelle meningshorisont i temaet⁵⁷. Man kan endvidere notere sig, at temaet i interaktionssystemer i sin meningsstruktur implicerer mere, end der kan ekspliciteres. Ikke alt kan tematiseres i et interaktionssystem, og andet bliver

⁵⁵ Temaer kan være "usynlige", som fx en spadseretur, som er etableret ved forudgående konsensus i et interaktionssystem med "at gå en tur" som tema. Undervejs danner spadsereturen så ramme om en sekvens af på hinanden følgende temaer.

⁵⁶ Fx refererede en socialrådgiver fra Cirkelens distrikt i min distriktsundersøgelse en klient for at svare på spørgsmålet om, hvornår han var født med et, "Jeg er ikke født". Han holdt sig i det mindste til temaet, han fremviste således kun delvist et symptom på social uorden, der var en mindre forstyrrelse i både sags- og socialdimensionen, men ikke i tidsdimensionen.

⁵⁷ Et eksempel på en selektionspool, hvor temaet kan være "briller eller kontaktlinser", og hvor der var lagt op til at kommunikere om egne erfaringer, kunne bringe følgende undertemaer i spil: nærsynethed versus langsynethed, kontaktlinser er nemmere at have på, langtidsvirkninger af kontaktlinser, det skader måske øjeæblet at gå med dem i årevis, korttidsvirkninger, der kan komme støvkorn ind mellem øjeæblet og kontaktlinsen, briller, læsebriller og permanente briller, man kan tage de sidste af om natten, man behøver ikke at bekymre sig om langtidsvirkninger, de kan dobbeltslibes, så man både kan se nært og fjernt - - kun min fantasi har sat grænser for selektionspoolen eller meningshorisonten.

genstand for forsætlig ignoreren (Luhmann, 1972, pp. 37-39)⁵⁸. For at kunne handle meningsfuldt må man forudsætte en accepteret situationsbestemmelse. Institutionaliserede adfærdsforventninger, fx at der skal være mening i en interaktion, stabiliserer sig ved deres alternativløshed. Den, der går imod, har en stor vægt af formodet selvfølgelighed imod sig. De er kendetegnede ved, at alternativerne forbliver skjulte, så længe de ikke overtrædes, og at det er risikabelt at træde frem med afvigelser og eksponere sig (Luhmann, 1969, pp. 40-42).

Formelle og uformelle interaktionssystemer

Luhmann skelner mellem uformelle og formelle interaktionssystemer⁵⁹. Han skriver i et af sine hovedværker, at ”de samfundsmæssige delsystemers store konstruktioner svømmer i et hav af konstant nydannede og genopløste småsystemer” (Luhmann, 1997, p. 812). (Her citeret efter Erik Pedersens danske oversættelse af *Gesellschaft der Gesellschaft*). Luhmann beskriver hovedsageligt de formelle interaktionssystemer i sine værker om funktionssystemer (Luhmann, 1984; 1997) og i nogle organisationsteoretiske værker (Luhmann, 1964a; 2006). De formelle interaktionssystemer kan være fra to personer og opefter, fx et møde mellem en klient og en socialrådgiver, eller et møde mellem læge og patient. Det afgørende er, om der er et (officielt) formål med mødet, med eller uden skriftlig dagsorden. De småsystemer, ”der svømmer i de store delsystemers hav”, kan tage form af situations- eller interaktionssystemer i det offentlige rum, varige intermitterende interaktionssystemer i familien, spontant opståede systemer inden for en organisation, der enten knytter an til organisationens formål eller ikke gør det, og som bliver opløst lidt efter, eller venskabsgrupper med intermitterende kontakt etc. Parsons (1951a) beskriver en væsentlig forskel mellem formelle og

⁵⁸ Her er det tyske udtryk ”sich vertreffen” et godt eksempel på, hvordan man forhindrer interaktionssystemer i at komme i stand. Det betyder fx, at to kolleger, der tilfældigt mødes på et tog, gensidigt ignorerer hinanden, fordi de ikke vil risikere en muligvis indholdsløs samtale, og som derfor omhyggeligt undgår at få øjenkontakt. Man kan læse om lignende situationer i Eneroths (1987) værk *Orelationer*.

⁵⁹ Det står i delvis modsætning til den sociologi, som arbejder med primær- og sekundærgrupper, fx Allardt & Littunen (1962, pp. 33-35; Aubert, 1972, pp. 92-94), ligesom de opdaterede versioner af hhv. Oxfords og Cambridges sociologiske leksika gør det. Alle refererer tilbage til den amerikanske sociolog C. H. Cooleys hovedværker, *Social Organization*, udgivet i 1909, og *Social Process*, udgivet i 1918. Her skelnede han mellem primærgrupper og nukleare grupper, senere kaldt sekundærgrupper. Karakteristika ved primærgrupper indgår i Parsons’ (1951) mønstervariable (ibid., pp. 51-67). Han beskriver dem som affektive, partikularistiske, diffuse etc.

uformelle sanktioner. De første refererer til den formelle roledifferentiering, der finder sted i organisationer. De medfører fortolkning om, hvilke generaliserede regler der kan anvendes. Hvis de fortolkes som afvigelser, håndhæver den relevante overordnede sanktionen. Ved uformelle sanktioner, derimod, er det et spørgsmål om enkeltpersoners private moral, hvordan de vil reagere. Det sidste fænomen er den mest elementære form for social kontrol ifølge Parsons (ibid., pp. 134-135). Den problematik har Luhmann (1978a; 1987b) behandlet i sine skrifter om moral, ligesom han begrebsætter organisationer anderledes end Parsons. Der er selvsagt mange grænsetilfælde – fx en gruppe patienter på Cirkulens dagcenter, der spontant giver sig til at spille ”Olsen”: Når der er et formål, er det så en formel eller en uformel gruppe, når kortspillet er spontant opstået og ikke planlagt i forvejen?

3.1.5. Interaktionssystemer II: Synkronisering og reflektiv kommunikation. Psykoterapi og forstyrrelser

Synkronisering og reflektiv kommunikation

Luhmanns term ”synkronisering” er i lighed med kommunikation et fænomen, der opstår i interaktionssystemer med dobbelt kontingens. Luhmann adskiller den fra samtidighed – simultanitet – som blot betyder, at ting sker på samme tid. Han siger endvidere, at der er forskel på bevidsthedstid og kommunikationstid. Man kan sige at kommunikation kan ”etablere synkronisering hos ikkesynkron systemer”. Den forekommer, når en person tager initiativ til eller deltager i et interaktionssystem (Luhmann, 1990b). Her bliver sekvenseret synkronisering et kommunikativt krav. Det er kommunikationens egen præstation, og som sådan er den bundet op på det talte sprog, som ligeledes er gearret til sekvensering, fordi det er bundet til øret. Talt kommunikation er afhængig af reflektiv perception, men til forskel herfra har den talte kommunikation en sekvenseret struktur. Den afleder bevidstheden fra den fulde perception af, hvad der foregår, og tvinger kommunikationen ind i et sekvenseret flow med en smal ”båndvidde”. Talt kommunikation producerer selektioner og redundans i en stadig pulseren. Det er et lukket system, hvad der ikke kommunikeres, kan ikke bidrage eller have indflydelse. Man kan dekomponere, det vil sige undersøge selektionshorisonten for en information eller spørge til grundene for en ytring. Men en sådan reflektiv aktivitet er en dyr operation kommunikationsmæssigt set (Luhmann, 1984, pp.

198-201; 1987c, p. 114). Den kræver tålmodighed. Men det er et karakteristikum ved psykiatrien – og for psykoterapien – som specialiserede systemer, at de specialiserer sig i de-komponering. Når man taler lige ud ad landevejen om dette eller hint, er der tale om basiskommunikation. Når man vender sig spørgende mod det eller de foregående kommunikative bidrag, kaldes det reflektiv kommunikation (ibid.).

Psykoterapi og forstyrrelser

Jeg beskriver Luhmanns (1990d, pp. 648-653; 1995a, pp. 90-93; 1988b)⁶⁰ tilgang til psykoterapi her, da det er det psykiske system, der er genstand for påvirkning i form af bevidst fremkaldte irritationer i interaktionssystemer. Irritationer har ligesom deres forstærkede form, forstyrrelser, til formål at påvirke det psykiske system. Det psykiske system hører ligesom kroppen til samfundets omverden. I sit værk om "Samfundets videnskab" skriver Luhmann (1990d), at ved videnskab tænker man på erkendelse af regelmæssigheder, ved psykoterapi, derimod, tænker man på eliminering af forstyrrelser – som er de forstærkede former for irritationer. Fællesnævneren for videnskab og psykoterapi fremtræder som et spørgsmål om, hvordan det psykiske eller sociale system absorberer ny viden. (ibid., pp. 648-649). Psykoterapi kan forekomme som familieterapi, hvor familien som socialt system indgår i interaktionssystemer med en eller flere psykoterapeuter. Den medicinske syg-sund-kode angår de tilfælde, hvor patienten og hendes familie bestemmes som "syg" – sammenlignet med "den normale familie" (ibid., p. 651). I det følgende holder jeg mig til det, der angår det individuelle psykiske system – det udelukker ikke, at irritationerne kan gå begge veje, så psykoterapeuten også kan lære noget nyt. Autopoietiske systemer – som det psykiske system – er som nævnt flere gange operationelt lukkede, men kognitivt åbne systemer, der kan reagere på oplevelser og irritation fra omverdenen, i denne kontekst på kommunikation fra psykoterapeuten i et interaktionssystem. Luhmann karakteriserer psykoterapi som produktion af information gennem information i en innovativ proces, der består af anstød-på-anstød – det er en måde at inducere irritationer i patienten på, ledsaget af forslag til, hvordan patienten kan bearbejde dem (Luhmann, 1990d, p. 651; 1995a, pp. 90-93). Irritationer kan forstås som overraskelser, forstyrrelser og skuffelser i et psykisk system, hvor der ikke

⁶⁰ Jeg kunne med lige så stor ret have placeret afsnittet under "Interpenetration", da det drejer sig om påvirkning af det psykiske system fra et socialt system.

forekommer tilsvarende fænomener i systemets omverden. En psykoterapeutisk relation opstår kun, når tilvante psykosociale holdninger og adfærd møder irritationer ved tilbud om ny viden (Luhmann, 1990d, p. 649). De bliver kun irritationer i det omfang, de blokerer det autopoietiske systems forsættelse, så bevidstheden bliver ”tvunget” til at bearbejde dem – i lighed med læring ved socialisering (Luhmann, 1990d, pp. 40-41). Når psykoterapi fører til nye biografisk plausible forklaringer, kan man ikke glemme indsigten igen (ibid., pp. 651-652). Den paradokse intervention, som psykoterapi udgør, ser og producerer irritationer på områder, der før faldt under det normales præmisser, og som derfor tidligere blev erfaret som uproblematisk (Luhmann, 1995a, p. 92). Luhmann observerer endvidere, at psykoterapeuten ser personlige egenskaber hos patienten, hvor patienten som den handlende ser situationer.

Angående den psykoterapeutiske – her den psykoanalytiske – relation: Freud (1937) diskuterede i en artikel, hvordan han kunne verificere, om hans fortolkninger af patienternes symptomer var rigtig, dvs. om den var valid. Hans konklusion var, at hverken et ”ja” eller ”nej” fra patientens side i sig selv kunne bekræfte eller afkræfte hans fortolkning. Derimod var han kommet frem til, at det var et sikkert tegn på, at han havde ramt rigtigt, hvis patienten, når han præsenterede sin fortolkning, spontant producerede materiale, der bekræftede hans analyse. Sagt i systemteoretiske termer bekræfter konnektiviteten og især synkroniseringen, at fortolkningen giver mening for patienten og samtidig fortsætter interaktionssystemets autopoiese omkring temaet (Luhmann, 1986a, pp. 1-20).

3.1.6. Interpenetration og kroppens rolle

Luhmann (1977; 1984; 2002a) konciperede begrebet, hovedsageligt for at sandsynliggøre den gensidige påvirkning og udveksling mellem sociale og psykiske systemer. Han har overtaget begrebet fra Parsons, men ændrer bestemmelsen af begrebet betragteligt (Luhmann, 1977, pp. 172-175; 1984, pp. 286-345; 2002a, pp. 264-266). Interpenetration kan karakteriseres som en konstitutionsrelation og dermed som en strukturel kobling. Luhmann (2002a) udtrykker tvivl om, hvorvidt ”interpenetration” er en vellykket betegnelse, men har brug for at redegøre for, hvordan systemer reagerer på omverdenens kompleksitetsydelse (ibid., p. 265). Når et socialt system fx kan gribe tilbage til de mere komplekse psykiske systemer, har det selv et ringere strukturbehov (Luhmann, 1984, pp.

294-295). I Luhmanns (1984) bestemmelse består interpenetrationsforhold af system-/omverden-relationer og dermed et systems relationer til sin specielle omverden af interpenetrerende systemer, hvor de hver især stiller deres egen kompleksitet til rådighed for det relevante system (ibid., pp. 289-290; pp. 344-345). Luhmann (1984) skriver om kroppens rolle (ibid., pp. 331-341), at den ikke er et meningsprocesserende system som psykiske og sociale systemer. Endvidere forudsætter mennesker hinanden som ”kropsbeboere”, det er en elementær præmis for det sociale liv, hvor vi dagligt bruger kroppen i de sociale systemer. En stor del af kropsadfærden er for-specificeret af den materielle omverden, man kan fx kun sætte sig på en stol på en bestemt måde. Denne for-specifikation rækker imidlertid ikke, når der er tale om højere planer af systemdannelse (ibid., pp. 332-335). Ved kommunikation forudsættes, at kroppen som omverdens-system er stabil og garanterer de meget komplekse mulighedsbetingelser for kommunikative operationer. Ved en forelæsning eller ved interaktioner forudsætter man, at bevidstheden er vågen, at hjernen forsynes med blod, så kroppen kan kontrolleres tilstrækkeligt til at sidde ret op og ned (Luhmann, 2002a, pp. 263-267). Sociale systemer påvirker ved socialisering individerne til ved læring at domesticere egen krop. Socialisering altid er selvsocialisering, den følger ikke ved overførsel af et meningsmønster til et andet menneske. Den virker ved en grundprocedure, der bevirker en autopoietisk selvreferentiel reproduktion af eget psykiske system. Det vil sige, at socialisering kun er mulig, når det psykiske system anvender tilordning af omverdenen med differensskemaer, såsom tilknytning eller afvisning af en omsorgsperson, ved at forstå eller misforstå, ved konformitet eller afvigelse og ved succes eller fiasko. Kun med differensskemaet tilknytning/afvisning kan man – børn – lære, hvilke signaler der producerer hvilket af resultaterne (Luhmann, 1984, pp. 325-331). Luhmann (1984) skriver, at ”symbiotiske mekanismer” er det tredje område ved siden af dans og sport, der betegner kropsaspekter, der er specielt vigtige for de enkelte funktionssystemer, fx muligheden for fysisk vold i de politiske og retslige funktionssystemer, kroppen som behovsbærer for det økonomiske funktionssystem etc. (Luhmann, 1984, pp. 337-339). Det er velkendt, at alkohol, stoffer, psykofarmaka og fx angst kan påvirke kropslige funktioner, men ingen bevidsthed kan aktuelt erfare og bearbejde i enkeltheder, hvad der sker i ens egen krop (Luhmann, 1988b, p. 137). Men alligevel: Der er i de sidste årtier kommet resultater fra social neurovidenskab, biosociologi, neurosociologi, sociobiologi og andre sociologiske og biologiske subdiscipliner, der beskæftiger sig med biosocial

interaktion. Schutt, Seidman & Keshavan (eds.) 2015; Teichner (2000). Schutt et al. (eds.) (2015) konstaterer, at det er blevet umuligt at skelne klart mellem biologiske, biokemiske og sociale faktorer (ibid., p.16)⁶¹. Generne i sig selv kan ikke kontrollere kropslige processer direkte, men gør det indirekte ved at forårsage en produktion af proteiner, som transporteres rundt i kroppen og stimulerer forandringer. De tre forfattere beskriver epigenetik som et felt i hastig vækst og siger, at genernes sociale omverden påvirker, om de aktiveres til at stimulere produktionen af specifikke proteiner. Uden den rigtige udløser udtrykker et gen sig ikke gennem proteinproduktion, og dermed bliver dens potentiale for at forme adfærden måske ikke realiseret (ibid., p. 16). Keshavan skriver i sit bidrag, at hjernens neuroplasticitet medformes af dens sociale omverden, og at forskningen giver en øget forståelse for, at hjernestrukturerne fungerer som et netværk, samt at de forskellige hjerneregioner har stærkt overlappende funktioner (ibid., p. 31; pp. 34-35)⁶². De epigenetiske resultater beskrives ligeledes i Mors et al. ((2017) (red.), p 28) og i Simonsen & Møhl (red.) (2017, pp 40-41). Trods de to systemers operative lukkethed er der kausalt set tale om enorme, højkomplekse interdependenser. Systemerne forbliver imidlertid intransparente for hinanden, ingen af de to systemer kan detailstyre det andet (Luhmann, 1987c, p. 118).

3.1.7. Selv- og fremmedreference. Attributioner. Negationer

Selv- og fremmedreference udgør en grundforskel i systemteorien, baseret på observatørens position. Vi perciperer med kroppen (Merleau-Ponty, 1945), og når vi identificerer os med kroppen, opstår skellet mellem selv- og fremmedreference (Luhmann, 1984, pp. 57-70; 1988a; 1991b; 2002a, pp. 80-83). Nogle psykotiske patienter kan opløse skellet mellem selv- og

⁶¹ De tre nævnte forfattere – hhv. sociolog, psykolog og psykiater – præsenterede et indlæg til Den Amerikanske Sociologforenings (ASA) årsmøde i San Francisco i 2014, i en session "Biosociology/Biosocial Interaction" om et interdisciplinært grundlag for at forstå menneskets socialitet, herunder de biologiske og sociale faktorer i "mental illness".

⁶² Schutt, Seidman & Keshavan (2015) konstaterer i det introducerende kapitel, at evolutionen ikke har selekteret "survival of the fittest", men derimod selekteret de grupper, som var bedst til at samarbejde (ibid., p. 17). Teicher (2000) har beskrevet, hvordan man selv ved "kun" psykisk mishandling kan konstatere, at den er med til at modellere dele af hjernen på en måde, der afviger fra hjernens udvikling hos forsøgspersoner, som ikke var udsat for psykisk mishandling. Det har varige neurobiologiske konsekvenser for de udsatte, og mange af dem befolker de psykiatriske institutioner (ibid.).

fremmedreference, de kan opleve, ”at være i kontakt med dem ovenpå” (Interviewnoter, 8.4.1991). Både psykiske og sociale systemer kan anvende selvreference. Ved reference til eget psykiske system er der tale om selvreference. Når man taler om eller refererer til andre psykiske eller sociale systemer, er der tale om fremmedreference. Den operative autopoietiske lukkethed er basis for forholdet til omverdenen, de psykiske og sociale systemer er hver især omverden for andre systemer. Selvreferentielle systemer er som andre systemer operationelt lukkede, men kognitivt åbne. Skellet mellem selv- og fremmedreference foregår internt i aktøren, men det er observatøren, der konstaterer forskellen, eller man kan sige, at observatøren udgør enheden af forskellen (Luhmann, 1984, pp. 57-70; 1988a; 2002a, pp. 80-83).

Attributioner

Kommunikationssektioner kan opdeles i oplevelse og handling, svarende til ekstern og intern, set fra en observatørs ståsted (Luhmann, 1978b; 1979; 1984, 191-241; 1997, pp. 332-338). En person i et socialt system kan beskrives som oplevende, hvis vedkommende perciperer noget fra omverdenen, såsom perceptioner af andre personer i det sociale system. De perceptioner kan tilskrives som eksterne i relation til personen, fordi perceptionernes kilde er ekstern. Hvor det drejer sig om kommunikationssektioner, vil tilskrivningen være intern, fordi kilden til den ses som kommende fra personen selv. Luhmann (2002a) skriver, at handling refererer til det enkelte menneske, mens kommunikation binder mennesker sammen (ibid., pp. 247-257). Forskellen mellem oplevelse og kommunikation gør en forskel i selektionsattributionen. Attribution er en teknik til lokalisering af sektioner, ligesom den er en betingelse for observation. Attributionen af kommunikationssektioner muliggør observation af systemets reproduktion, og attribution af oplevelser muliggør observation af reproduktion af mening. Det er ikke attribution, der reproducerer systemet, det er dets egne operationer, men attributionen muliggør observation. Observationer dannes ved at anvende distinktioner. Attribution af ydelser aktiveres kun eksplicit, når der er et behov i det sociale system for at afgøre, hvem en ytring skal tilskrives. Konsensus og dissens i et attributionsspørgsmål udgør variable i kommunikationssektioner i et socialt system, men attributioner ekspliciteres ikke og gøres ikke til et tema, så længe der er operativ konsensus i kommunikationsstrømmen. Imidlertid kan attributioner i konfliktsituationer antage øget betydning. Overattribution af visse kommunikationssektioner i konflikter kan skærpe konflikten, ligesom dissens

om attribution kan blive en kilde til konflikt eller til en ekstra faktor, som bliver af betydning i en konflikt. Skift i og manipulation af attributioner udgør en processpecifik form af refleksivitet. Den kan aktiveres som et element til at styre en konflikt i en bestemt retning (ibid.).

Negationer

Identitet har brug for negationer for at bestemme det identiske (Luhmann, 1971, p. 49-52; 1997, pp. 221-230). Negationen sikrer, at alternative temaer ikke forsvinder spurlost, men kan gemmes og tages op på senere tidspunkter. Den har funktionsprimat i meningskonstituerende systemer af samme grund. For at det kan lade sig gøre, må negationen levere generalisering og refleksivitet. Generalisering, ved at den ikke behøver at differentiere negationerne, vi behøver ikke at vide, nøjagtigt hvad der negeres. Det refleksive består i, at negationer reducerer uden at tilintetgøre de ikkeaktualiserede muligheder. Negation er kun mulig i kommunikation, den har ikke noget korrelat i hverken system eller omverden. Når fx en af Binswangers (1957) patienter med stor bestemthed påstod, da man viste hende en fuglerede, at denne fuglerede ”er ikke en fuglerede” (ibid., p. 62), så er der ikke en ikkefuglerede nogen steder. Der er ingen ”negative” genstande nogen steder. I den forstand må man opfatte negation som en positiv operator (Luhmann, 1997, pp. 221-230).

3.1.8. Tillid og mistillid. Risiko og fare

Det var et krav for at blive optaget på dagcentrene, at patienterne skulle mobilisere tillid til en kontaktperson. I dette afsnit vil jeg derfor koncentrere mig om tillid til et andet menneske, som fremstillet i *Vertrauen* (1968), hvor både tillid og mistillid er ordensydelser ved at reducere social kompleksitet (Luhmann, 1984, p. 180)⁶³. Når man tager en beslutning om at vise tillid til et andet menneske, forudsætter det en situation, der involverer en risiko i dobbelt kontingenssammenhænge. Hvis man tager beslutningen, har det to fordele: Man

⁶³ Luhmann beskæftigede sig ikke ret meget med emnet efter det førstnævnte værk, det står relativt isoleret i hans produktion. A. Kieserling nævner i *Luhmann Handbuch* (Jahraus et al., 2012, p. 144) kun to andre værker, hvor han behandler emnet, i *Funktionen und Folgen formaler Organisationen* (Luhmann, 1964a, pp. 71-73) og i *Soziale Systeme* (1984, pp. 179-182). Han behandlede det senere sammen med yderligere to begreber i en kort artikel, ”Familiarity, Trust and Confidence: Problems and Alternatives” (Luhmann, 1988d).

udvider sin handlingsradius betragteligt, og det er en beslutning, der reducerer situationens sociale kompleksitet (Luhmann, 1968, pp. 8-9, p. 49; 1984, pp. 179-182). Det er en "på trods af"-strategi, man skal satse et "forskud" eller "indskud", når man viser tillid (Luhmann, 1984, pp. 179-182). At udvise tillid tillader systemdannelse, men man løber en risiko, som kan gøre tabet større end de fordele, man søger. Man kan kun undgå de risici, der er involveret ved at vise tillid, ved at give afkald på fordelene (Luhmann, 1988d, p. 97). Det vil derfor være naturligt at starte i det små, og hvis tilliden bliver honoreret, kan man gå videre med selektionsforstærkende operationer, der indebærer større risici (Luhmann, 1968, pp. 27-38). Ved voksende personligt bekendtskab kan man opbygge en "tillidskapital", der yderlige udvider handlingsradius (ibid., p. 50). Man kan kun tage beslutninger om at udvise tillid i en velkendt verden (jeg oversætter her "familiar" med velkendt) (Luhmann, 1988d, p. 95). Tillid skal endvidere være kontingent, det vil sige frivillig. Man skal kun udvise tillid, når det ikke er nødvendigt. Den kan ikke forlanges eller foreskrives normativt. Dens sociale funktion er bundet til mistillid som mulighed. Tillid foregriber fremtiden i form af forventninger. Den kan imidlertid slå om i sin modsætning og blive til mistillid, når skuffelseskvoten er nået (Luhmann, 1968, p. 118). Begge er ordensydelser, men mistillid indskrænker rækkevidden i sammenligning med tillid, der giver en virksommere form for reduktion af social kompleksitet (ibid., pp. 92-101; 1984, pp. 179-182). Beslutningens rigtighed afgøres af, om den bliver honoreret eller skuffet. Tillid er en elementær social proces, der slår bro over tidsdifferencer i ydelsesrelationer. Den fungerer som en forventning om fremtidig tilfredsstillelse, der bliver et motiv til en sekvens af egen selvfastlæggelse, før andre har bundet sig (Luhmann, 1968, p. 27; pp. 74-79). Tillid er baseret på en cirkulær forbindelse mellem intern kalkulation af eksterne betingelser, en beslutning, der skærer igennem – plus selve handlingen.

Luhmann siger i *Vertrauen*, at tillid er den psykologisk lettere vej. De grundlæggende læreprocesser for tillidsparathed sker i småbørn (Luhmann, 1968, p. 107; Erikson, 1950; Killingmo, 1988; Winnicott, 1965; 1971), det er et selvfølgeligt, dagligt fænomen at kunne vise tillid. Med det selvfølgelige følger, at det fremtræder uden alternativer, og at det sætter den daglige horisont (Luhmann, 1968, p. 1). Tillid går glat over i kontinuitetsforventninger, som ligger til grund for dagliglivet som en slags "glideskinne" (ibid., p. 29). Tilstedeværelsen af mistillid som alternativ gør valget mellem tillid og mistillid lettere. Små tegn på misbrug er nok til at udløse omslag til mistillid. Alter kan handle anderledes, end

jeg forestiller mig, men tillid virker som sikkerhedsækvivalent, idet det er vanskeligt for modparten at skuffe udvist tillid. Tillid er en form for omgang med fare for skuffelser. Når og hvis absorptionskraften pludselig slutter og en tærskel er nået, kan tillid slå om i mistillid og resultere i en kras nyorientering. Ved en tærskeloplevelse bliver nogle få nøgleoplevelser relevante (Luhmann, 1968, pp. 92-101). Mistillid kan blive rutine i en grad, så man taber bevidstheden om den. Det øger trods alt handlemulighederne, på den måde er det en funktionel ækvivalent til tillid. Imidlertid giver mistilliden et emotionelt spændt og krampagtigt naturel, den er trættende og kan absorbere alle ens kræfter – modsat tillid (ibid.). Luhmann skriver, at det kræver systemtiltro at deltage i funktionssystemerne, men at tillid er vital i personlige dobbeltkontingenssituationer. Luhmann angiver også attribution for de to fænomener, ved systemtiltro tilskrives eventuelle skuffelser eksternt, ved tillid tilskrives skuffelsen internt (Luhmann, 1988d, pp. 97-98). Både systemtiltro, tillid og mistillid har oplevelseskarakter – eksternt attribution – som udgangspunkt, men beslutningen om at vise tillid tilskrives internt, når den giver sig udtryk i handling. Når tillid er for internt betinget, bliver den patologisk, det vil sige uden hensyn til partner, situation og omstændigheder. Tillid søger objektive holdepunkter for, at ens tillid til vedkommende er retfærdiggjort eller ej. Kaos og lammende angst fremtræder som eneste alternativ, når man ikke kan vise tillid, men ikke blindt og i hvilken som helst hensigt (Luhmann, 1968, p. 1).

Risiko og fare

Jeg behandler temaet her, da jeg hovedsageligt benytter risiko-fare-begreberne i dobbelt kontingenssituationer (Luhmann, 1968; 1990e; 1991a). Luhmann (1991a) spørger i *Soziologie des Risikos*, hvordan samfundet i normal funktion finder sig til rette med en fremtid, der kun kan præsentere usikre sandsynligheder og usandsynligheder. Han mener, at problemstillingen bliver sociologisk interessant, når man her kan aflæse, hvordan ulykkessemantikken reflekterer normaliteten i forbindelse med kollektive trusler fra giftigt industriaffald, halveringstider, stråling fra kemiindustrien, læderingen af ozonlagets beskyttelsesfunktion etc. Samt at der i den forbindelse er brug for en præcisering af risikobegrebet (ibid., pp. 1-7). I artiklen ”Risiko og Fare”, spørger Luhmann (1990e), hvorfor risiko overhovedet er et problem? Fremtiden byder på en horisont af usikkerhed, men man kan ved en beslutning transformere risikoen til – relativ – sikkerhed. Men beslutningen ændrer ikke noget ved, at også

beslutninger fremstår som risikable, og det står fast, at forsøg på at kontrollere risici er bundet til fremtiden ved beslutninger. Luhmann konstruerer problemet som et attributionsproblem: ved en beslutning er der tale om selvreference, attributionen forbliver intern (ibid., pp. 128-131). Fare, derimod, fremstår som noget udefrakommende, der kan ramme en. Man kan tilskrive en fare som en årsag, der ligger uden for egen kontrol, der rammer "den ramte". En fare har fremmed-tilregning, den fremstår som en ekstern oplevelse. Det kan være et individuelt uheld med cyklen, en bilulykke eller i kollektiv skala de ovennævnte farer (ibid., pp. 140-143). I relation til psykiatriske patienter kan de tage en beslutning om at vise tillid, som kræver en slags "forudbetaling", der gør beslutningen risikabel (ibid., p. 128). Men det udvider handlingspotentialet at vise tillid og dermed rækkevidden af de sociale ordensydelse (Luhmann, 1984, pp. 180-181). De to centre krævede, at man accepterede en kontaktperson; det betød, at patienterne skulle levere den sociale ordensydelse, det var at vise tillid. De kunne derimod opleve fare for afsløring, hvis de havde besluttet at holde deres status som psykiatriske patienter hemmelig for andre end familie og nære venner.

3.1.9. Integration. Inklusion og eksklusion. Karriere som temporalisering af individet

Meget sociologisk litteratur refererer til "integration" som et positivt fænomen, der betegner en ønskværdig tilstand af fred, samarbejde og harmoni, fx social integration som "förekomsten av gemensamma strävanden och solidaritet" (Allardt & Littunen, 1967, pp. 39-40). Murdoch (1949) skriver i *Social Structure*, at funktionalisterne har understreget den interne integration i sociale systemer i en grad, hvor de ikke har taget højde for social forandring. Han refererer til Sumner i sin diskussion af begrebet, der skriver, at integration er en stræben mod ligevægt. Imidlertid skriver Luhmann (2002a), at sociologer ved integration som regel forstår noget velolieret, behageligt eller harmonisk, og at når alle er velintegrerede, er fremtidigt samarbejde og fred sikret (ibid., p. 338). Luhmann selv skriver derimod, at integration som systemteoretisk term også har negative betydninger (Luhmann, 1997, pp. 601-608; 2002a, pp. 337-338; 2005, pp. 268-271). Han skriver i flere af sine værker, at han forstår integration som den gensidige indskrænkning af systemernes frihedsgrader (Luhmann, 1994, p. 227; 1997, p. 603; 2006, pp. 99-100) og foreslår at erstatte (social)integration med en ny inddeling i inklusion og eksklusion (Luhmann, 1997, p. 619).

Luhmann beskriver problematikken omkring inklusion og eksklusion flere steder, blandt andet i artiklen af samme navn (Luhmann, 1994, pp. 226-251) og i *Gesellschaft der Gesellschaft* fra 1997 (pp. 618-634). Han betragter teorien som gældende for alle funktionssystemer og kalder den for en ”superkodering”. Inklusionens formmæssige skyggebegreb er eksklusion. Inklusionsbetingelserne varierer med differentieringen af samfundet. I moderne funktionsdifferentierede samfund er alle principielt inkluderede i samfundet, dvs. partielt inkluderede, da ingen kan være helt inkluderede i alle funktionssystemer. Vi er alle inkluderede, så længe vi lever og kan kommunikere. Reguleringen af inklusion overlades til de enkelte funktionssystemer, der er ikke længere nogen centralinstans, der kan ordne fænomenet hierarkisk og lineært – de kan imidlertid ikke regulere eksklusionen. Hvor funktionssystemerne primært er inkluderende, er organisationer primært ekskluderende, man skal være medlem for at være velkommen⁶⁴. Ikkeinklusion eller eksklusion tilregnes personen selv, det usynliggør derved eksklusion som et socialstrukturelt fænomen.

Med den gradvise overgang til funktionel differentiering fra 1700-tallet viste de semantiske korrelater sig i form af frihed og lighed – her blev det uforudsigelige ved inklusionen og dens følger tematiseret. Begge begreber tematiserede de ulige muligheder, som funktionssystemerne skaber for inklusion og eksklusion, idet de har forskellige binære koder (ibid.). Jeg indfører i det følgende Jönhills (2012) videreudvikling af Luhmanns pointer om inklusion og eksklusion, idet fremstillingen tydeliggør og nuancerer dem. Jönhill bygger blandt andet på nyere artikler af Stichweh fra 2005 og Braeckman fra 2006 om samme tema. Deltagelse i et funktionssystem udelukker ikke deltagelsen i andre. Fx er vi alle afhængige af at have en indtægt, man skal derfor have en tilknytning til det økonomiske funktionssystem. Som lønmodtager skal man være tilknyttet en organisation, der yder et livsgrundlag. Alternativt skal man være medlem af en A-kasse eller det sociale hjælpesystem, som leverer kontanthjælp og pensioner (Baecker, 1994). De

⁶⁴ Organisationer kan diskriminere eller lade være, afhængigt af situationen på arbejdsmarkedet. Fx kan en person med en kendt psykosocial forstyrrelse have vanskeligt ved at konkurrere på lige fod med personer uden psykosociale forstyrrelser – hvad enten der er formaliserede krav desangående eller ej. Hun kan blive singulært ekskluderet af organisationen på et ikkeformaliseret grundlag. Personer, der bliver (singulært) ekskluderede, er enten af en anden slags, eller de har begået normbrud (Luhmann, 1994, p. 229). Det sidste er tilfældet med psykiatriske patienter, deres karriere i psykiatriske institutioner kan være startet på grundlag af brud på basisforventninger (Luhmann, 1980a, pp. 45-48). Bestemte brud på basisforventninger kan føre til diagnoser, der kan opfattes som en form for singulær eksklusion, som Foucault (1975; 2003) beskriver det i sine værker.

sidste er organisationer, hvor man skal opfylde bestemte kriterier for at blive medlem. Tilknytningen til det økonomiske funktionssystem forhindrer ikke, at man samtidig deltager i flere andre funktionssystemer, fx som patient i sundhedssystemet hos en praktiserende læge, at konsumere medier for nyheder, at deltage i kunst- og kulturaktiviteter, at deltage i politiske arrangementer, at være kirkegænger etc., som deltager i de relevante funktionssystemer. Til gengæld er vi ekskluderet fra de fleste organisationer af den simple grund, at vi ikke er medlemmer. Vi er ligeledes ekskluderede fra de fleste grupper, netværk og interaktionssystemer, men stadigvæk inkluderede i samfundet (Jönhill, 2012, pp. 77-81).

”Frihed” som semantisk term betyder, at vi i moderne samfund har meget større valgfrihed end i tidligere samfundstyper. Det kan dog også fortolkes negativt for den enkelte, idet hun tvinges til at foretage et valg mellem mange kontingente valgmuligheder. Frihedskrav kan endvidere anvendes til at aktivere sociale bevægelser (ibid., pp. 43-44). Lighed og især ulighed refererer til de betingelser, samfundet byder sociale lag, grupper og individer, de er nødvendigvis ulige, da enkeltpersoner tilhører forskellige strukturbetingede kontekster med ulige ressourcer. Dertil kommer, at de underste lag i funktionsopdelte samfund er fastere koblet end inklusionsområder, hvor individer typisk har flere valgmuligheder, idet eksklusionen begrænser frihedsgrader og selektionsmuligheder. Eksklusion bliver ifølge Luhmann (1997) underbelyst som den anden side af formen (ibid., p. 628). Imidlertid kan betydningen af inklusion og eksklusion ikke generaliseres til et enten-eller, idet begge er flerdimensionelle, og fortolkningen afhænger altid af den konkrete sociale kontekst (Jönhill, 2012, pp. 85-87; p. 192). Man kan fx være inkluderet i et fængsel, men det er ikke en ønskværdig inklusion, da det betyder eksklusion fra mange andre vigtige kontekster (ibid., pp. 42-43). Hvis man fx er under uddannelse, bliver man inkluderet i en skole, en erhvervsuddannelse eller et universitet. Når man er færdiguddannet, bliver man ekskluderet fra de nævnte organisationer, men kan så blive inkluderet i arbejdslivets organisationer. Her kan man blive arbejdsløs ved lavkonjunktur, men kan så blive inkluderet i en ny arbejdsorganisation eller i en efteruddannelsesorganisation etc. Jönhill (2012) skelner mellem singular og kumulativ eksklusion. Den sidste kan, men behøver ikke at være kumulativ, det afhænger af eksklusionsmønstret i den specifikke sociale kontekst. Ej heller behøver eksklusion at være problematisk, hverken for individ eller samfund, det afhænger af den konkrete individuelle kontekst (ibid., pp. 85-87). Både Luhmann

(1994) og Stichweh (1998) har beskrevet rummets aftagende betydning i moderne samfund. Bysociologien har ikke desto mindre påvist cirkulære årsagsforhold mellem eksklusion og rumlig differentiering i boligområder. Når arbejdsløshed og overførselsindkomst dominerer, kan en ond cirkel af kumulativ eksklusion i form af segregering og ghettoisering opstå. Den udmønter sig i en fattigdomskultur – modsat gentrificering, hvor et boligområde gradvist højner sin sociale status (Jönhill, 2012, pp. 85-87). Der var eksempler på begge dele i de to centres distrikter. (Se de indledende afsnit til 4.3).

Karriere

Til forskel fra stratificerede samfund, hvor bønder kunne identificere sig med henvisning til en landsby eller egn, håndværkere med henvisning til et laug, og adelen ved at nævne navnet, bliver spørgsmålet i dag for mennesker i funktionsdifferentierede samfund: ”Hvem er jeg?” (Luhmann, 1997, p. 627). Problemet er, at der ikke er nogen centrale instanser, der kan varetage identifikationen af enkeltpersoner, idet moderne samfund er funktionsopdelte med mange centre, som beskrevet ovenfor. Moderne tidsforståelse bygges op over karrierebegrebet, man observerer personer på grundlag af deres biografi, dvs. der finder en temporalisering af personen sted (Luhmann, 2005, p. 327-328). Luhmann formulerer det derhen, at den nutidige modus for integration, dvs. inklusion, foregår via fremtiden. Man kan kun danne forventninger til en person på grundlag af hendes biografiske fortid eller CV, der begrundes, hvad man kan tillade sig at forvente ud fra den specifikke baggrund. Karriere kommer i stand som et samspil mellem selv-og fremmedselektion (Luhmann, 2006, p. 103). Anticipation af fremtiden kan kun gå ud fra, hvad fortiden tillader at forvente. Karrieren bliver en persons sociale identitet, der er skolekarrierer, økonomiske karrierer, fodboldkarrierer, filmkarrierer og reputationskarrierer, sygdomskarrierer etc. (ibid.). Det er de sidste, Goffman bruger til at betegne en persons ”moralske karriere” (Goffman, 1963a, p. 45) eller som kapiteloverskrift i *Asylums*, “The moral career of the mental patient” (Goffman, 1961a, p. 117).

3.1.10. Moral – modsigelse og konflikt

Som nævnt i indledningen anvendte patienterne jævnligt moralske domme over for hinanden, ligesom de blev udsat for moralske domme fra omverdenen. Moralske ytringer har en potentielt polemogen side, jeg behandler derfor både Luhmanns teori om moral, modsigelse og konflikt her (Luhmann, 1975b; 1978a; 1984, pp. 488-550; 1987b). Moral er forbundet til interaktion til at kunne danne et selvstændigt funktionssystem – moralens binære koder er agtelse og ringeagtelse. I ”Soziologie der Moral” præsenterer Luhmann en beskrivelse af tre forskellige roller, som Ego og Alter må udfylde for at komme frem til en syntese eller afvise den (Luhmann, 1978a, pp. 101-104). For det første må begge parter i en gensidig dobbeltkontingent relation optræde som Ego, der for det andet samtidig ved, at hun er Alter for den anden, og for det tredje ved, at den Alter betragter hende som Alter Ego. Syntesen kommer i stand, ved at Ego og Alter i interaktionsprocessen prøver hinanden af, ved at Ego finder indikatorer på, om Alter opfører sig nogenlunde som forventet, eller om hun optræder mere eller mindre overraskende, uventet eller utilregneligt. Det er et spørgsmål om den måde, Ego indbygger Alters selektionsforslag i sin egen identitetsformel. Måske indbygger hun dem, måske ikke. Herudfra kan Ego afgøre, om Alter er agtelsesværdig, og tage stilling til, om interaktionen kan fortsætte, om den skal reduceres eller helt afbrydes. Agtelseskommunikation retter sig mod mennesket som helhed, ikke blot mod en bestemt adfærd. Den sker i situationer, hvor Ego-Alter-syntesen ikke er givet på forhånd (ibid., p. 138). Jeg forstår Luhmann derhen, at synteseafprøvningen sker mellem fremmede, næsten fremmede eller mellem fjerne bekendte. Mellem familiemedlemmer, venner og bekendte må den jo allerede være mere eller mindre etableret. Agtelse og ringeagtelse er en reduktion af komplekse tilgrundliggende sagsforhold, begge koder er en tildeling og udtryk for en emergent symbolisering (ibid., p. 104). I generaliseret form kan den bruges over for ukendte (ibid., p. 108) og over for mennesker fra andre samfundslag, idet der forekommer en lagsspecifik differentiering af samfundets moralkoder (ibid., p. 141). Luhmann taler ironisk om ”agtelsesmarkedet” (ibid., p. 103). Som funktion og reduktionsydelse er koderingen orienteret mod selve disjunktionen (ibid., pp. 117-118). At man tænker i to retninger på en gang –agtelse og ringeagtelse – strukturerer en situation som moralsk. Moralen producerer således sine egne præmisser, den har tendens til sammenfald med det normale, hvor den straffer ”afvigelser” (ibid., pp. 108-109). Over for denne relativt fredsommelige

moralopfattelse står moralens polemogene tendens, som skaber potentiale for konfliktudvikling (Luhmann, 1975b; 1984, pp. 488-550; 2002a, pp. 335-341).

Jeg inkluderer en fremstilling af modsigelse og konflikt her, fordi de dukker op forskellige steder i feltnoterne. Fx i forbindelse med den taktfuldhed, patienterne i Cirkelns dagcenter lagde for dagen over for deres medpatienter, de udfordrede ikke en patients selv fremstilling – det kunne skabe åben modsigelse eller konflikt. Luhmann foreslår et skel mellem forventningsstruktur og immunsystem. Man kan se retssystemet som sidste led i samfundets immunsystem, idet det under normale omstændigheder garanterer kontrol af modsigelse og konflikt. Forventningsstrukturen forekommer, når alt forløber som forventet, som ”på recept”, og samfundets immunsystem sikrer autopoiesen, når den første vej, ”normalvejen”, bliver blokeret. Det sker ved modsigelse og konflikt. Enhver konflikt forudsætter en kommunikeret modsigelse. Evolutionen behøver modsigelser for at producere variationer, som under visse omstændigheder kan udvikle sig til konflikter. Immunsystemet disponerer over anvendelsen af ”nej”, dvs. af en kommunikativ hændelse i form af en afvisning eller modsigelse af den tilbudte kommunikationsselektion (Luhmann, 1984, pp. 548-550). For sociale systemer er modsigelsen en hændelse, som skaber usikkerhed i systemets forventningsstruktur, men som deltagerne alligevel må reagere på – den er uafgørlig her og nu. Kommunikationsselektion og afvisningen eller modsigelsen af den udelukker gensidigt hinanden, de kan ikke eksistere samtidigt, og opløser derfor forventningsstrukturene. Imidlertid virker modsigelser som advarsels- og alarmfunktioner, idet de gør det sociale system opmærksom på, at dets forventningsstrukturer er ude af trit med omverdenen. Det tvinger systemet til at ”udsætte” konnektionen til omverdenen, hvorved det beskytter kommunikations autopoiese. Det sociale system kan på trods af forventningsusikkerheden fortsætte med operationer, der reagerer på dets egen væren ude af trit med omverdenen, ved at lade modsigelsen styre kommunikationen og derved gå ind i den nye situation (Luhmann, 1984, pp. 488-512). En modsigelse udvikler sig til en konflikt, når modsigelsen gøres operativt selvstændig ved kommunikation. Den foreligger kun, når en forventning kommunikeres og ikke accept af den bliver kommunikeret retur. Konfliktbestemmelsen er således præcis og begrebsat som et kommunikationsforløb, hvor der på et kommunikeret et ”nej”, som svarer på en foregående kommunikation. Fx et spørgsmål: ”Låner du mig din bil?” – og hvor svaret er ”Nej”. Der skal altså foreligge to kommunikationer, der gensidigt udelukker hinanden. Herved kommer konflikten til at styre autopoiesen, der

viderefører kommunikationen som et konfliktsystem (ibid., pp. 530-531). Den bliver til en negativversion af dobbelt kontingens – ”Jeg gør ikke, som du vil, hvis du ikke gør, som jeg vil”. Kommunikationen kan således fortsætte, fordi den reagerer på modsigelsen. Der kan udvikle sig et (fjendtligt) ”modstanderskab” (”Gegnerschaft”), hvorved Ego kommer til at betragte det, som skader Alter, som noget, der er nyttigt for hende selv, og tilsvarende for Alter (ibid., pp. 532-533). Hvis konflikten fortsætter, opstår en speciel situation, ved at modsigelse og fortsættelse af konflikten forventes. Dvs. at hvis Alter pludselig leverer en positiv, modsigelsesfri kommunikation, bliver Egos forventninger ikke opfyldt, de bliver skuffede, og Ego vil formodentlig reagere med forbavselse på den ikkeforventede kommunikation. Konflikter er hverdagsfænomener, de opstår overalt, og de fleste forsvinder uden problemer og uden samfundsmæssige følger. Imidlertid kan nogle konflikter, der først opstår i interaktionssystemer, fx internt i en organisation, have ekstern konnektionsformåen, når der er større interesser på spil (Luhmann, 1975b; 1984, pp. 529-541; 1997, pp. 466-469). Fx den i kapitel 2 refererede konflikt mellem psykologer og resten af personalet, inklusive centerledelsen, på Kvadratet (Knudsen et al., 1992, pp. 101-111). Konflikten aktualiserer Luhmanns pointe om, at det er ikke et skel mellem mikro- og makroniveau, det her drejer sig om. Inddelingen overser, at kommunikation i interaktionssystemer produceres og reproduceres i samfundet, og at nogle konflikter kan få en betydning, der overskrider det aktuelle interaktionssystem, og som involverer organisatoriske og samfundsmæssige interesser. Det er et spørgsmål om systemreference, hvor man lægger snittet (Luhmann, 1984, pp. 535-536).

Moralsk kommunikation er potentielt modsigelses- og konfliktskabende ved, at den kan fikser positionerne og skabe intolerance (Luhmann, 1987b). Det kan være farligt at eksplicitere sine agtelsesbetingelser, det kan sætte ens egen selvagtelse på spil. Når man kommunikerer, at Ego ikke kan agte Alter, hvis hun ikke opfylder bestemte betingelser, skal man også selv opfylde betingelserne. Det har en stivnende effekt på en eventuel udveksling af agtelsesbetingelser. Åben moraliseren er risikabel, der er imidlertid udveje, som undgår moralske konfrontationer. Indirekte kommunikation er en af dem, at Ego ikke siger direkte og uforblømt, hvad hun mener, men blot antyder det, eventuelt blot ved en gestus som hævede øjenbryn. Takt er en anden mulighed, det vil sige, at Ego følger Alters selvagtelse, tilsyneladende ukritisk. Blot for senere at tale med en tredje person – Tertius – om Alter. Alle tre muligheder tjener til at undgå åben modsigelse og konflikt. Moralsk kommunikation angår hele personen, og agtelse

er tæt forbundet med inklusion, ligesom ringeagtelse er forbundet med eksklusion i form af reduktion eller afbrydelse af interaktionssystemet (Luhmann, 1978a, pp. 112-113)⁶⁵.

3.1.11. Magt

I Luhmanns (1975c) fremstilling er magt et kommunikationsmedium for koordinering af selektioner og for frembringelse af forventninger, der svarer til disse selektioner. Det er normalt, at selektioner koordineres. Men med magtmediet bliver en bestemt attributionskonstellation realiseret. Alter (magtudøveren) kan udløse Egos (den underordnede) handlemåde, når Ego indirekte er truet af sanktioner, hvis Ego ikke udfører instruksen. Ego foretrækker at undgå sanktionerne og udfører den instruerede handling. Magten stopper, når Ego, den underordnede, hellere vil acceptere sanktionen – afskediges, flyttes og udsættes – end følge instruksen. Men magtforholdet viser sig ved, at den underordnede er udsat for et valg – som hun så kan vælge at acceptere eller at forkaste (Luhmann, 1975e; 1997, pp. 355-358). Ved tvang taber magt sin funktion til at slå bro over dobbelt kontingens i det omfang, magt nærmer sig tvang. Tvang betyder at give afkald på fordelene ved symbolsk generalisering og også at give afkald på at styre Egos selektivitet. Alter – tvangsudøveren – må selv påtage sig hele selektions- og beslutningsbelastningen, og dermed bliver reduktionen af kompleksitet ikke fordelt, men tilfalder Alter selv (ibid., p. 9).

3.1.12. Funktionelle ækvivalenter som sammenlignende metode

Luhmann (2005) skriver om funktionel metode, at der ved funktionelle ækvivalenter er tale om et sammenlignende perspektiv ved problemløsning inden for et bestemt system. Det sigter i første række hverken mod et målrationelt eller

⁶⁵ Cosers (1956) værk om konflikters sociale funktion bearbejder blandt andet teser fra Simmels artikel om konflikter ("Der Streit") fra 1908. Coser præsenterer nogle interessante inddelinger, fx i realistiske og ikkerealistiske konflikter. Ved de første kan konflikten løses med forskellige midler, ved den sidste synes formålet med konflikten blot at være udløsning af spænding mellem parterne (ibid., pp. 48-55). Sundin (1974) kommer med forslag til, hvordan man kan gøre urealistiske konflikter realistiske (ibid., 179-181). En anden af Cosers (1956) observationer drejer sig om, at ydre fjender kan skabe internt sammenhold i en gruppe. Hvis gruppen føler sig tilstrækkeligt presset, kan den interne struktur blive for rigid, og det kan skabe syndebugke, fordi intern uenighed ikke er acceptabel (ibid., pp. 87-110).

et kausalt perspektiv. Man kan ikke udelukke, at kausalitet kan spille en rolle, eller at personer eller sociale systemer kan arbejde hen imod de mål, de sætter sig, men det sammenlignende perspektiv er det væsentligste (ibid., pp. 261-263). I to tidlige artikler og i et hovedværk (Luhmann, 1962; 1964b; 1984, pp. 83-91) beskriver han de funktionelle ækvivalenter som en metode, der arbejder med forskellen mellem løsning og problem – hvor forskellen fungerer som lede-forskel ved funktionelle ækvivalenter. Her tager man for givet, at det undersøgte fænomen allerede er en løsning på et problem, hvorefter man kan rekonstruere sig frem til problemet. Det sidste ses som både komplekst og kontingent ligesom det undersøgte fænomen – problemets løsning er det. Ved at gå tilbage til det oprindelige problem kan man sammenligne forskellige løsningsmodeller (ibid.). Jönhill (1997) skriver i forbindelse med et Luhmann-citat fra 1958, at de funktionelle ækvivalenter altid er relateret til et bestemt perspektiv, når der er en meningssammenhæng mellem dem. Endvidere hvordan det ulige og det lignende kan fungere ækvivalent ved løsningsforsøg (ibid., pp. 103-105). Knudsen (2014) gør opmærksom på, at problemerne ikke er direkte iagttagelige, de kan kun ses sammen med løsningerne (ibid., p. 21). Tilsvarende skriver Järvinen og Mik-Meyer ((red.), (2003)), ”at det er foranstaltningerne (løsningerne), der leder efter problemer, lige så meget som problemerne leder efter løsninger” (ibid., p. 234). De udtrykker samme logik, nemlig at problemerne i socialt arbejde ikke nødvendigvis er tydelige, før deres løsning bliver det.

Her kommer nogle eksempler på metoder, der anvender funktionelle ækvivalenter, selv om de ikke er intenderede fra forfatterens side. Det er undertegnede, der står for problemkonstruktionen: Kringlen (2003) beskriver, hvordan ”Det var de dårligste psykiatriske hospitaler, der fik mest glæde af de nye neuroleptika. På de gode hospitaler var virkningen mindre udtalt” (ibid., p. 147). Her var problemet så ”psykoser” og andre psykosociale forstyrrelser, og løsningen var enten et antipsykotisk stof (her Klorpromazin) eller den behandling, patienterne fik på de ”gode hospitaler”, (psyko)terapi, social træning og andre aktiverende foranstaltninger. Det kan man sammenligne med fx Goffmans (1961a) beskrivelse af den kustodielle behandling, som han beskriver den i *Asyler*, der stort set bestod i opbevaring og disciplinære foranstaltninger på de store hospitaler og på asylerne. Dvs. på ”de dårlige hospitaler” var virkningen af Klorpromazin mere synlig, fordi der ikke var hverken (psyko)terapi, social træning eller andre foranstaltninger, som aktiverede patienterne. Frances (2013) leverer et nutidigt eksempel, når han skriver, at psykoterapi kan give lige så gode resultater

for lettere og middelsvære forstyrrelser som psykofarmaka. Psykoterapi tager længere tid og er umiddelbart dyrere, til gengæld har den langvarige gavnlige virkninger, som er billigere i det lange løb end langvarig medicinering (ibid., p. 108). Og den er uden bivirkninger, kan jeg tilføje. Begge forfattere sammenligner metoder, der kan føre til bedring af patienterne som funktionelle ækvivalenter. Problemet var psykosociale forstyrrelser, og løsningerne var hhv. medicin eller aktiverende foranstaltninger. De kommer frem til, at det sidste er bedre end det første, fordi de aktiverende foranstaltninger har mere langvarige virkninger end psykofarmaka, hvor det at tage piller fremstår som en passiv handling.

3.1.13. Det medicinske funktionssystem

Det medicinske funktionssystem er et af de få store funktionssystemer i det moderne samfund, som Luhmann ikke har gjort til genstand for en monografi – formodentlig fordi kommunikation ikke er dets centrale medium⁶⁶. Den binære kode syg-sund afgrænser dets funktionsområde (Luhmann, 1983b, p. 31). De sociale systemer består af kommunikation, det, der er uden for kommunikationen, danner systemets omverden. I det medicinske system er kroppen i fokus i stedet for kommunikation, og kroppen hører til systemets omverden. Derved bliver kommunikation marginal, fordi det er kroppen og dens funktioner, som er genstand for diagnosticering, behandling og manipulation (Luhmann, 1983a; 1983b; 1990c). I psykiatri danner det psykiske system omverden for kommunikationen (Luhmann, 1984, pp. 346-375). Men i kontrast til kroppen er det psykiske system strukturelt koblet til de sociale systemer via sproget, som er meningsbærende (Luhmann, 1997, pp. 205-230; 2002a, pp. 275-285)⁶⁷. Der er indbygget en fundamental asymmetri i de binære koder, idet kun den ene side af

⁶⁶ Luhmann behandler kun det medicinske funktionssystem i tre artikler, to fra 1983 og en fra 1990, og refererer ellers blot sporadisk til det i samtidige eller senere værker (Luhmann, 1983a; 1983b; 1990c).

⁶⁷ Luhmann taler i disse tre artikler konsekvent om "System der Krankenbehandlung" ("sygebehandlingssystemet"), om "Krankheitssystem" ("sygdomssystemet") eller om "das medizinische System" ("det medicinske system") (Luhmann, 1983a; 1983b; 1990c), og ikke om "sundhedssystemet", der er den gængse betegnelse i daglig tale. Jeg bruger betegnelsen "det medicinske (funktions)system" for nemheds skyld. På dansk og tysk er der sproglig overensstemmelse mellem "Krankheit" og "sygdom", idet der kun er én betegnelse. Men angelsaksisk medicin-sociologisk litteratur skelner mellem "disease" og "illness", hvor disease er den biologiske og medicinske term, og illness refererer til sygdomsbærerens oplevelse af sygdommen (Gannik, 1999).

forskellen er operativt konnektbar, i det medicinske system er det ”sygdom”. I modsætning til de andre funktionssystemer, der opererer og skaber konnektion ved den positive værdi af den binære kode, opererer det medicinske system ved den negative pol af den binære kode, det vil sige ved ”syg”-polen. Det gør den negative værdi sygdom til systemets positive pol, designationsværdien, hvor der skabes konnektion og kompleksitet i det medicinske system (Luhmann, 1983a; 1983b; 1990c, pp. 179-181). Der er ifølge Luhmann mange sygdomme, men kun én sundhed, kun sundhedens negation, sygdom lader sig specificere. ”Sundhed” er ikke et klart afgrænset område. Sygdomsterminologien vokser og differentieres således ved, at der skabes stadigt flere sygdomsenheder og sygdomsbilleder. Det medicinske system kan ikke stille noget op med en sund person, der er ikke noget, der skaber differentiering. Sundhed er det, der mangler, når nogen er syg. Sundhed bliver derved den negative værdi for det medicinske system, den kontingente refleksionsværdi, der sætter betingelserne for sygdom i relief. Samtidig er sundhed målet for medicinsk aktivitet (Luhmann, 1990c, pp. 179-181)⁶⁸. Når læger differentierer sundhed, er det som regel knyttet til andre funktionssystemers formål, som til at vurdere egnethed til tjeneste i det militære system eller til egnethed til straf til brug for retsvæsnets⁶⁹. Et andet karakteristisk træk ved det medicinske system er ifølge Luhmann, at kommunikation ikke er det centrale medie som i de fleste andre funktionssystemer. Systemteoretisk set er der en systemgrænse mellem kommunikation og krop. Kroppen hører til systemets omverden, idet sociale systemer består af kommunikation. Det medicinske system har således opmærksomheden rettet mod et omverdens-udsnit, kroppen og dens tilstand. Hvis man inddeler funktionssystemerne i indre-orientering versus omverdens-orientering, står det medicinske funktionssystem på en ekstremværdi af omverdens-orientering. Dets kerneoperation, diagnose og behandling af sygdom opnås ikke ved kommunikation, men ved diagnosticering, iagttagelse og

⁶⁸ Denne ”omvendte” tingenes tilstand i forhold til andre funktionssystemer får Luhmann til at kalde det medicinske system for sært eller besynderligt (Luhmann, 1990c, pp. 179-180). Netop dette problem, spørgsmålet om SGK, plus flere andre fænomener har sociologer som Bauch ((Hrsg.), 2006, pp. 1-19), Fuchs (i Bauch (Hrsg.), 2006, pp. 21-38) og Pelikan (2007a; 2007b) diskuteret og kritiseret i relation til Luhmanns analyse.

⁶⁹ Som i andre funktionssystemer er andenkoderinger underordnet primærkoderingen, her syg-sund. En andenkodering i sygdomssystemet er fx helbredelig-uhelbredelig (Luhmann, 1990c, p. 186). ”Uhelbredelig” blev aktuel med betegnelsen ”kronisk” sidst i 1800-tallet for nogle psykiatriske patienter (Lantéri-Laura, 1972). ”Kronisk” som diagnose holdt sig som betegnelse for gruppen af skizofrene i over hundrede år (Kraepelin, 1903-1904; 1918).

manipulation af kroppen (Luhmann, 1983b, pp. 41-42). Et ekstremt eksempel vil være en patient ved en stor kirurgisk operation, hvor patienten er bedøvet under operationen. Udelukkelse af sproglig kommunikation med patienten er i sagens natur en forudsætning for en vellykket gennemførelse af operationen, det modsatte ville være kontraproduktivt. Heller ikke kommunikation mellem det kirurgiske teams medlemmer er det vigtigste, det er selve manipulationen af kroppen, som er systemets kerneydelse. Kommunikation som medie har således en marginal placering i det medicinske system, idet systemets hovedmedie, observation og manipulation af kroppen, retter sig mod systemets omverden (Luhmann, 1983a, p. 172). Luhmann gør ikke noget ud af at beskrive problemstillinger fra det psykiatriske område. Jeg vil derfor videreudvikle Luhmanns beskrivelse af det medicinske funktionssystem med en analyse af det psykiatriske subsystem efter systemteoretiske retningslinjer.

3.2. Videreudvikling af Luhmanns teori om det medicinske funktionssystem: Det psykiatriske subsystem

3.2.1. Det psykiatriske subsystem og dets komplicerede status

Det psykiske system – bevidstheden – er som kroppen et lukket operativt system, der hører til det medicinske funktionssystems omverden. Bevidstheden kan kun fungere som sådan ved at lukke af for kropslige processer, som selv fungerer autopoietisk i form af molekyler, celler, organer, nervesystem etc. Disse systemer er operativt lukkede, men har højselektiv kontakt med deres omverden. I normaltstand er bevidstheden indifferent over for kroppen, den har et opmærksomhedsdeficit i forhold til kroppen. Sygdomsbehandling drejer sig om forholdet mellem krop og bevidsthed. Ved sygdom og smerte bryder kroppen igennem bevidsthedens habituelle, strukturelt påtvungne indifferens og binder opmærksomheden til kroppen – smerten har her en kompleksitetsreducerende funktion (Luhmann, 1983a, pp. 173-174). Smerten gør kroppen ekstremt nutidig og trænger vores normale differentierede tidsstruktur med fortids-, nutids- og fremtidshorisont i baggrunden (Luhmann, 1983a, pp. 174-175; 1990c, pp. 179-181). Det medicinske system er struktureret til at håndtere kroppens og

sygdommens påtrængende nutidighed. Når kun smerten hersker, har lægen forrang (Luhmann, 1990c, p. 182). Det medicinske system formodes at reparere kroppen og gøre en person rask eller i det mindste selvhjulpent eller funktionsdygtig (Luhmann, 1983b, p. 32). Canguilhem (1943), fransk læge og filosof, har nogle pointer om et godt helbred i sin klassiker om det normale og det patologiske. Han anfører et citat af kirurgen Leriche fra 1936, som siger, at "sundhed er livet i organernes tavshed" (ibid., p. 52), og fortsætter med at sige for egen regning, at en persons sunde tilstand er lig med mangel på bevidsthed om kroppen. Og omvendt, at kroppens bevidsthed (om sundhed) er givet i følelsen af begrænsning af og trusler og forhindringer mod sundheden. Det vil sige, at den levede erfaring af det normale afhænger af muligheden af brud på normaltilstanden (ibid., p. 52), det svarer til Luhmanns position som beskrevet ovenfor. Canguilhem skriver efter en grundig diskussion om, hvad sundhed består af, at "l'abus possible de la santé fait partie de la santé" (ibid., p. 133). Frit oversat kan man sige, at "man har et godt helbred, når man kan tillade sig at sætte det på spil". Hvis man hele tiden fokuserer på et eller flere symptomer som et problem eller en forstyrrelse, så er kroppen som biologisk system, eller bevidstheden som psykisk system, ikke tavst.

Luhmann sammenligner flere steder det medicinske system med uddannelsessystemet, fordi begge systemer arbejder med systemets omverden, kroppen i sygdomssystemet og bevidstheden i uddannelsessystemet med henblik på at ændre disse omverdens-udsnit (Luhmann, 2002b; 1983b, pp. 28-29; pp. 40-41). Ingen af de to systemer har udviklet egne symbolsk generaliserede kommunikationsmedier (SGKM), fordi begge systemers opmærksomhed er rettet mod deres omverden. Og man kan ikke kodere fænomener, der befinder sig i samfundets omverden, som kroppen og det psykiske system gør det. Begge systemer er centrale for samfundets reproduktion og dermed for andre funktionssystemers ydelser. Uddannelsessystemet har mange ligheder med det psykiatriske system: Begge systemer fokuserer på det psykiske system og opererer med intentionel kommunikation og handling. Men hvor uddannelse har fokus på vidensstilvækst og dannelse (Luhmann, 2002b), fokuserer det psykiatriske system på ændring af bevidsthed og adfærd. I mangel af symbolsk generaliserede kommunikationsmedier er disse systemer for en stor del afhængige af personlig interaktion blandt tilstedeværende, det vil sige, der er gennemgående en fastere kobling i kommunikationen mellem deltagerne i det medicinske funktionssystem, i det psykiatriske subsystem og i uddannelsessystemet end i de funktionssystemer,

hvor man kan forlade sig på symbolsk generaliserede kommunikationsmedier som ret, penge eller magt (Luhmann, 1983b, p. 41). Endvidere forudsætter de to af systemerne samarbejdsvilje hos deres klientel. For det medicinske systems vedkommende må patienten samarbejde om behandlingen, hvis systemet skal levere sine kerneydelser (Luhmann, 1983b, p. 41). Dertil kompenserer de to systemer for deres deficit af SGKM ved at anvende interaktionsegne, symbolbærende genstande. I det medicinske system bruger man recepter og medikamenter som interaktionsmedier sammen med tidsfaste konsultationer, undersøgelser, hospitalsophold og lignende (Luhmann, 1983b, p. 41). De symbolbærende genstande fungerer samtidig som nødvendige rekvisitter i et velstruktureret interaktionsskema mellem tilstedeværende. Der dannes konstant interaktionssystemer inden for de to funktionssystemer, som faciliterer deres funktioner og levering af ydelser.

Det psykiatriske subsystem har en kompliceret status af mange grunde. (Her kan jeg henvise til den indledende redegørelse i kapitel 1.2 om ligheder og forskelle mellem somatisk og psykisk sygdom). Psykiatrien legitimerede sig endeligt som en medicinsk disciplin omkring år 1900 ved Kraepelins (1903-1904) indsats, som beskrevet i første del af kapitel 2. Det fungerer stadig hovedsageligt som en medicinsk subdisciplin og som et medicinsk subsystem, idet nøgleprofessionen, psykiaterne, er uddannede som læger, dvs. som kandidater i medicin, før de specialiserer sig som psykiatere i lighed med specialister i intern medicin, kirurgi og almen praksis. Jenkins (1954) skriver i sin artikel, "at forstå psykiatere" i de amerikanske psykologers foreningstidsskrift, at alle læger i løbet af deres uddannelse udvikler en følelse af medicinsk ansvarlighed. De har, ifølge Jenkins, som medicinstuderende alle deltaget i akutsituationer i et kirurgisk team, hvor den ledende kirurg uomtvisteligt havde ansvaret for at tage kritiske beslutninger og gennemføre operationen med præcisionsydelser. Og alle i teamet samarbejdede for at facilitere hans opgave, hvor udkommet kunne være et spørgsmål om liv eller død. Sådanne situationer har haft en afgørende indflydelse på deres faglige udvikling som læger, og de fører den klare professionelle tildeling af medicinsk ansvarlighed med sig ind i psykiatrien. Her kan det dreje sig om at forhindre en patients selvmord eller tendens til mord. Når en læge/psykiater stilles over for en syg person, der henvender sig til hende, kan hun ikke lade hende i stikken. Lægen/psykiateren påtager sig beslutninger om diagnose og behandling af patienten – det medfører såvel et retsligt som et moralsk ansvar. Problemet i en psykiatrisk kontekst er, at ikke alle "psykisk syge" reelt er "syge". Nogle patienter

har adfærdsproblemer, hvor psykologerne snarere vil beskrive patienten som en person, der har brug for psykoterapi, læring og social træning fra de kliniske psykologer og andre teammedlemmer (ibid., pp. 617-619). Jenkins slutter artiklen med at konstatere, at der er en stor marginalzone, hvor psykiaterne ikke nødvendigvis har kompetence til at påtage sig ansvar. De kan imidlertid bidrage til adækvate beslutninger om patienternes videre forløb (ibid., p. 620)⁷⁰.

Diagnoser og de internationale psykiatriske klassifikationssystemer

Hvas (i Brinkmann & Petersen (red.), 2015, pp. 319-340), speciallæge i almen medicin, beskriver en diagnoses funktion. Den er et vigtigt arbejdsredskab for lægen, der hjælper hende med at finde frem til en behandling og evt. en prognose. Diagnoser er ikke en eksakt videnskab, de er som regel tentative og er uproblematisk ved objektive kendetegn eller fund (biomarkører). Ved mangel på samme bliver de til ”elastik i metermål”, og der bliver plads til et betydeligt element af skøn, når lægen skal afgøre det mest sandsynlige ud fra de foreliggende oplysninger. Især ved psykiatriske diagnoser bliver skøn et væsentligt element, idet der ikke findes klare objektive fund eller biomarkører (ibid., pp. 324-330). Set i samfundsmæssigt perspektiv er diagnoser blevet et økonomisk styringsredskab og fungerer som omdrejningspunkt i sundhedsvæsenet, både i somatikken og i psykiatrien. Standardiserede procedurer som spørgeskemaer, tjeklister og pakkeforløb reducerer tillid mellem læge og patient og reducerer lægens faglige skøn. Endvidere er der kommet en tendens til risikotænkning, den trækker i retning af øget sygeliggørelse i en biomedicinsk forståelsesramme. Den lægger samtidig et stort pres på den enkelte for at observere sig selv, henvende sig til lægen i tide og dermed spare sig selv for sygdomme, lidelse og ubehag. Hvas beskriver endvidere en tendens til ”defensiv medicin”, som forekommer, når læger for en sikkerheds skyld ”undersøger, diagnosticerer og behandler alt, for at undgå at lave fejl og slippe for klagesager” (ibid., p. 339).

I 1992 udkom WHO's udgave af ICD-10, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Den nye udgave, i daglig tale kaldet ICD-11, hedder *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Den blev publiceret i 2018, godkendt af medlemsstaterne i 2019, og det er planen, at medlemsstaterne skal begynde at benytte den til indrapportering fra januar 2022. Den er, som det

⁷⁰ I dansk distriktspsykiatri var det centerledelsen, som havde det institutionelle retslige ansvar for behandlingen, uanset hvad psykologerne måtte mene.

fremgår, en klassifikation af alle kendte sygdomme⁷¹. Den er til fri afbenyttelse for alle interesserede. Kapitel 5 i ICD-11 indeholder en beskrivelse af ”Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders” og er i lighed med DSM-5 baseret på en klassifikation af typiske symptomkonstellationer. Middelboe (i Brinkmann & Petersen (red.), 2015, pp. 107-128) beskriver det hierarkiske system, som ICD-10 blev bygget op over. Diagnoser med organiske årsager har de laveste numre, herefter følger de psykotiske sygdomme, som har lidt højere numre. Derefter kommer de lettere sygdomme, hvor hierarkiet indebærer, at sygdomme først i hierarkiet kan have symptomer, som sygdommene sidst i hierarkiet ikke har, men ikke omvendt. Hvis psykotiske symptomer viser sig hos en person, som oprindeligt var klassificeret med en lettere sygdom, bliver den omklassificeret til en sygdom tidligere i hierarkiet (ibid., p. 110). Det ser ud til, at ICD-11, kapitel 5, er opbygget efter samme princip (https://istss.org/ISTSS_Main/media/webinar_recording/RECFREE03/slides.pdf)⁷².

Den amerikanske psykiaterforening (APA) udgav i 2013 en ny udgave af *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, i daglig tale kaldet DSM-5⁷³. APA har ophavsretten til DSM-5 ligesom til de tidligere udgaver af DSM. Rose (i Brinkmann & Petersen (red.), 2015, pp 17-35) gør i sin artikel ”Hvad er diagnoser til for?” opmærksom på, hvordan DSM-udgaverne har ekspanderet siden 1952, hvor DSM-I udkom med 106 diagnoser. I 1968 udkom DSM-II med 182 diagnoser, DSM-III udkom i 1980 med 265 diagnoser (ibid., pp. 17-35). Kringlen (2003) skriver, at denne udgave betegnede en skelsættende vending fra DSM-I og DSM-II, som havde været stærkt psykoanalytisk influeret. Denne og de følgende versioner af DSM blev baseret på symptombeskrivelser, hvor DSM-III var det konkrete resultat af en magtkamp i APA og udtryk for en neo-kræpelinsk tilgang. Det faglige argument var, at den nye manual leverede en mere reliabel diagnostik, der gjorde forskning mulig. Endvidere forekom et pres fra

⁷¹ WHO bestemmer sundhed som ”en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velvære, og ikke blot fravær af sygdom, smerter eller andre skavanker”. Definitionen er ikke blevet ændret siden 1948 (Preamble to the Constitution, WHO, 1948). Som WHO fremstiller det, inkluderer sundhed tilfredshed med arbejds- og familiesituation, regering m.m. Når definitionen omfatter alt, bliver den kriterieløs og dermed meningsløs. I betragtning af WHO’s kriterieløse bestemmelse af ”sundhed”, fremstår det som noget af et paradoks, at WHO ikke har haft problemer med at opstille kriterier i sine talrige sygdomsklassifikationer.

⁷² Jeg har ikke i skrivende stund kunnet få en fysisk udgave af ICD-11.

⁷³ Denne gang med arabiske tal i stedet for de tidligere romertal.

medicinalindustrien, fra US Food and Drug Administration og fra forsikringsselskaberne. DSM-III blev betragtet som et psykiatrisk værktøj, som ingen psykologer eller socialrådgivere uden videre kunne benytte. Den biologiske og diagnostiske psykiatri, psykiaterne som profession og medicinalindustrien tjente betragteligt på DSM-III (ibid., pp. 248-253). DSM-IV fra 1994 oplyste 410 diagnoser. I 2013 kom den meget omdiskuterede og kontroversielle DSM-5. Den indeholder 157 overordnede kategorier, hver især med et antal underkategorier.

Man kan se den indledende bemærkning i DSM-5 om, at "a complete description of the underlying pathological processes is not possible for most mental disorders, it is important to emphasize that the current diagnostic criteria are the best available description of how mental disorders are expressed and can be recognized by trained clinicians" (DSM-5, p. XLI) – som en neo-kraepelinsk position (Kraepelin, 1903 & 1904). Den giver direkte udtryk for, at alle psykiske sygdomme skyldes underliggende somatiske processer, som endnu ikke er opdaget – det såkaldte somatose-postulat (Janzarik, 1978, p. 135). I følge DSM-5 (er) "a mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning" (DSM-5, p. 20). Lidt længere nede i den fremhævede definitionsblok kan man læse: "Socially deviant behavior (e.g., political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual as described above" (DSM-5, p. 20). De første afsnit i "Section II" (DSM-5, pp. 31-727) beskriver velkendte "mental disorders" som skizofreni, bipolar forstyrrelse, depression, OCD etc.⁷⁴. Det ser ud

⁷⁴ Senere i samme sektion kommer et afsnit, der hedder "Other conditions that may be focus of clinical attention" (DSM-5, pp. 715-727), hvor funktionstabt må formodes at komme ind i billedet, idet de beskrevne tilstande ikke umiddelbart har karakter af diagnoser. Her kommer nogle eksempler, lidt tilfældigt udvalgt efter et kriterium for mangel på tydelig diagnose-karakter: relationsproblemer med søskende; relationsstress med ægtefælle eller partner; ukompliceret tab af nærtstående; mangelfulde boligforhold; uenigheder med nabo, lejer eller husvært; lav indkomst; utilstrækkelig socialforsikring eller velfærdsunderstøttelse; udsathed for (natur)katastrofer, krig eller andre fjendtligheder; uspecificeret problem relateret til uspecificerede psykosociale omstændigheder (DSM-5, pp. 716-725). Hvilke kriterier psykiaterne så vil benytte til en præcis definition af funktionstab, er et stort spørgsmål i betragtning af de udpræget sociale og specifikt nationale træk i de "diagnoser", som DSM-5 her angiver. Nogle af "diagnoserne" er helt kontekstløse, som "krig eller andre fjendtligheder".

til, at DSM-5 er opbygget efter samme hierarkiske princip som ICD-10: Sygdomme med påviselige somatiske årsager kommer først, derefter psykotiske tilstande, så de lettere forstyrrelser (DSM-5) – jeg skal imidlertid afholde mig fra en nærmere analyse, det ligger uden for denne afhandlings rammer.

Allen Frances' (2013) bog med titlen, *Saving normal. 1. an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life* – udtrykker en velformuleret protest mod DSM-5. Titel og undertitel opsummerer de væsentligste pointer i bogen⁷⁵. Frances' protest får ekstra vægt på baggrund af den fremtrædende position, han har haft i amerikansk psykiatri. De gennemgående temaer i bogen er overdiagnosticering, og at både "normal(itet)" og psykiatri har brug for at blive reddet; at medicinalindustrien – som i USA kan reklamere direkte til enkeltpersoner – får for stor og uhensigtsmæssig magt og bedriver "disease mongering" – sygdomsspekulation; at risici – som kan vise sig at være ubegrundede – får status af "mental disorder"; at menneskelige forskelle og hverdagsfænomener medikaliseres, så normale mennesker bliver gjort til psykiatriske patienter og dermed unødvendigt stigmatiseret. Imidlertid kritiserer amerikanske sociologer som Schnittker (2017) og Whooley (2019) Frances for at være ude i et konservativt ærinde. De mener, hans kritik af DSM-5 går på, at den overdiagnosticerer og går for langt ind i normalområdet, og at DSM-systemet burde begrænse sig til veldokumenterede, afgrænsede diagnoser (Schnittker, 2017, pp. 83-84; p. 272; Whooley, 2019, pp. 186-187). Jeg mener imidlertid, at Frances med sin kritiske holdning til Big Pharma og den positive holdning til psykoterapi, han giver udtryk for som aktiverende for patienterne, går langt videre. Fx Frances' (2013) beskrivelse i et afsnit om "Too Much Polypharmacy", om hvordan lægeudskrevne stoffer i stigende grad giver anledning til akutte skadestuebesøg, hvor polyfarmaci er ansvarlig for lejlighedsvis iatrogene – lægeinducerede – dødsfald (ibid., pp. 106-107)⁷⁶. (Fænomenet har en parallel i Danmark i form af den obduktionsundersøgelse, jeg beskriver sidst i kapitel 7). Endvidere forholder Frances sig kritisk til den forskning, som Big Pharma bedriver. Han beskriver den som værende af ringe kvalitet og præsenteret på en stærkt "biased" måde, idet den er styret af markedsinteresser, hvor man overdriver de gavnlige virkninger og

⁷⁵ Jeg nævnte i kapitel 1.2 nogle af Frances pointer om psykoterapi og Big Pharma.

⁷⁶ Frances (2013) dokumenterer fænomenet med reference til litteratur i to fodnoter (nr. 59 og 60) i kapitel 3 (ibid., pp. 77-113).

underspiller de skadelige. Desuden bliver de oprindelige data strengt hemmeligholdt i de enkelte medicinalfirmaer. Frances beskriver, hvordan medicinalfirmaerne betaler sig frem til en positiv indstilling hos psykiatere – inkl. Frances selv i en periode – ved at finansiere symposier, uddannelsesprogrammer, videreuddannelser og regulær løn til udvalgte APA-medlemmer. Dertil betaler Big Pharma politikere, journalister, forskere, videnskabelige tidsskrifter, forskellige professionelle, forbrugergrupper, farmaceuter, forsikringselskaber og administratorer for at sikre sig reduceret modstand i deres marketingsfremstød. Frances anfører en ”Hall of Shame” for store, kendte medicinalfirmaer med tretten eksempler på tabte retssager fra 2004 til 2012, hvor de har opført sig, som om de var hævet over loven (ibid., pp. 89-97)⁷⁷. Frances udtrykker til sidst håb om, at det vil gå med Big Pharma, som det gik med ”Big Tobacco”, nemlig tilbage (ibid., pp. 282-283).

Schnittker (2017) problematiserer yderligere den psykiatriske begrebsdannelse og betegner den i bogens overskrift som ”necessary, difficult and never settled”. Whooley (2014) beskriver i sin artikel om nosologiske refleksioner, at DSM-5’s vanskeligheder med at afgrænse ”mental distress” fik ”National Institute for Mental Health” (NIMH) til at promovere ”Research Domain Criteria” (RDoC) som en alternativ nosologisk referenceramme, der undgår DSM-5’s kategorier. Udviklingen til RDoC betyder imidlertid en dekontekstualisering af de forhåndenværende symptomer, således at de kommer til at fremtræde som mere udprægede, end de ville gøre, hvis man så dem i patienternes individuelle sociale kontekst. Whooley karakteriserer tilgangen som en ”brain-centric” begrebssætning af ”mental disorders” og kritiserer den for udelukkende at benytte ”behavioral neuroscience”-kriterier, dvs. gener, molekyler, celler, neurale kredsløb, fysiologi, adfærd og selvrapportering – såkaldt ”tynde variable”, der egner sig til laboratorie-forskning. Tilgangen udelukker imidlertid den sociale og miljømæssige indlejring, som ”mental disorders” altid opstår i – og som i modsætning til de tynde variable fremtræder som ”tykke” fænomener, dvs. med stor kompleksitet (ibid., pp. 92-110)⁷⁸.

⁷⁷ De fleste af retssagerne drejede sig om psykoaktive stoffer.

⁷⁸ Her kan jeg gøre opmærksom på Luhmanns (1997) refleksioner over metoder og variable. De sidste optræder inden for et snævert defineret område, hvor alt andet ved en metodologisk indført fiktion anses for indifferent. Når det drejer sig om fænomener som adfærd og selvrapportering, kommer vi ind i et meningsunivers. Her forekommer altid en

Det psykiatriske subsystems institutionsinterne forskning

Man kan ved en analyse af det psykiatriske system sige, at det indeholder både en videnskabelig og en eksekutiv del. På den ene side er psykiaterne som videnskabeligt uddannede og som forskere forpligtet på det videnskabelige systems binære sand-falsk-kode (Luhmann, 1990d). På den anden side fungerer de som den ledende profession i det psykiatriske subsystem, som opererer inden for rammerne af syg-sund-koden i det medicinske funktionssystem og dets andenkodninger (Luhmann, 1983a; 1983b; 1990c). Her udgør professionen det eksekutive system og de magtstrukturer, der danner dens organisatoriske ramme. De to systemer og deres funktioner står i et uklart, kun sporadisk defineret overlappings-, delvis overensstemmelses- eller modsætningsforhold. Det var min erfaring efter fire års samarbejde med de fem læger – to socialmedicinere og tre psykiatere – i Evalueringsprojektet, at det psykiatriske system var et lukket system, med et tredobbelt monopol på faglig behandling, faglig ledelse og kvasimonopol på forskningen. Psykiaterne forsker med deres egne patienter som grundlag, og de står selv for den faglige styring af de institutioner, der leverer patienterne som forskningsgrundlag (Klitgaard, 1993). Det hænger sammen med den tætte kobling mellem det psykiatrisk-medicinske paradigme, de psykiatriske institutioner og den psykiatrisk-medicinske profession. Paradigmet bygger stort set altid – som det medicinske paradigme – på kvantificerbare eller målelige data, hvilket Larson (2013) gør opmærksom på med sit begreb om ”kognitiv konsensus” (ibid., pp. 32-33). De psykiatriske institutioner er konciperet derefter, og professionen handler stort set efter samme mønster, dens forskningsresultater fremtræder som kvantitative, målelige og ”objektive”. Endvidere har psykiaterne kvasi-monopol på forskning, fordi de agerer ”gatekeepers”, de kan selv bestemme, hvilke forskere – især forskere fra andre faggrupper – de vil lukke ind i ”deres” system. Det giver tendens til en selvbekræftende forskning i det psykiatriske system, der støtter den psykiatriske professions fagpolitiske og institutionelle interesser. Psykiaterne kan ved kun at anvende deres – kvantitative – paradigme fx ikke sætte spørgsmålstegn ved og undersøge, om de psykiatriske afdelinger er den bedst egnede organisationsform til behandling af psykiatriske patienter i dyb

henvisningshorisont til det udelukkede og det ubestemte, hvor ”variablene” ikke svarer til de komplekse sociale realiteter (ibid., pp. 37-38).

krise. Man kan også kalde den type forskning for institutionsintern (Klitgaard, 1993)⁷⁹.

3.2.2. Uforståelighed & forståelighed

Den amerikanske sociolog Riesman (1960) skrev i en antologi, ”hvis mundtlig kommunikation binder folk sammen, er skrift det isolerende medium par excellence” (ibid., p. 114). Uanset hvilke modifikationer man kan komme med i forbindelse med skærme og mobiltelefoner, holder det overordnede udsagn. En psykisk syg person, der kun kan udtrykke sig uforståeligt, forbliver isoleret fra det kommunikative fællesskab – indtil hun lærer at udtrykke sig forståeligt i hverdagssemantik. Med andre ord: Psykotiske ytringer har ingen kommunikativ værdi (Rowland, 1938, pp. 334-335), det får de først, når patienterne har genetableret deres kommunikative kompetence og lært at følge regelværket (Luhmann, 1984, pp. 191-241; 2006, p. 265). I eksemplet med den cyklende psykolog i kapitel 1 så psykologen først meningen med den anden cyklists fagter, da han så, at cyklisten havde en lille dreng siddende foran. Det var imidlertid meningen med en bestemt adfærd uden verbalt udtryk. Som lede-difference i interaktionssystemer med verbale udtryk anvender jeg uforståelighed og forståelighed, det er et socialt kriterium, fordi det kræver en observatør til at

⁷⁹ Jeg kan tilføje, at det ikke var helt tilfældigt, at to lige store distriktspsykiatriske centre blev placeret i hhv. det mest velhavende distrikt i Københavns Kommune og i et af de mest belastede. Designet var nemlig ”quasi-eksperimentelt” (Institut for Social Medicin, 1988, Evaluering af distriktspsykiatri i Københavns Kommune – Projektbeskrivelse), jeg citerer fra den: ”I projektbeskrivelsen er det såkaldte quasi-eksperimentelle design grundlæggende” (ibid., p. 10), og centrene blev konsekvent benævnt ”forsøgscentre”, og de relevante distrikter benævnt ”forsøgsdistrikter” (ibid., passim). Designet var i overensstemmelse med den kognitive konsensus (Larson, 2013, pp. 32-33) om kvantitativ orientering i den lægefaglige tradition. Hvordan det så gik til, at et af de to forsøgscentre blev anbragt i kommunens mest velhavende distrikt, ligger uden for denne undersøgelses rammer at efterspore. Imidlertid sagde den administrerende overlæge for Kvadratets stamafdeling, i et interview i 1991, at det var af forskningsgrunde, centrets placering blev valgt. På den baggrund er der grund til at tage det alvorligt. Han havde været en del af den oprindelige planlægningsgruppe og rapport fra 1985 (Københavns Hospitalsvæsen, 1985) om distriktspsykiatri. Der ser ud til at være en vis ”kontrasttænkning” bag i hvert fald dette (kvasi)eksperimentelle design. Hvis man nu valgte et forsøgsdistrikt med lav socioøkonomisk status og så et andet forsøgsdistrikt med høj socioøkonomisk status for at skabe den tydeligste kontrast – hvordan kom resultaterne så til at se ud? Det må have været den tankegang, der lå bag selektionen af Kvadratets distrikt som forsøgsdistrikt. Placeringen af centrene dækkede ikke optimalt behandlingsbehovet for psykiatriske patienter – som alt andet lige altid forekommer i de mest belastede områder.

afgøre, om en ytring er forståelig eller uforståelig (Luhmann, 1984, pp. 191-241; 2002a, pp. 315-323). Man kan spørge, om patienterne formulerer sig på en måde, så interaktionspartneren eller partnerne forstår kommunikation udtrykt i hverdagssemantik? Det er imidlertid et flersidigt kriterium. Forståelse kan betyde, at "almindelige" mennesker, inklusive andre patienter og deltagerobservatøren, ikke forstår psykotisk tale. Morgan (1975) skriver, at psykisk sygdom involverer tab af selvkontrol, det er mere eller mindre ufrivilligt, følgelig kan nogle psykisk syge personer miste evnen til at udtrykke sig forståeligt, ligesom de kan udvise socialt stødende adfærd (ibid., pp. 276-277). Topor (2001) bruger det meste af sin afhandling om "återhæmning" til at imødegå forestillingen om for det første, at skizofreni skulle være kronisk, og for det andet, at skizofren tale skulle være uforståelig (ibid., p. 35). Det kroniskes og det uforståeliges historiske rødder behandlede jeg i det forrige kapitel. Psykotiske eller skizofrene kan være uforståelige for ikkespecialiserede personer, men det vil være et led i en dygtig miljøarbejders eller psykoseterapeuts uddannelse, at hun symbolsk kan afkode, hvad psykotisk tale drejer sig om. Man kan således uddanne sig til at forstå psykotiske udtryk (Arieti, 1974; Crafoord, 1994; Hausgjerd, 1985; Kistrup, 2012). Inden for det normale område er forståelse i systemteorien det tredje og sidste led i en kommunikation (Luhmann, 1984, pp. 191-241; 1987c; 2002a, pp. 296-298). Kriteriet med forståelighed må være, om patienterne overhovedet kan indgå i almindelige, ikkespecialiserede interaktionssystemer, og så nogenlunde levere bidrag til dets tema med den hurtighed, som selektionspresset kræver (Luhmann, 1984, pp. 191-241; 1972). Det ligger på linje med Rowlands (1938) kriterium for "social recovery", at patienterne genvinder evnen til at kommunikere med andre (ibid., p. 334).

"Virkeligheden"

Filosoffer har gennem århundreder forsøgt at indkredse "virkeligheden", men her holder jeg mig for overskuelighedens skyld til den nyere tids psykoanalytiske og psykoterapeutiske tradition og til systemteorien. "Virkeligheden" refererer tilbage til Freuds realitetsprincip. I hans psykoanalyse er det jegets styrende princip, hvor lystprincippet er det dominerende princip for id'et. Overjeget er jegets idealiserende forbillede, altså en moralsk instans (Freud, *G.W. Band. XI*, pp. 235-289; *G.W. Band XIII*, pp. 361-368). Traditionelt har psykiatere anvendt patienternes relation til "virkeligheden" som kriterium for psykisk sygdom. Her kommer et par eksempler fra nyere lærebøger, "der er ofte forstyrret eller

usammenhængende adfærd med brud på virkelighedsopfattelsen (evnen til at afgøre, om vurderingen af den ydre og indre virkelighed er korrekt og i overensstemmelse med omverdenens opfattelse) og virkelighedstilpasning (tilpasning af adfærd til den ydre virkeligheds grundlæggende forventninger og krav)” (Mors et al. (red.), 2017, p. 34). Og ”hvordan individet forvalter fx udfordringer og tilpasser sig virkeligheden” (Simonsen & Møhl (red.), 2017, p. 50), endvidere ”en adækvat virkelighedsopfattelse indebærer en evne til at skelne mellem, hvad der hører til én selv, og hvad der hører til objekterne” (Cullberg, 1999, p. 210). I systemteoretisk optik svarer det til skellet mellem selv- og fremmedreference (Luhmann, 1984, pp. 57-70; 1988a). Jeg opretholder sprogbrug fra psykiatere om ”virkeligheden”, selv om jeg selv ikke anvender det som kriterium. Jeg mener, ”virkeligheden” er overflødig i psykiatrien som kriterium, når det drejer sig om kommunikation. Der er altid en observatør, der observerer og bedømmer, om der er kommunikationsforstyrrelser, og virkeligheden bliver alligevel afhandlet kommunikativt i løbet af børns opvækst (Erikson, 1950; Killingmo, 1988; Winnicott, 1965; 1971). Luhmann skriver, at interessen for virkeligheden altid er filtreret gennem spørgsmålet om, hvem der iagttager den, det vil sige, at observatøren er central. Realiteterne eller virkeligheden er en operativ konstruktion fra de observerende systemers side. Den forestillede fælles virkelighed kommer i stand ved talt kommunikation mellem Alter Egoer (Luhmann, 1984, pp. 191-241; 1995b, pp. 158-168; 1997, pp. 205-230; 2002a, pp. 141-166). Det talte sprog har en særlig form med to sider, det består både af lyd og mening. Med lyden er det bundet til hørelsen, det tvinger til sekvensering – modsat synet. Talt kommunikation kræver tid og gives ikke af den synlige verden, når man fx ser en person tale. Den fremstår som processeren af mening i lydmediet (ibid., 1997, pp. 213-215). Det talte sprog har en vigtig rolle i skabelse af virkeligheden – ligeledes på det individuelle plan, hvor små børn lærer at tale, før de lærer at læse.

Bestemmelse af psykisk sygdom

Jeg mener, at Parsons (1958) har leveret den bedste definition af psykisk sygdom – psykosociale forstyrrelser – da den kan anvendes globalt. Han skriver i en artikel fra 1958, at det er ”an incapacity to meet the expectations of social roles”. Det må så dreje sig om andres forventninger, da psykosocialt forstyrrede personer ikke kan forvente ”refleksivt”, dvs. forvente nogenlunde gensidigt. Bestemmelsen flugter med Luhmanns understregning af forventningernes rolle (Luhmann, 1980a, pp.

40-53; 1972; 1984, pp. 396-399; pp. 411-456). Jeg vil dog tilføje, at de psykosocialt forstyrrede skal lide under tilstanden – generelt, i hvert fald, at det så ikke er et absolut kriterium under alle omstændigheder, fremgår blandt andet af Barretts (1996) beskrivelser. Ovenstående gælder ligeledes for somatisk sygdom, men de somatisk syge har en sygerolle at udføre og gennemfører den (Parsons, 1951a, pp. 439-443). Det samme kan psykiatriske patienter ikke nødvendigvis præstere, jf. bemærkningerne om tvangsforanstaltninger ovenfor. En anden forskel består i, at psykisk syge ikke nødvendigvis taler forståeligt, som somatisk syge – alt andet lige – vil gøre det. Uformåen til at leve op til rolleforventningerne vil sammen med lidelse være kriterier for psykosociale forstyrrelser. Parsons definition er efter min mening bedst, fordi den kan anvendes globalt. Alternativt skulle man benytte den model, Ackerknecht (1943) fremsatte om tværkulturel psykiatri. Her giver han et bud på, hvad der er henholdsvis normalt og patologisk i egen kultur – ”autonormalt” og ”autopatologisk” – og hvad der er normalt og patologisk set fra en anden – vestlig – kultur, ”heteronormalt” og ”heteropatologisk”⁸⁰. Hvis man definerede psykisk sygdom med reference til specifikke kulturelle og sociale normer, skulle man specificere disse definitioner for alle kulturer. Jeg kan tilføje, at Parsons (1951a) kategoriserer – somatiske – sygdomme som klassifikatoriske og ikke relationelle (ibid., p. 438). Her gælder det modsatte for psykosociale forstyrrelser, de optræder netop i en relationel kontekst. De viser sig først i interaktionssystemer eller i offentlige sammenhænge som brud på basisforventninger (ekstern attribution), før de optræder i psykiatrien, hvorefter psykiaterne kan danne diagnoser (Luhmann, 1980a, pp. 44-45; Morgan 1975).

3.2.3. Diskussioner af psykisk sygdom, psykosociale forstyrrelser og psykiatrisk jurisdiktion

Den hollandske sociolog Ingleby (1983, pp. 123-124) bemærker, at psykiatere åbenbart mener, at begrebet ”psykisk sygdom” er uproblematisk – det holder

⁸⁰ Jeg har tidligere gjort rede for forskellene: Fx vil en traditionel senegalesisk bonde handle autonormalt, når han, hvis kvæget bliver sygt, opsøger en marabou for at få hjælp til at finde heksen, der har gjort hans kvæg sygt. Det vil være den forventede adfærd i den lokale kontekst. Set fra en vestlig kultur ville det være en heteropatologisk reaktion, hvor en dansk kvægavler, der reagerede på samme måde, ville blive betegnet som autopatologisk, hun handler hinsides alle forventninger, men hun ville være heteronormal i en traditionel senegalesisk forståelse (Klitgaard, 1988b – med et lidt forbedret eksempel i forhold til det oprindelige i teksten).

stadigvæk i 2021, måske bortset fra Ruf (2005) – de er mere optagede af at udvikle diagnoser, opdage årsager og forbedre behandlingerne. Ellers er det hovedsageligt filosoffer, antropologer og sociologer, der påtager sig at takle de grundlæggende begrebsmæssige problemer. Goffman beskriver et lignende fænomen i *Asylums* (1961a), hvor det psykiatriske hospitals officielle mandat er at beskytte samfundet, de plager, som utålelig og farlig adfærd kan afstedkomme. Men inden for hospitalets mure refereres der forbløffende lidt til den funktion, personalet fokuserer på den medicinske og terapeutiske service, de yder til patienterne (ibid., pp. 307-308). Den britiske sociolog Morgan (1975) har leveret en grundig analyse af modsigelser og konflikter i feltet omkring ”mental illness”⁸¹. Han stiller spørgsmålet: ”Hvorfor bliver nogle afvigelse set som psykiske sygdomme, behandlet som symptomer og forklaret som en form for ”disease”? (Morgan, 1975, p. 271). I den engelsksprogede litteratur er der forskel på ”illness”, som har karakter af noget oplevet, og ”disease”, som har et biologisk grundlag (Gannik, 1999, pp. 37-39). Der forekommer et bredt spektrum af afvigende og socialt stødende og forstyrrende adfærd, herunder kriminalitet, alkoholisme, ulovligt ophold, dagdriveri, vagabondering, perversioner, spillemani, dårlige manerer, tiggeri og vold (Scheff, 1966). Det er alt sammen fænomener, der har et navn og mere eller mindre klare definitioner. Nogle af kategorierne falder ind under lovgivningen på det kriminelle område. De navnløse afvigelse kalder Scheff for residuelle afvigelse (Scheff, 1966). Når afvigende adfærd ikke kan placeres i en motivationel kontekst, kan det synes rimeligt at bruge udtrykket ”residuel” (Scheff, 1966). Det drejer sig imidlertid ikke om bestemte regler, der bliver brudt, eller en bestemt type adfærd, men om, at den afvigende adfærd ikke meningsfuldt kan forklares som resultat af et formålstjenligt valg (Morgan, 1975, p. 271; p. 274). Imidlertid er der ikke, som Scheffs udtryk residuel angiver, tale om marginale fænomener i relation til det sociale liv. Det drejer sig tværtimod om centrale fænomener i det sociale liv, når psykisk sygdom/psykosociale forstyrrelser giver sig udslag i uforståelig tale og bizar adfærd (Morgan, 1975, p. 273).

Psykiatriske domme er baseret på kulturelle og sociale vurderinger af en patient og hendes adfærd (Morgan, 1975, p. 268). At beskrive et fænomen som – funktionel – psykisk sygdom tilbageholder en moralsk dom, det er en måde at sige, at adfærden er uønsket, og det er i sig selv en moralsk dom (ibid., p. 270).

⁸¹ Jeg har valgt Morgans artikel, fordi jeg mener, at han efter både samtidige – 1970’erne og 1980’erne – og nutidige – 2021 – standarder har leveret den mest fyldestgørende diskussion af temaet.

Imidlertid er mange af afvigelserne forståelige, fordi motiv og formål er forståelige. Fx vil en bedrager, der bedrager for at berige sig, møde forståelse, fordi det er et anerkendt formål at berige sig, selvom det her involverer en kriminel afvigelse, nemlig bedrag, og dermed risiko for en retssag og straf, hvis det bliver opdaget. Man kunne nævne mange andre afvigelser, men det afgørende er det moralske og kognitive forhold, en person har til sine handlinger, og hvordan det opfattes og forklares socialt (ibid., p. 273). Hvis en fattig person fx stjæler i et supermarked, kan man umiddelbart forstå motivet, det var for at slippe for at betale og dermed spare penge. Hvis en person stjæler i et supermarked, fordi hun efter eget udsagn ejer alle byens supermarkeder, og det åbenlyst ikke er tilfældet, begynder man at rette opmærksomheden mod personen i stedet for mod handlingen (ibid., pp. 274-275). Fraværet af forståelige grunde og formildende omstændigheder ændrer vores opfattelse af, hvordan afvigerens holdning til egen adfærd skal vurderes og forklares. Hvis forklaringerne er uigenkendelige eller socialt uacceptable, skifter fokus fra den afvigende adfærd til personens personlige kvaliteter. Det intentionelle spiller en afgørende rolle i retssystemet. Hvorfor ikke kalde den afvigende adfærd "villet" eller "bevidst" afvigelse i stedet for psykisk sygdom? Det drejer sig her om socialt anstødelig adfærd, der til en vis grad kan genkendes fra politiske og andre protestbevægelser. Sådan kan det måske også tolkes til at begynde med. I de tilfælde, hvor det imidlertid gradvist bliver klart, at adfærden er meningsløs, eller motiverne er uacceptable og uigenkendelige, får afvigeren til sidst stemplet "psykisk syg" (Goffman, 1969, p. 356)⁸². Psykisk sygdom involverer tab af selvkontrol, det er mere eller mindre ufrivilligt, hvorimod afvigelse kan forstås ud fra relativt socialt accepterede motiver. Selvom de psykiske sygdomme modsætter sig meningsfulde fortolkninger, er de ikke en "myte", som fx Szasz (1961) vil gøre dem til. Og selvom psykiatriske teorier er videnskabeligt mangelfulde, betyder det ikke, at tilskrivningen af psykisk sygdom er vilkårlig eller forskelsløs. Den bygger tværtimod på en social struktur af moralske og pragmatiske hensyn (Morgan, 1975, p. 277). Hvordan falder irrationelle, kaotiske og forstyrrende sociale fænomener så lige netop ind under lægelig og psykiatrisk jurisdiktion? Morgan forklarer det som resultatet af en evolution, der har fundet sted over de sidste cirka 200 år, og i særdeleshed siden psykiatrien blev etableret

⁸² Goffman har en levende beskrivelse af det fremadskridende kaos, som et bipolar familiemedlem kan forårsage, både i selve familien og hos den nære og fjerne omverden (Goffman, 1969, pp. 335-390). Perssons værk om Goffman bekræfter, at det er en selvoplevet beskrivelse (Persson, 2012, pp. 202-203).

som et medicinsk speciale af Kraepelin omkring forrige århundredeskifte (Morgan, 1975, p. 267; Klitgaard, 1988a). Når vi skal forklare den nævnte adfærd, griber vi til analogier, vi kender, det er nærliggende at forklare adfærden med sygdom, her psykisk sygdom. Sygdom er et anerkendt og symbolsk udtryk for, at noget i kroppen er galt. Det er en velkendt model for orden og stabilitet, som allerede eksisterer i vores kultur. Ved at forklare netop uforklarlig adfærd med ”sygdom” indskriver vi psykisk sygdom i en – postuleret – biologisk og naturvidenskabelig ordensopfattelse, som vækker symbolsk genklang. Sundin (1974) fremsætter lignende betragtninger. Han skriver, at analogien mellem sygdom og afvigende adfærd er inadækvat på flere måder. Den medicinske model kamouflerer bedømmelsen af ønskværdig og ikkeønskværdig adfærd som ”rent medicinsk” (ibid., pp. 117-118). Hausgjerd (1972) skriver, at sygdomsforestillingen er den mindste modstands vej for samfundet, såvel som for læger og for patienter (ibid., p. 32). Det er et forsøg på at pålægge orden og sammenhæng for fænomener, der ikke kan rummes socialt (Morgan, 1975, p. 278). Ved at opretholde en tæt analogi mellem psykisk sygdom og somatisk sygdom transformerer den medicinske model bekvemt socialt anstødelig, mere eller mindre ufrivillig adfærd til ”sygdom”. Psykiatrien rummer således institutionelt det kaos, som en sådan adfærd medfører. Den leverer tilsyneladende videnskabelige løsninger på kommunikations- og adfærdsproblemer, der hverken kan rummes eller løses i en kontekst af lov og orden.

Psykiatrien tjener samfundet – som Løchen og Goffman gør opmærksom på – ved at fjerne psykisk afvigende personer fra det offentlige rum (Løchen, 1976, p. XI; Goffman, 1961a, pp. 307-308). Den medicinske model implicerer samtidig, at den psykisk syge er ramt af en biologisk naturtilstand, der eksisterer uafhængigt af andres perception af adfærden som irrationel og påfaldende. Anvendelsen af den medicinske model betyder, at der finder en reificering sted. En person bliver opdelt i symptomer, uafhængigt af hvilken kontekst de er opstået i. Modellen implicerer endvidere, at fænomenerne kan overføres genetisk (Morgan, 1975, p. 278).

Parsons teori om sygerollen og dens aktiv-passiv-dimension

Den professionelle tilgang adskiller sig på væsentlige punkter fra almindelig kommunikation i andre sociale systemer. Den væsentligste forskel er, at den professionelle behandlingsrelation skal følge bestemte regler, som ikke gælder i almindelige sociale systemer. Parsons (1951a) fremsatte i *The Social System* sine

teorier om mønstervariable og de fire institutionaliserede komplementære forventninger, der gør sig gældende for sygerollen og for lægen⁸³. For lægen gælder, at mønstervariablene er universelle og præstationsbaserede, funktionelt specifikke, affektivt neutrale og kollektiv-orienterede. Sygdom som afvigelse er negativt ”opnået” (ibid., p. 438), idet den er ufrivillig, fordi den syge må anses for hjælpeløs og behøver professionel hjælp. Hvis det at være syg må betragtes som en afvigelse, må det samtidig understreges, at til forskel fra andre afvigelser kan den syge ikke holdes ansvarlig for sin sygdom. Endvidere er sygdommen kontingent, fordi alle kan komme i en situation, hvor de ikke formår at holde sig velfungerende nok til at udføre deres sædvanlige roller. Patienten tilskrives en ”sygerolle”, som består i en manglende kapacitet til at udføre sociale roller effektivt (ibid., p. 430), men patienten kan udføre sin sygerolle effektivt, så længe der er tale om en somatisk sygdom. Patientens situation er præget af hjælpeløshed, teknisk inkompetence og emotionel involvering. Hun har brug for hjælp fra lægen og kan ikke blive rask ved en viljesakt, da der er biologiske lovmæssigheder involveret – ved somatisk sygdom. Det er den passive side. Men patienten forventes at mobilisere tillid til lægen og at samarbejde om behandlingen, følge lægens anvisninger på egen hånd og i det hele taget gøre en indsats for at blive rask. Det er den aktive side (ibid., p. 439-443). Her kan man notere sig, at de konstante passiv-aktiv-skift allerede ligger i den klassiske sygerolle, den dimension bliver accentueret ved psykiske sygdomme. ”Universel” indebærer, at der er generaliserede objektive kriterier for, hvornår man er syg eller ikke syg, hvor syg og hvilken slags sygdom, sygdom er således ifølge Parsons klassifikatorisk og ikke relationel (ibid., p. 438). Patienten er generelt i en tilstand, hvor hun lider, er handicappet eller begge dele. ”Præstationen” er her at blive syg, og sygdom fritager patienten fra normalt rolleansvar. For det andet er sygdom ”funktionelt specifik”, fordi den er afgrænset til helbredsområdet. Patienten kan ikke blive rask ved en viljesakt, hun er i en situation, som lægen må tage hånd om, når hun beder om hjælp. Sygdommen er ufrivillig, så længe den varer. Den er for det tredje ”affektivt neutral”, fordi patientens adfærd – da sygdommen er uønsket – formodes at være orienteret mod at blive rask eller i det mindste at få det bedre i relation til det problem, som sygdom udgør. For det fjerde ”kollektiv-orienteringen” fra lægens

⁸³ Parsons fremsatte teorien om de ideelle principper for hhv. sygerollen og lægens erhvervsudøvelse ved sygdom og om sygerollen i moderne medicinsk praksis i et kapitel i ”The Social System” (Parsons, 1951a, pp. 428-479). Kildematerialet stammer delvist fra et feltstudie i Boston-området (ibid., p. 428, note 2).

side, som sikrer, at patienten har tillid til lægen. Og selv om patienten har en egeninteresse i at få det bedre, så er det patientens forpligtelse, når lægen er tilkaldt, at samarbejde med lægen om den fælles opgave og følge hendes anvisninger for at få det bedre.

Den medicinske/psykiatriske profession og deres monopol

Freidson (1988) sætter spørgsmålstegn ved flere af Parsons' mønstervariable i sin analyse af den medicinske professions teori og praksis. I et centralt kapitel (ibid., pp. 158-184) karakteriserer Freidson "den kliniske mentalitet". Freidson skelner her mellem praktiserende læger og videnskabelige medlemmer af den medicinske profession (ibid., pp. 73-75). Det unikke ved de praktiserende lægers arbejde er den individuelle patientkontakt og lægens ansvar for behandlingen af patientens sygdom – det samme kan siges om psykiaternes patientkontakt. Den viden, lægen anvender i patientkontakten, er netop anvendt viden i modsætning til teoretisk viden. Lægen har fokus på de praktiske løsninger på individuelle patienters konkrete problemer og direkte ansvar for patientens velbefindende og måske for liv eller død. Ansvarer giver primat til førstehånds klinisk erfaring mere end til videnskabelig viden og generelle lovmæssigheder. Den enkelte læges kliniske erfaring legitimerer bestemte valg af behandling, de kan være uoverensstemmende med videnskabelig viden. Den største autoritet for praktiserende læger vil typisk være kolleger med større klinisk erfaring. Den praktiserende læges første mål er handling, ikke øget viden (ibid., p. 168). Handlingsorienteringen gør den praktiserende læge – og psykiateren – pragmatisk og akkumulerer den nævnte kliniske erfaring. Samtidig er der indbygget en stor del usikkerhed i lægens praksis, idet individuelle patienter frembyder forskellige kliniske billeder. Freidson betegner den kliniske rationalitet som partikularistisk og teknisk, den bliver et redskab til at analysere og forbinde opfattede og formodede data. Den kliniske rationalitet står til dels i modsætning til den videnskabelige rationalitet, som er et redskab til at udforske og etablere generelle lovmæssigheder (ibid., pp. 168-178). En sammenligning med andre professioner på basis af professionssociologisk litteratur viser, at den medicinsk-psykiatriske profession har en unik, korporationslignende magtposition, som ingen andre professioner kan matche (Freidson, 1988; Parsons, 1951a, pp. 428-479; 1951b; Larson, 2013). Freidson betegner dens magtposition som byggende på "teknisk autonomi" (Freidson, 1988, pp. 71-84), Larson (2013) præciserer professionens stilling til at bygge på "kognitiv konsensus", der munder ud i en kvantitativ tilgang (ibid., pp. 32-33).

Freidson (1988) fremhæver modsætningen mellem befolkningens interesse i en brugervenlig organisering af sundhedsvæsenet på den ene side og den medicinske professions interesse i at opretholde sin – usædvanligt – stærke professionskultur og kontrol over sundhedsvæsenet på den anden (ibid., pp. 333-392). Freidson definerer en profession som en erhvervsgruppe med legitim og organiseret autonomi (ibid., pp. 344-345). Kilden til denne privilegerede status ligger i accept af samme status fra samfundets politiske og økonomiske elite, som er overbevist om værdien af professionens arbejde, og som derfor støtter dens autonomi. Han konkluderer, at det vigtigste kriterium for en profession er, at den har kontrol over det tekniske indhold af uddannelsen og af kvaliteten af det lægelige arbejde (ibid., pp. 81-83). Dele af professionens aktiviteter kan være underkastet andre faggruppers reguleringer, fx fra økonomer og jurister, men kun læger kan med autoritet udtale sig om kvaliteten af lægeligt arbejde. Denne tekniske autonomi er basis for den medicinske professions monopol (ibid., pp. 71-84)⁸⁴.

Larson (2013) har analyseret den historiske kontekst for den medicinske professions monopolstilling i et markedsorienteret perspektiv. Professionerne allierede sig med statsapparatet for at få garanti for monopol på levering af bestemte tjenesteydelser og dermed opnå en privilegeret markedsposition. Den tekniske autonomi, som også Freidson omtaler, hviler på ”cognitive eksklusivens” (Freidson, 1988, pp. 71-84; Larson, 2013, pp. 15-18; pp. 37-39). Larson analyserer de væsentligste grunde til, at den medicinske profession har en exceptionel korporationslignende magtposition, som andre professioner ser op til som et professionsideal (ibid., pp. 38-39). For det første tjener medicin i et sekulært samfund den mest sakrale værdi af alle: livet. Den ser ud til at have det stærkeste krav på service og helligelse til menneskelig velfærd, hvilket konstituerer den massive kapital af social kredit, som tilflyder professionen både fra offentligheden og fra statsapparatet (ibid., pp. 37-39). Den medicinske service foregår i konsultationsværelset, hvor den private karakter af lægens ydelser forbliver delvist uigennemtrængelig for offentlig granskning, da patienten er alene med lægen. Patienten vurderer på grundlag af sin tillid til lægen, på grundlag af sit eventuelt forbedrede helbred, og fordi der ikke er andre legitime muligheder for at få hjælp, ligesom patienten engagerer sig i relationen til lægen, da hendes

⁸⁴ Freidson fremsætter i de sidste kapitler og i sit efterord til 2. udgave fra 1988 en del meget kritiske bemærkninger om professioner i almindelighed og den medicinske i særdeleshed. Han taler om professioner som maskering af magt og privilegier, om den medicinske professions skinhellighed, om samme profession som en speciel klasse af moralister etc. (Freidson, 1988, pp. 333-392).

sundhed og måske liv afhænger af resultatet (ibid., pp. 20-23). For det andet, ifølge Larson, har den medicinske profession historisk set udviklet sig ved, at professionen forenede sig omkring en påviseligt overlegen bestemmelse af den medicinske "vare". Larson kalder processen for "forhandling af kognitiv eksklusivitet", den var uløseligt forbundet med produktion og fremskridt af medicinsk viden. Fx ved kvalitative fremskridt, der gjorde visse infektionssygdomme kontrollable ved vaccinationer (ibid., 24; p. 36). Hun skriver, at Freidsons "tekniske autonomi" kun fungerer som en delvis forklaring, hvor den kognitive eksklusivitet – som gradvist udviklede sig til "kognitiv konsensus" (ibid., pp. 32-33) – måske var en vigtigere faktor i den medicinske professions exceptionelle succes. Da den kognitive eksklusivitet en gang var opnået, gav det professionen maksimal kapacitet til at kontrollere monopole, det blev et "sælgers marked" kontrolleret af producenterne (ibid., p. 25). Larson sammenligner lægens tjenester med ingeniørernes ydelser, ved ingeniørprodukter er køber og konsument ikke identiske, som de er det ved medicinske ydelser (ibid., pp. 25-31). Larson udvider desuden Freidsons bestemmelse af teknisk autonomi til at omfatte omfanget af den ydede service, en læge har større skøns- og rådgivningsmæssige beføjelser end fx en automekaniker – den sidste kan højst rådgive. Den kognitive konsensus udtrykker sig ved, at de lægelige undersøgelser stort set altid tilrettelægges som kvantificerbare (ibid., p. 36). For det tredje blev monopole bevilget af staten, i hvis interesse det var, at borgerne forblev raske og arbejdsdygtige, i takt med, for det fjerde, at produktionen af producenter (af sundhedsydelser) blev standardiseret ved universiteterne. Fremkomsten af fælles kriterier for validitet og reliabilitet var et stort fremskridt og gav den medicinske profession yderligere mulighed for kontrol over markedet. Larson konkluderer, at teknisk autonomi er en vigtig faktor, men den er kun et element i en større struktur, som omfatter den kognitive konsensus og den medicinske professions ressourcer til at kontrollere sit marked (ibid., pp. 36-39).

3.2.4. Hjælp og social kontrol

Man kan betragte distriktpsykiatriens miljøterapi som et socialt hjælpesystem. Jeg præsenterer her den sociale kontrol, der altid optræder sammen med social hjælp, og ser på, hvilken form den antager i miljøterapien (Järvinen & Mik-Meyer (red.), 2003)). Jeg skal derfor som indledning gøre rede for hovedpointerne i Luhmanns (1973) historisk anlagte artikel om "hjælp". Her beskriver han

hjælpens forskellige former i henholdsvis segmentære, stratificerede og moderne samfund. Dirk Baecker (1994) har med udgangspunkt i denne artikel argumenteret for, at man kan betragte socialhjælp som et funktionssystem i moderne samfund (ibid.). Luhmann definerer hjælp som bidrag til tilfredsstillelse af et andet menneskes behov. Han ser en sociologisk undersøgelse af hjælpende handlen som et sociologisk fænomen, der kommer i stand, når og for så vidt det forventes. Modsat en psykologisk og moralsk tilgang, der ville gå over individuelle og normative forklaringer (Luhmann, 1973, p. 167). Tilgangen står tilsyneladende i modsætning til vores opfattelse af hjælp som frivillig og spontan, men Luhmann tager som udgangspunkt, at kun forventelig handlen kan indoptages i social interaktion. Hjælp fastlægges ifølge Luhmann generelt gennem reflektive forventningsstrukturer, der forudsætter en kulturtypisk forforståelse til disposition. De kan i en given situation bruges til at antage eller forkaste de typificerede forventninger, der udløser hjælp (ibid., p. 167). Ikkehjælp i en given situation, der kunne give anledning til hjælp, bunder som regel i, at ingen rent konkret ventede hjælp. Det sociologiske spørgsmål om hjælpens funktion og sociale relevans skal ifølge Luhmann stilles på to planer: For det første hvilke disponible forventningstyper der er i et samfund for hjælperelaterede situationsdefinitioner, og for det andet de faktiske konstellationer, hvor sådanne forventningstyper har anvendelsesmuligheder (ibid., p. 168). Hvordan disse typer anvendes i forskellige samfundstyper, bliver således et åbent spørgsmål. Imidlertid bygger eksistensen af gensidig hjælp mellem mennesker på det grundproblem, der drejer sig om behovsudligning mellem samfundets medlemmer, og mere specifikt om tidlig behovsudligning. Luhmann formulerer det derhen, at der er ikkeidentitet mellem sags- og socialdimensionerne, det vil sige, at ikke alle hjælptrængende har samme behov samtidig. Tiden bliver den dimension, der giver mulighed for behovsudligning i et forløb over tid. For at ordne hjælpen i en realiserbar målestok må nogle behov holdes ventende, og mulighederne for tilfredsstillelse strækkes tidligt, så forbindelse mellem hjælptrængende og hjælpydende sandsynliggøres. Koordinationsproblemerne mellem henholdsvis hjælptrængende og hjælpydende udspilles herved på de sociale systemers tidsakse. Den ændrer sig med samfundsstrukturen, da den afhænger af antallet af personer og behov, der skal koordineres i en bestemt samfundstype (ibid., p. 169).

De segmentære samfund består af små enheder, hvor folk kender hinanden personligt. De bygger kun i ringe grad på arbejdsdeling (ibid., pp. 169-172). Alle kender den almene situation og dens nødsituationer. I disse samfund får gensidig

hjælp en fremtrædende stilling, hvor den enes overskud forpligter til udligning af andres underskud. Omverdenens fluktuationer og dermed behovssituationerne er uforudsigelige og vilkårlige. Tilsvarende opstår en institutionalisering af gensidig personlig hjælp mellem segmentets medlemmer, hvor behovet for hjælp er reversibelt. Hjælpen kan sjældent vente ret længe, tidsudligningshorisonten bliver kort, når de basale behov med mad, husly, sikkerhed og tøj trænger sig på. Gensidig hjælp omfatter hjælpepligt eller afgivningspligt ved overskud på den ene side og på den anden side en takkepligt, som dog er uspecificeret og udløses efter behov og omstændigheder. Bidraget til behovstilfredsstillelse forventes og ses konkret som gave af bidragsmodtageren. Takkepligten kan efter omstændighederne omfatte modydelse i naturalier, arbejde, disponibilitet til kamphjælp, underkastelse eller andet. Hjælp i segmentære samfund er statuskonstituerende, og gensidig hjælp får en meget konkret og smidig form, ved at ydelser og modydelser går på tværs af funktionsområder. I stratificerede samfund antager hjælp andre former (ibid., pp. 173-176). Her er det, der var en væsentlig motivation for hjælp i segmentære samfund, situationens reversibilitet, ikke mere til stede. Motivation til gensidig ydelse adskilles fra hjælp, den formidles nu kulturelt ved generalisering af religiøst bestemt moral og ved individualisering af personligheden. Hjælp bliver i stratificerede samfund til ”gode gerninger”, der udtrykker statusoverlegenhed. Hjælp bliver marginaliseret, den hjælpende skal yde hjælp frivilligt, men er dog moralsk forpligtet til at hjælpe. Det tjener den hjælpendes nådesinteresser at udøve gode gerninger, de fattige kan dermed appellere til de rige om hjælp. Det forbliver et offentligt anliggende ved generaliseret moral og religiøse retningslinjer for god, frelsebringende livsførelse (ibid.)⁸⁵. I takt med at penge bliver et universelt byttemiddel, træder de ind som funktionel ækvivalent i stedet for hjælp og taknemmelighed. Penge bliver det generaliserede hjælpemiddel – som opkræves via skatter. Behovsdækning bliver gradvist til et spørgsmål om pengefordeling. Hjælp forudsætter imidlertid en fælles fortolkning af behovssituationer og anvendelse af midler. De, der vil have hjælp og beskyttelse, må underlægge sig visse bestemmelser, der begrundes eller befæster et dominansforhold, de hjælpsøgende bliver herved udsat for social

⁸⁵ Vedvarende forpligtelse til uddeling af overskud stod dertil i vejen for den kapitalakkumulation, der var indbygget i samfundsudviklingen. Luhmanns fremstilling er her på linje med Webers fremstilling i *Die Protestantische Ethik und der "Geist" der Kapitalismus*, hvor Weber (1920/1996) beskriver kapitalismens træk i retning af en asketisk livsholdning i forbindelse med arbejde som kald og som modsætning til nydelse og lediggang (ibid., pp. 122-155).

kontrol. Hjælpen til de fattige bliver meningsfuld som korrektur af planlægningsfejl eller politisk svigt (ibid., p. 176).

I funktionsdifferentierede samfund sker der en funktionsforskydning i forhold til stratificerede samfund, idet det generelle problem om hjælp overgår til organisationer i det sociale hjælpesystem. Det indebærer fordele i form af funktionel differentiering og målrettede ydelser. Samfundet danner en omverden, hvor organiserede socialsystemer, der specialiserer sig i hjælp, dannes, i stedet for at hjælp var afhængig af et generaliseret moralsk påbud for de øverste sociale lag. Hjælp bliver herved en forventelig, pålidelig ydelse, der danner en sikkerhedshorison for dagliglivet efter de gældende betingelser inden for de saglige grænser af organisationernes hjælpeprogrammer (ibid., p. 177). De statsligt organiserede hjælpeorganisationer, socialforvaltningerne, udgør nu den institutionelle kerne i et funktionelt, uddifferentieret delsystem. Socialforvaltningerne disponerer som andre organisationer over kommunikationsveje, programmer og medlemmer⁸⁶. De hjælpsøgende skal passe til programmernes struktur. Hjælp udløses nu ikke længere blot ved synet af nød, men ved en selektiv procedure, baseret på hjælpeprogrammernes udformning og personalets træning i de nævnte programmer (Baecker, 1994; Luhmann, 2006, pp. 263-271). Personlig motivation til hjælp er ikke længere aktuel, hvor det drejer sig om politisk etablerede programmer. Hjælpen udløses af sammenligning mellem program og den hjælpsøgendes status, "sagen". De statslige hjælpeorganisationers personale, herunder personalet i psykiatrien, er motiverede af deres arbejdsopgaver og aflønning. I moderne samfund er hjælpetyperne bestemt ved forudgående problemdefinitioner (Luhmann, 1973, p. 180)⁸⁷.

⁸⁶ Professionalisering af socialarbejdet beror ikke som ved de klassiske professioner på problemer i samfundssystemet, men på anvendelsen af socialforvaltningernes programmer. De ansatte i socialforvaltningerne beslutter på grundlag af organisationernes programmer, hvor medlemmer af de klassiske professioner uddannes til at beslutte på grund af præmisser. Det organisatoriske tyngdepunkt ved gennemførelsen af hjælp ligger således i moderne samfund i beslutningsprogrammer, det vil sige i regler, hvorudfra afgørelser træffes. Der træffes herved beslutning om hjælp to gange: første gang ved den politiske beslutning om hjælpeprogrammernes udformning, og anden gang om enkelttilfælde af socialforvaltningernes personale, der er uddannet og metodisk skolet til at tolke mål- og konditionalprogrammerne (Luhmann, 1973, pp. 177-178).

⁸⁷ Dirk Baecker (1994) argumenterer for, at de væsentlige betingelser for, at man kan betragte socialhjælp som et selvstændigt funktionssystem, er til stede. Der er en funktionsbestemmelse, tildeling eller ikketildeling af hjælp som bidrag til tidslig udligning af behov. Det sociale hjælpesystem i dets dominerende form i socialforvaltningerne i moderne samfund har til opgave at administrere overførselsindkomster. Samt ved relevante tilfælde at foretage interventioner, der

Baecker (1994) understreger den kontingente karakter af interventionerne, idet der ikke er tale om et årsag-virknings-forhold, men om en tilbudt intervention fra systemets side, der kan eller ikke kan virke efter hensigten, afhængigt af modtagerens respons. Person eller sag skal matche programmet for at udløse hjælp, hvor interventionen fungerer som strukturel kobling i form af en ”sag” mellem system og person (ibid.). I distriktspsykiatrien skal patienterne gennem en visitationsprocedure for at få adgang til dagcentrene, hvor de også kan nægtes adgang, hvis de ikke opfylder kriterierne for konditionalprogrammet (Luhmann, 2006, pp. 263-265). Samtidig med de moderne hjælpeorganisationer og deres programmer eksisterer der i moderne samfund sideløbende forskellige former for mindre hjælpeorganisationer – de kan operere på grundlag af motivationer, der stammer fra tidligere samfundsformer. Nogle organisationer specialiserer sig i hjælp på områder, hvor de officielle hjælpeprogrammer udviser mangler (Luhmann, 1973, pp. 177-180).

De to fænomener – hjælp og social kontrol – er to sider af samme sag, Järvinen og Mik-Meyer (red., 2003) beskriver det i deres antologi som det sociale arbejdes ”janus-ansigt”, at det er velfærdsinstitutionernes opgave både at hjælpe og støtte dem og at diagnosticere og kontrollere klienterne (ibid., p. 19). Socialforvaltningen konstruerer en institutionelt forankret problemforståelse, hvor man standardiserer menneskelige problemer ved at forvandle et hjælpssøgende individ til en hjælpeberettiget klient og til en ”sag”. Herved bliver socialarbejderens vigtigste opgave at finde de karakteristika hos personen, der egner sig bedst til de specifikke institutionelle foranstaltninger. Imidlertid kan det være vanskeligt for en person at identificere sig som en ”sag”, hvor socialforvaltningen er medproducent i problemstillingen, det skorter ikke på beskrivelser af klienters fornemmelse af at blive ”håndteret”. Der er dertil en magtrelation mellem socialarbejdere og klienter, hvor de første socialiserer klienten til at have de rigtige forventninger (ibid., pp. 15-17). Der er en del ligheder mellem socialt arbejde og psykiatrisk arbejde. Begge er menneskebehandlende institutioner, der oversætter personers problemer til systemsprog i en proces, hvor klienterne eller patienterne passes ind i de gældende kategorier. Der er for det første kravet om ærlig kontakt, at man taler åbent og ærligt med personalet, for det andet individfokuseret opmærksomhed og for det

har til formål at geninkludere borgere i det økonomiske funktionssystem, hvor de kan forsørge sig selv.

trejde aktiv-passiv-modsætningen. I socialt arbejde ser man i det passive perspektiv klienten som et produkt af samfundsforhold. I det aktive perspektiv ser man, hvordan en vurdering af, om klienten er i besiddelse af selvkontrol, er centralt og dermed hendes evne til at indtræde i rollen som ansvarligt subjekt (ibid., pp. 195-197). Dertil kommer for det fjerde forskellen mellem idealer og realiteter, idet socialt arbejde opererer med nogle serviceidealere, om at ”møde mennesket, der hvor det er” og at møde ”det hele menneske” – det kan personalet imidlertid ikke altid leve op til (ibid., pp. 15-16; pp. 237-241). I psykiatrien har Løchen netop kaldt sin afhandling ”idealere og realiteter i et psykiatrisk sygehus” (Løchen, 1976). For det femte, at i socialt arbejde såvel som i psykiatrien arbejder man med overvejende negative diagnoser med stærke moralske undertoner, hvor institutionen medproducerer diagnosen. For det sjette er der en magtrelation mellem personale og klient/patient (ibid., pp. 227-243). I de heldigste tilfælde smelter de to (magt)funktioner sammen – Busch (2006) bekræfter fænomenet fra ”Skovgården”, et psykiatrisk bosted – når personalets kontrol udtrykker sig gennem hjælp og støtte (ibid., p. 56). Klienterne i socialforvaltningen får institutionelle identiteter, alt efter hvilken afdeling eller kategori de hører hjemme i – fx kontanthjælpsmodtager eller førtidspensionsmodtager, patienterne i psykiatrien bliver rubriceret efter, om de er patienter i heldøgnspsykiatrien eller som dagpatienter. Socialt arbejde bygger på en institutionelt forankret problemforståelse og handler om at standardisere menneskers problemer ved at forvandle et hjælpsøgende individ til en hjælpeberettiget klient og dermed til en ”sag”. Det er i mødet med en velfærdsinstitution og dens socialarbejdere, at problemet bliver begrebsliggjort og klientens handlemuligheder og fremtidsprognoser bliver fastlagt – efter den praksis, den pågældende velfærdsinstitution begrebsætter. De institutioner behandler ikke ”det hele menneske”, men forsøger at finde netop de træk hos en person, der egner sig til velfærdsinstitutionens foranstaltninger, institutionen bliver derved medproducent af en given klientidentitet.

3.2.5. Nutidig miljøterapi eller psykiatrien som socialt hjælpesystem

Miljøterapien er oprindeligt inspireret af, vokset frem i og formuleret i andre behandlingssystemer, som senere og gradvist kom ind i de psykiatriske institutioner. Den kommer fra forskellige retninger fra psykoanalysen, fra psykoterapi og delvist fra samfundsvidenskaberne (Løchen, 1976, p. 23; p. 213).

Det er et grundlæggende træk i samspillet mellem personale og patienter i miljøterapien, at parterne i samspillet ikke har den samme magt og mulighed for at definere, hvordan det skal være, og hvad det skal indeholde. Behandlerne har ret og pligt til at strukturere samspillet efter egne opfattelser, og patienterne må rette sig efter andres anvisninger – ikke alle opfattelser tæller lige meget (ibid., pp. 13-14). Denne behandlingsideologi har imidlertid opbakning i samfundet, da den svarer til de fremherskende demokratiske og liberale idealer, men selve det faktum, at sociale opgaver skal løses af et psykiatrisk hospital – og dets forgreninger, i dette tilfælde de distriktspsykiatriske centre – fremkalder indre vanskeligheder i institutionen (ibid., pp. 213-214)⁸⁸.

Igen vil jeg understrege Luhmanns (1990c) pointe om det paradoksale i, at (psykiske) sygdomme behandles i det medicinske funktionssystem (det psykiatriske subsystem) som organisk individualiserede kroppe, uanset at der er sociale uligheder i fordelingen af dem (ibid., p. 184, note 7). Jeg vil gengive Parsons (1957) bud på det psykiatriske hospitals fire hovedfunktioner, som er opbevaring, beskyttelse, socialisering og terapi. I distriktspsykiatrien er de to første opgaver nedtonede, selvom ”opbevaring” af og til kunne være i centrum, når patienterne klagede over kedsomhed. Ligesom jeg jævnligt til dagcentrenes teammøder kunne høre, at patienter skulle ”skærmes”, det vil sige, at de skulle beskyttes mod andre patienter. I det følgende behandler jeg de to sidste funktioner som miljøterapiens hovedfokus. I Gundersons artikel (1978) beskriver han miljøterapiens fem terapeutiske aktiviteter eller funktionelle variable, som Heinskou og Schjødt (2010, pp. 627-644) ligeledes citerer (ibid., pp. 640-641). De skriver, at en bevidst udvikling af behandlingsmiljøerne først udviklede sig i midten af 1900-tallet, som en reaktion mod passivisering af patienterne på de store anstalter. Forfatterne siger endvidere, at idéen om det terapeutiske samfund er blevet forladt i skandinavisk psykiatri og erstattet af betegnelsen miljøterapi. Det drejer sig om organisering af behandlingsmiljøet, der som minimum ikke må lægge forhindringer i vejen for patientens udvikling i positiv retning. Forfatterne citerer med bifald Mains ”undersøgende kultur” som bærende princip for al miljøterapi (ibid., pp. 627-628; p. 634). Tilsammen danner Gundersons fem

⁸⁸ Der foreligger nogle brede beskrivelser af miljøterapi som strukturerende princip, fx fra Hausgjerd (1985), som er psykiater, men har en udpræget psykodynamisk tilgang på basis af psykoanalysen, og fra Crafoord (1994), ligeledes psykiater, hvor han i et værk med titlen *Udviklende fortrolighed* gør rede for, hvordan en kontaktperson kan bidrage til at forbedre patienternes ordensydelser. Jeg har imidlertid valgt artikler og kapitler, som jeg mener er mere konkrete, Gunderson (1978), Heinskou og Schjødt (2010) og Hummelvoll (2013).

bærende principper kernen i miljøterapi, det er ”containment”, støtte, struktur, involvering og validering⁸⁹. De er ment som målsætninger, man kan sammenligne operationsmåder med for forskellige patientgrupper. De kan ligeledes forklare, hvorfor bestemte dele af miljøterapien er terapeutisk for en bestemt type patienter, hvor andre har mere gavn af andre delmål. Gunderson tager afstand fra tidligere navngivne forfatters arbejder som udelukkende beskrivende og betegner sine egne funktionelle variable som foreskrivende og argumenterer for, at de er baseret på klinisk erfaring (Gunderson, 1978, pp. 327-328). De to første variable, beskyttelse og støtte, blev allerede praktiseret i ”moral treatment”-perioden. Beskyttelse betegner sikring af patienternes fysiske velbefindende ved at organisere mad, ly, skærmning, når det er nødvendigt, låste døre og medicinsk pleje etc. – med et formål om at forebygge angreb, mord og selvmord fra psykotiske patienter, som kan være forvirrede og uden realitetssans. Personalet skal have fysisk styrke, være pålidelige og have selvkontrol. Støtte refererer til det sociale netværks arbejde for at få patienterne til at føle sig godt tilpas, sikre og eventuelt løfte deres selvagtelse. De eksekutive egofunktioner kommer i spil ved støtte, rådgivning, retningsanvisninger og virkelighedsafprøvning. Samtidig må personalet sætte sig i situationer, hvor de både kan modtage patienternes erfaringer og åbent give udtryk for egne reaktioner. De tre sidste principper, struktur, involvering og validering, kom til senere. Struktur i betydningen af en forudsigelig organisering af tid, sted og personer med faste daglige rutiner benyttes i alle psykiatriske miljøer og især i medicinsk styrede kontekster, hvor der er et klart fagligt hierarki af personalegrupper. Struktur som behandlingsprincip opstod i 1930’erne og 1940’erne og blev senere brugt af behavioristerne.

Især Main (1977) og Maxwell Jones (1968) bidrog til involvering ved at understrege betydningen af en engageret interaktion mellem alle deltagende patient- og personalegrupper i små velorganiserede enheder med mange teammedlemmer. De bidrog også til validering i form af tolerance for symptomudtryk. Formålet med involvering er at bruge og styrke patienternes egofunktioner og modarbejde kommunikationsmønstre, der kunne få andre til at reagere negativt. Involvering betød også patientstyrede grupper, åbne runder, identificering af fælles mål og obligatorisk deltagelse i fælles aktiviteter, verbalisering af erfaringer med selvbekræftelse. Det var hele tiden en balancegang

⁸⁹ Heinskou og Schjødt oversætter ”containment til ”beskyttelse”. Bion (1962) bruger ”containment” i en anden betydning, se kapitel 3.2.6.

at finde den rette dosis for de forskellige patienter og patientgrupper. For meget involvering kan føre til, at patienterne føler sig invaderede og ekskluderede (Gunderson, 1978, pp. 330-332). Validering betød, at der skulle være stor opmærksomhed på patienternes individuelle behov. Det inkluderede opmærksomhed på deres behandlingsprogrammer og hyppige undersøgende interaktioner mellem en patient og et personalemedlem. Den sidste skulle være åben for mangel på kompetence, regressioner, og symptomer som meningsfulde udtryk, der ikke skulle ignoreres. Validering betød ligeledes, at patienterne kunne tale frit om deres hallucinationer og andre oplevelser, som udtryk for – måske midlertidigt – uklare, men væsentlige aspekter af deres selv. Castel (1970) mente, at denne symptomtolerance var den eneste fornyelse, som var opstået efter ”moral treatment”-perioden (ibid., pp. 126-127). Heinskou og Schjødt (2010) citerer en norsk miljøterapi-teoretiker, som betegner ”organisationen som terapeut”, og for at leve op til det formål skal den koordinere vidt forskellige behandlingsdele, som tilrettelægning af hverdagen, medikamentel behandling, kontaktperson-samtaler, den miljøterapeutiske samtalegruppe, aktivitetsgrupper, psykoterapi, socialrådgiverkontakter – det skal alt sammen være faciliteret af og integreret i helheden. Forfatterne skriver, at miljøterapi må tilpasses de enkelte patientkategorier (ibid., pp. 628-641). Da de distriktspsykiatriske centre principielt skulle samle alle patienter med psykisk sygdom i distriktet – før og efter indlæggelse på stamafdelingerne – kunne differentiering af behandlingen ikke struktureres organisatorisk, men ved hensyntagen til de enkelte patienters behov (Psykiatriplanen, 1987).

3.2.6. Polariseringen i godt og ondt som en tidlig skade

Jeg observerede adskillige gange, at patienterne på de to dagcentre opdelte deres verden i godt og ondt. Nogle forfattere argumenterer for, at det er resultat af en tidlig skade, der er forbundet til mangelfuldt udviklede objektrelationer. Forklaringsmodellen trækker på forskellige traditioner inden for psykoanalysen og på ego-psykologien (Killingmo, 1988; Strand, 2016). Miljøterapi er uløseligt knyttet til psykoanalysen i de forskellige retninger, den bevægede sig i, allerede mens Freud levede, men især efter hans død i 1939. Et af de mest relevante grundbegreber i denne kontekst er objektrelationerne, både de indre og de ydre og deres udvikling (Bion, 1962; Crafoord, 1994; Hausgjerd, 1985; Winnicott, 1965; 1971). Det starter med barnets fødsel. Det er en central tanke i nyere

psykoanalyse, at barnet gennemgår en udvikling i relation til omverdenen (Crafoord, 1994, p. 47). Lige fra sin fødsel forsøger spædbarnet at kontakte omverdenen, her moderen (eller en anden omsorgsperson) ved en stadig proces af henvendelser til omverdenen, pludren, og gensvar fra omverdenen – svar på pludren – fordøjelse af gensvaret, en ny henvendelse etc. (Hausgjerd, 1985, p. 157). Gensvaret giver ikke nødvendigvis fuld tilfredsstillelse, men en delvis tilfredsstillelse (ibid., p. 158). Spædbarnet griber begærligt efter brystet, ”det gode bryst”, forsyner sig og slipper det igen, når det er mæt og veltilpas. Når det bliver sultent igen, skriger det sin skuffelse og vrede ud, idet det ”onde bryst” er ondt, så længe spædbarnet savner det (Bion, 1962, p. 34). Det nyfødte barn har en diffus opfattelse af, at det er livsvigtigt, at objektet, brystet, kommer, når barnet kalder. Det har ligeledes en diffus opfattelse af sig selv og kan muligvis ikke adskille sig selv fra moderen og omverdenen (Crafoord, 1994, p. 48). Winnicott (1971) skriver om ”the good enough mother” (eller en anden omsorgsperson) som den, der aktivt kan tilpasse sig spædbarnets behov og lære det at tolerere frustrationer (ibid., pp. 13-14). Evnen til at udholde mangler udvikles, når det bekræftende gensvar aktiverer vækstimpulsen (Hausgjerd, 1985, p. 159). Voksne psykotiskes splitting kan ses som en fejludvikling, der skyldes svigt på bekræftende (gen)svare i den tidlige udvikling (ibid., pp. 159-160). Killingmo (1988) skriver, med reference til Kernberg, at svigt på et givent stadium kan føre til, at evnen til at forene positive og negative introjekter ikke udvikles (ibid., pp. 69-70). Grunden finder vi i, at det er en udviklingsmæssigt set tidlig forsvarsmekanisme, som består i, at det rudimentære ego, for at undgå overvældelse af modstridende følelser, polariserer sine objektforhold i ”helt gode” og ”helt onde”. Dermed kan det alliere sig med de gode og tage afstand fra de onde (ibid., p. 365). Liv Strand (2016) afbilder i sin bog meget illustrativt to ”træer” af egofunktionerne hos hhv. en umoden og en moden person. Den første figur har kun sparsomme forgreninger, dvs. differentieringer, mens den anden har et stort og veludviklet forgretningsnet af differentieringer (ibid., p. 48).

3.2.7. Bernsteins teorier om sprogkoder

Bernsteins teori om sprogkoder kan være en nyttig ”mellemkommende variabel” til at forklare nogle fænomener i dagcentrene – jeg vil derfor beskrive den her. Dertil kommer den meget socialt forskellige fordeling af psykiske sygdomme/psykosociale forstyrrelser, hvor det – alt andet lige – er i områder med

den laveste socioøkonomiske status, der forekommer flest tilfælde, og hvor folk får de alvorligste diagnoser (Hollingshead & Redlich, 1958; Leighton et al., 1959; Myers & Roberts, 1959; Srole et al., 1975 & 1977). Bernstein (1924-2000) var en engelsk sociolog og sociolinguist, som var mest kendt for sit arbejde inden for undervisningssociologi. Han skelnede mellem den restringerede kode, som den tales i socialklasse 4 og 5, og den elaborerede kode, som den tales i socialklasse 1, 2 og 3⁹⁰. Bernstein forbinder de to lingvistiske koder – den restringerede og den elaborerede – med familietype, rollesystem, kommunikationssystem og sociale kontrolformer⁹¹. Bernstein var optaget af, hvorfor arbejderbørn klarede sig dårligere verbalt i skolen på trods af lige præstationer i tests for ikkeverbale færdigheder, som fx matematikprøver. Ud fra den interesse fremsatte han sin teori om differentierede sproglige koder (Bernstein, 1974, pp. 143-169). Bernstein definerer en sprogkode som et kulturelt induceret talesystem (Bernstein, 1964, p. 54). Han stillede tre spørgsmål, som styrede hans undersøgelser. For det første: Hvilken slags relationer genererer hvilken type talesystemer? For det andet: Hvilken type planlægnings- eller forventningsprocedurer kontrollerer dem? – Og for det tredje: Hvilken type relationer i omverdenen imødekommer disse procedurer, som giver adgang til dem og stabiliserer dem? (Bernstein, 1964, p. 57). Bernstein introducerer sin teori om den restringerede kode og betegner familietypen som positionel, idet den bygger på familiemedlemmernes formelle status. Den anden familietype kalder han den personorienterede eller personelle. Den bygger på den enkelte persons egenskaber og anlæg på det sociale, følelsesmæssige og intellektuelle område, og forældrene udøver deres sociale kontrol over for barnet efter de nævnte egenskaber. Den restringerede kode tales hovedsageligt i arbejder- og underklassen, men også i mange tilfælde i andre samfundslag, hvor det er unødvendigt at eksplicite konteksten. Arbejder- og underklasse deler til en vis grad livsbetingelser i form af en fælles erhvervsfunktion og en social status, der har skabt stærke bånd. Arbejdsrelationerne i denne gruppe tilbyder ringe variation og ringe muligheder for at tage beslutninger. Hævdelse af

⁹⁰ Jeg følger her inddelingen fra Olsen et al. (2012) – de bruger en stratificeret model af samfundet, hvor Luhmann argumenterer for, at vi nu har en funktionsdifferentieret samfundsorden.

⁹¹ ”Koder” har ikke samme betydning her som i systemteorien, hvor de binære koder afgrænser de forskellige funktionssystemer (Luhmann, 1984; 1997). Sprogkoderne befinder sig på et logisk-abstrakt niveau, hvor man ikke kan observere dem, men man kan observere konkretiseringen i de sprogvariationer, de producerer. Bernsteins teori blev forfattet i UK. fra sidst i 1950’erne og frem (Enggaard og Poulsgaard, 1974, pp. 13-19).

rettigheder foregår mere kollektivt end individuelt. Arbejdsopgaverne kræver fysisk manipulation og kontrol snarere end symbolsk organisering og kontrol. Den reducerede autoritet på arbejde kan transformeres til magtautoritet i hjemmet. Dertil kom overfyldte boliger og børn i forskellige aldre, der socialiserede hinanden. Hvis alle disse kvaliteter fandtes samlet i et miljø eller en (sub)kultur, var det sandsynligt, at sådan en subkultur ville skabe en særlig form for kommunikation, som ville forme børnenes intellektuelle, sociale og affektive orientering (Bernstein, 1974, pp. 143-144). I den positionelle familie er medlemmets status afgørende for allokationen af beslutningsprocessen (ibid., pp. 152-153). Det er en kommunikationskode, som understreger det fælles mere end det individuelle, det konkrete mere end det abstrakte, substansen over processerne, og her og nu-situationen mere end undersøgelse af motiver og intentioner og de positionelle former for social kontrol mere end de personaliserede former (ibid., p. 143). Barnet møder typisk klare instrukser som ”hold op med den larm” fra en forælder, ledsaget af et truende blik. I den personorienterede familie ville en lignende instruks fra en forælder, som snarere bliver til en appel, lyde: ”Gider du godt holde op med den larm, jeg kan ikke holde det ud”. Her får barnet adgang til en voksens begrundelse og motiv for at give instruksen, det var ikke tilfældet i det første eksempel, hvor den restringerede kode blev anvendt. Her var ingen spor af intentioner, motiver eller begrundelse. Barnet får i det første tilfælde kun yderligere oplysninger om situationen ekstra-verbalt – ved af aflæse den voksnes kropssprog – i eksemplet det truende blik – og de øvrige situationsbetingede faktorer.

Bernstein (1964, p. 63) karakteriserer den restringerede kode ved nogle fælles træk: Den genereres i sociale relationer, hvor andres intentioner tages for givet; den borteskamoterer talernes behov for at udarbejde deres unikke erfaringer verbalt og formidler en fælles social identitet, snarere end at udtrykke individuelle forskelligheder; de sidste udtrykkes ekstra-verbalt snarere end ved verbalt udarbejdede selektioner; den faciliterer ikke en vedholdende interesse i processer, og selvet bliver sjældent genstand for systematisk, verbal undersøgelse; den sociale kontrol praktiseres i en kontekst med utvetydig status, og hvor de regulerede (børnene) og den regulerendes (de voksnes) intentioner sjældent udforskes verbalt. Alt i alt producerer den restringerede kode en stærk fælles social identitet – som traditionelt har været nødvendig i socialklasse 4 og 5⁹². Den restringerede kode

⁹² Bernstein fremsætter nogle modifikationer i forhold til køn, nemlig til piger i arbejder- og underklassen, hvor rollen vil tendere til at være mere kompleks, fordi den kombinerer en normal

benyttes imidlertid også i sammenhænge, hvor konteksten ikke behøver verbal eksplicitering, når man kender hinanden rigtig godt og har fælles baggrund, interesser, identifikationer og forventninger – som fx i forskellige peergrupper (ibid., p. 58). Den personlige sprogkode kan bruges til psykisk manipulation, men den vil være inkompatibel med voldsparathed og fysisk vold. Den elaborerede kode, derimod, lægger vægt på individuelle forskelle og formulering af intentioner og motiver (Bernstein, 1974, p. 147), den er dominerende i socialklasse 1, 2 og 3 (Olsen et al., 2012). Den elaborerede kode opstår, når (sub)kulturen understreger ”jeg ” over for ”vi”, og hvor den andens intentioner ikke kan tages for givet, og når sproget skal passe til en differentieret Alter. Så må talerne udarbejde deres mening verbalt. Sagt på en anden måde, så går grænsen for den elaborerede kode ved et individ, for den restringerede kode går grænsen mellem ens egen gruppe, der deler samme værdier og sociale identitet, på den ene side og resten af samfundet på den anden (ibid., p. 148).

3.2.8. Halls teori om rumdimensionen ved kommunikation: ”Proxemics”

Det var et gennemgående fænomen i især et af dagcentrene, at nogle patienter ikke overholdt en passende afstand ved kommunikation med medpatienter, teammedlemmer og undertegnede. I min analyse hører overholdelse af passende kommunikationsafstand til brud på basisforventninger (ekstern attribution). Det flugter med Luhmanns (1980a, p. 45) og Scheffs (1966, pp. 31-54) betragtninger. Hall giver i sin bog *The Hidden Dimension* (Hall, 1966) en redegørelse for gængs brug af rummet ved kommunikation. Halls angivelser baserer sig på nordamerikanske standarder, jeg bruger dem her tilnærmelsesvist. De kan variere i tid og sted, det vil sige historisk og i relation til forskellige kulturer. Hall kalder disciplinen for ”proxemics”, hvor det drejer sig om overholdelse af forventninger til brugen af rum og afstand ved kommunikation (Hall, 1966, pp. 1-6; pp. 101-129). Luhmann argumenterer for, at rumdimensionen ikke er en selvstændig

søskenderolle med en formidlerrolle og en kontrolrolle. Særligt de lidt ældre piger tager moderollen på sig i forhold til yngre søskende. De kan endvidere mediere mellem forældre og søskende, og piger er mindre bundet til den aktivitetsorienterede, gruppedominerede peer-gruppe i den sociale struktur, end drengene er. Pigerne i de familier vil sandsynligvis være mere personorienterede og have flere kontrolredskaber i form af verbalt udarbejdede meninger, mere end fysisk tvang (Bernstein, 1974, p. 161).

dimension, men hører til sagsdimensionen – forstyrrelser i rumdimensionen hører således til sagsdimensionen (Luhmann, 2002a, p. 239). Hall inddeler i fire kategorier, intimsfæren, den personlige sfære, den sociale sfære og den offentlige sfære, og underinddeler hver af dem i en nær og en fjern fase (Hall, 1990, pp. 113-129). Hall begrundes, hvorfor det lige er præcis fire kategorier og ikke fem eller syv. Logikken er, at dyr og mennesker er territoriale og handler forskelligt, alt efter hvilken form for transaktion de er i gang med (Hall, 1990, p. 129). Det firedele system er baseret på observationer af både mennesker og dyr. Både fugle og aber opretholder intim, personlig og social distance. Den offentlige distance er speciel for mennesket (Hall, 1966, pp. 123-125). Den nære fase i intimkategorien er kropskontakt, den fjerne er cirka 15-45 cm, den personlige kategoris nære fase er fra cirka 45-75 cm, den fjerne fase er cirka 75-120 cm. Jeg ved så ikke, om han i disse to kategorier måler fra tåspidserne eller fra ryglinjen. I den sociale kategori er den nære fase cirka 120-210 cm, den fjerne fase er cirka 210-365 cm. Til sidst i den offentlige kategori er den nære fase fra cirka 365 til 760 cm, den fjerne fase i samme kategori er fra 760 cm og opefter. Den afstand, der normalt sættes omkring vigtige offentlige personer, er godt ni meter. Hall beskriver ligeledes ”passende” brug af stemmestyrke, den skal stå i et vist forhold til den aktuelle afstand.

3.3. Teorier om stigmatisering

Dagcentrene havde en dobbeltfunktion som fristeder og stigmamarkører – hvor frekventering af dem byggede på frivillighed og motivation til behandling. Løchen (1976) skriver, at det er det psykiatriske systems primære opgave at absorbere socialt uacceptabel adfærd, at tage sig af patienterne og behandle dem efter bedste evne. Patienterne har større problemer, end de kan mestre, og de kan være en stor belastning for deres omverden (ibid., p. 13). Stigma kommer fra det græske udtryk, der refererer til et kropsligt tegn på noget usædvanligt hos indehaveren, der vurderes negativt. Nu bruges det mest i symbolsk betydning Goffman (1963a) skriver i sit klassiske værk om stigma, at det er en speciel relation mellem en attribut og en stereotyp (ibid., pp. 14-15). Goffman taler om ”de store belønninger ved at blive betragtet som normal”. Og endvidere, at alle, som får muligheden for at passere, lejlighedsvis vil gøre det enten ikkeintenderet eller

intentionelt (Goffman, 1963a, p. 95). Belønningen ved at fremstå som normal vil, som Luhmann (1978a) beskriver det i sin artikel om moralens sociologi, have baggrund i den binære kode for moralsk respekt-ringegagt. Den relaterer sig til en stereotyp fra majoritetssamfundets side om, hvordan psykiatriske patienter ”er”⁹³. Som ”normal” får man respekt, som psykiatrisk patient høster man ringegagt, idet man har ”bevist”, at man er moralsk tvivlsom (Goffman, 1963a, p. 57-58). De ægte medlemmer af ”normalitetsfællesskabet” har som grund det, som den stigmatiserede har som figur i Gestalt-teoretisk forstand (ibid., p. 110). Det, som medlemmerne af normalitetsfællesskabet tematiserer og taler om uden at tænke og kalkulere, bliver til stigma-administration for den stigmatiserede, en hemmelighed, der kan røbes. Stigmatiserede personer lever i en kompliceret omverden, hvor den er simpel for medlemmerne af normalitetsfællesskabet. Goffman skelner mellem synlige og usynlige stigma. Der er imidlertid mange grænsetilfælde, fx mennesker, der er tunghøre eller døve, man kan ikke umiddelbart se det på dem, men det viser sig i interaktionssystemer. Goffman (1963a) skriver, at de, der ikke afviger negativt fra de forventninger, vi har til andre, kalder han for normale (ibid., p. 15). Jeg opretholder forskellen mellem synlige og usynlige stigma her, da forskellen tjener mit formål, i og med at mennesker med psykiske sygdomme ikke udviser synlige stigma. Deres stigmatisering ligger i en diskreditering, der bygger på en stereotyp fra majoritetssamfundets side. Stereotypen gør, at patienterne potentielt kan udsættes for moralske domme, der opererer med respekt versus ringegagt (Luhmann, 1978a). De har ”bevist”, at de er moralsk antastelige ved at være eller have været i behandlingskontakt med det psykiatriske system.

3.3.1. Det usynlige og det synlige stigma

De, der bærer på en usynlig hemmelighed, må konstant skanne sociale situationer for muligheder for diskreditering, hvis de ikke vil risikere at blive ”afsløret” (Luhmann, 1989a; 1990e; 1991a). ”Bevidst bedrag kræver en grad af psykologisk

⁹³ Jeg kan se fra opslag på Google, at ”majoritetssamfund” aktuelt mest bliver brugt om etniske og seksuelle minoriteter, der kan stå i varierende modsætningsforhold til etniske, heteroseksuelle danskere. Jeg er ikke helt klar over, hvor jeg har termen fra, men jeg benytter den imidlertid i det følgende som en pragmatisk betegnelse for det flertal af befolkningen, som ikke aktuelt har psykosociale forstyrrelser, og som anvender de negative kulturelt givne, semiautomatiske stereotyper over for mennesker med psykosociale forstyrrelser.

selvkontrol, som kun få mennesker er i stand til”, skriver Berger (1963) i *Invitation to Sociology*, og ”derfor er uoprigtighed et ret sjældent fænomen. De fleste mennesker er oprigtige, fordi det er den psykologisk letteste kurs” (Berger, 1963, p. 109)⁹⁴. Uoprigtighed forlanger altså et vist mål af selvkontrol – det kræves af de psykiatriske patienter, at de skal kunne udøve selvkontrol for ikke at blive stigmatiserede i forhold til fjerne familiemedlemmer, venner, fremmede og kolleger på en – eventuel – arbejdsplads. Det kommer oven i deres uhyggelige oplevelser med egne udtryk og somme tider lige så skræmmende indlæggelser på lukkede eller åbne psykiatriske afdelinger. Oprigtighed har imidlertid ikke altid været det letteste, skriver Luhmann i en historisk anlagt artikel om ”Hemmelighed, tid og evighed” (Luhmann, 1989, pp. 125-128). Oprigtighed kom frem nogenlunde samtidig med sekulariseringen og den borgerlige offentlighed (Habermas, 1962, pp. 278-294), hvor oprigtighed blev det forventede. Den eneste ”hemmelighed” eller det eneste ukendte fænomen, der er tilbage, efter sekulariseringen er slået igennem, er fremtiden. Løgn, bedrag, fortællinger og simulering er principielt undtagelser, der kun benyttes som nødudvej i det politiske og civile liv (Luhmann, 1989a, p. 122). Man løber en risiko ved at fortie sin hemmelighed, derved kommer fremmede og arbejdskolleger til at fremstå med et element af farlighed (Luhmann, 1990e; 1991). Historisk set har det en baggrund i, at i funktionelt differentierede samfund er organisationer og de interaktionssystemer, de danner ramme om, gradvist blevet mere og mere specialiserede (Luhmann, 1984, pp. 551-592; 1987a). Det gjaldt ligeledes for psykiatriske institutioner og dagcentrene. Nogle patienter får synlige stigma fra de fysiske symptomer, der følger med indtagelsen af psykofarmaka, når de taber kontrollen over egen krop (Estroff, 1981; Busch, 2006). Det har konsekvenser for deres sociale liv, somme tider vidtrækkende konsekvenser. Psykiatere bekræfter fænomenet i deres plejede semantik (Mors et al. (red.), 2017; Poulsen (red.), 2010; Simonsen & Møhl (red.), 2010; 2017).

3.3.2. Sociale processer, der fører til stigmatisering og diskriminering

Link & Phelan (2001) skriver, at stigmarelationen markerer uønskede egenskaber hos en person, og tilføjer diskriminering til bestemmelsen. Den sidste fokuserer på de magtfulde instanser og grupper, der udøver den diskriminering, der

⁹⁴ Her oversat efter den danske udgave fra 1968, *Invitation til sociologi*, pp. 107-108.

resulterer i stigmatisering (ibid., pp. 365-366). Link & Phelan (2013) beskriver i en oversigtartikel de senere års forskning i stigmaproblematikken. De behandler blandt andet forskellen mellem den oprindelige stemplingsteori og modificeret stemplingsteori (ibid., pp. 526-527)⁹⁵. Scheff (1966) fremsatte en udgave af den oprindelige stemplingsteori, hvor han postulerede, at den oprindelige stempling var en afgørende faktor i den psykisk syges forløb og ”karriere”. Link & Phelan (2013) refererer til Gove (ibid., p. 526), der modsiger Scheff, i og med at det ikke kan dokumenteres, at stempling i sig selv spiller en rolle for patientens karriere. Den modificerede stemplingsteori går derimod ud på, at stemplingen rammer mennesker med psykisk sygdom gennem deres behandlingskontakt til det psykiatriske system. Det stigma og de stereotyper, der følger med, forringer deres livsomstændigheder med hensyn til arbejde, sociale netværk og selvværdsfølelse. Stigmaet åbner derved for forlængelse af og genkomst af deres psykiske sygdom/psykosociale forstyrrelse. Resultatet kan blive ubekvemme sociale situationer, med begrænsede sociale netværk, hvor patienterne undgår potentielle stigmatiserende situationer. Det resulterer samtidig i nedsat livskvalitet, lav selvfølelse, depressive symptomer, arbejdsløshed, indkomsttab, dårlig behandlingsopfølgning eller helt afbrudt behandling fra patienternes side (ibid., p. 527). Link & Phelan (2001) skriver, at når de forventer og frygter afvisning, bliver patienterne mindre tillidsfulde og mere defensive i deres interaktion, de får ”stigma-bevidsthed”, når de møder en ”stereotypi-trussel” (ibid., p. 374). Fænomenet begrænser selvsagt patienternes sociale netværk (ibid.; Thoits & Link, 2016). Den defensive strategi til bemestring af stigmaet bliver således til en skjule- og undgåelsesstrategi (Thoits & Link, 2016, pp. 3-5). Den er en del af de stigma-relaterede stressfaktorer, som Thoits og Link beskriver. De består af den – opfattede – offentlige devaluering af psykiatriske patienter og erfaringer fra diskriminering. Den anden del af skjule-strategien er undgåelse – den forekommer, når psykiatriske patienter undgår kontakt med personer, de har erfaring for, eller som de formoder har et devaluerende syn på eller ringeagt for psykiatriske patienter. Dertil kommer eventuelt et internaliseret stigma, der opstår, hvis patienterne accepterer de stereotyper, der angår psykiatriske patienter, og vender dem mod sig selv, såkaldt selvstigmatisering. Den anden bemestringsstrategi er offensiv, den består ifølge Thoits & Link (ibid.) af modstand i form af udfordring og afvisning (”deflection”). Når man udfordrer

⁹⁵ Jeg oversætter ”labeling” med stempling.

stigmaet direkte over for en person, risikerer man at skabe spændinger i relationen, mens afvisning betegner stigmaet som irrelevant for en selv, patienten benægter, det gælder for hende selv, og afmonterer derved truslen (ibid.). Her vil jeg tillade mig den betragtning, at ”afvisning” ikke virker ved fx bolig- og jobsøgning – hvis udlejer eller arbejdsgiver fra patienten selv eller fra anden kilde er klar over, at hun har at gøre med en psykiatrisk patient, og afslår udlejning eller ansættelse – fordi hun i den situation har stigmamagt (Link & Phelan, 2013, pp. 534-536).

Link & Phelan (2001; 2013) skelner mellem seks stadier, der fører til stigmatisering, de to sidste involverer diskriminering fra magtfulde instanser. Første stadium er identificering af forskelle og tilhørende stempeling. Menneskelige forskelle er legio, der sker imidlertid en social selektion af forskelle, der får betydning, når de en gang er blevet identificerede, selvom de har en historie og en sociologi i et samfund. De er et produkt af sociale processer, men inden for grupperne af etablerede forskelle kan der være store udsving (Link & Phelan, 2001, p. 368). De kategorier, der danner basis for stereotyperne, er kulturelt givne og forsyner et samfund med en slags split-sekund-domme om, hvordan de udstødte grupper ”er”. (Link & Phelan, 2001, p. 369). Stereotyperne er ofte semiautomatiske og faciliterer ”kognitiv effektivitet”. Opfattelserne om disse gruppers kvaliteter kan fremtræde som så selvfølgelige, at vi bruger betegnelserne uden at tænke over de sociale processer, der ligger bag. Fx mennesker, der har eller har haft behandlingskontakt med det psykiatriske system, bliver stemplet og mødt med ringeagt, og som alle moralske domme angår sådan en dom hele personen (Luhmann, 1978a), ikke kun arbejdsevne eller sociale kompetencer. Andet stadium er forbindelsen mellem menneskelige forskelle og negative attributter som nævnt ovenfor, og tredje stadium bliver separationen mellem ”os” og ”dem”, eller i systemteoretiske termer mellem inklusion og eksklusion (Luhmann, 1994; Jönhill, 2012)⁹⁶. ”Dem” bliver de truende, u- og amoralske, udnyttende, snavsede, dovne og asociale, som ordentlige mennesker ikke vil have noget at gøre med – der kan sågar sættes spørgsmålstegn ved deres ”menneskelighed” (Link & Phelan, 2001, p. 370). Fjerde stadium er statustab, der kan betegnes som en næsten øjeblikkelig konsekvens af succesfuld negativ stempeling og stereotypisering og en nedadgående placering af en person i statushierarkiet. Statustab går hånd i hånd med femte stadium, diskriminering, der leder til ulige muligheder i alle livsforhold som indkomst, uddannelse, psykologisk velbefindende, boligstatus, medicinsk

⁹⁶ Forfatterne bruger ikke betegnelsen i systemteoretisk forstand, så ville det hedde attributioner.

behandling og helbred. Man kunne med Lindell (2003) tilføje tilfredsstillende relationer. En af Link & Phelans (2001; 2013) væsentlige pointer er, at vi lærer fra barnsben, hvordan normer regulerer al adfærd⁹⁷ – herunder, at når de bliver overtrådt, har man ”ret” til at reagere med misbilligelse, og, hvis den afvigende adfærd gentages, med udstødelse. Forfatterne spørger, hvorfor folk stigmatiserer, og kommer frem til, at det kræver ”stigmamagt”, som sjette stadium (Link & Phelan, 2013). De beskriver i tre punkter, hvad formålene kan være: for det første at holde folk nede, for det andet at holde folk inde og for det tredje at holde folk væk. Det første sker ved udnyttelse og dominans, det andet forekommer ved at understrege betydningen af ”sociale normer”, som implicerer potentiel misbilligelse eller udstødelse, hvis de ikke overholdes. Folk lærer grænserne for acceptabel adfærd og kan se ved rigelige eksempler, hvad der sker med andre, som bryder både normer og bør-normer (Luhmann, 1969, pp. 39-43; 1984, 436-443; 1993b). Tredje punkt, at holde folk væk, er en måde at undgå syge og tvivlsomme eksistenser, herunder funktionelt psykisk syge personer (Link & Phelan, 2013, pp. 532-534). Stigmamagt er afhængig af adgangen til social, økonomisk, kulturel og politisk magt, der tillader identificering af forskellighed, konstruktion af stereotyper, adskillelse af de stemplede i distinkte kategorier og fuld udførelse af misbilligelse, afvisning, eksklusion og diskriminering.

⁹⁷ Her ville jeg med Luhmann (1980a, pp. 40-53; 1984, pp. 436-443) kalde fænomenet for normative forventninger. Men jeg holder mig til forfatternes sprogbrug.

Kapitel 4:

Metode

I dette kapitel præsenterer jeg de anvendte metoder, der ligger til grund for afhandlingens datagenerering, samt diskuterer og reflekterer over de metodiske udfordringer, som opstod undervejs. Som beskrevet i kapitel 1 blev jeg ansat til at gennemføre tre sociologiske undersøgelser som led i evalueringen af distriktspsykiatrien i Københavns Kommune i perioden 1989-1992. Den tredje undersøgelse, som jeg selv tog initiativ til, var en organisationsanalyse af de to distriktspsykiatriske centre baseret på tre års feltarbejde bestående af deltagerobservation og kvalitative interviews. Dette rige empiriske materiale omfattede også fyldige beskrivelser af det daglige liv i dagcentrene. Det vil sige patienternes interaktioner, kommunikation og adfærd med hinanden, med teammedlemmerne og undertegnede. Disse data fortjener en analyse og uddybning i deres egen ret og vil derfor blive udfoldet i denne afhandling. Til at starte med vil jeg beskrive min adgang til og situering i feltet. Jeg vil redegøre for mine metodiske valg af deltagerobservation og interviews samt præsentere stedet for feltarbejdet. Derefter præsenterer jeg en summarisk beskrivelse af de to distrikter og en beskrivelse af de to distriktspsykiatriske dagcentre og deres interne struktur. Jeg vil derefter beskrive min systemteoretiske tilgang til deltagerobservation og interviews samt min analysestrategi i forhold til mit empiriske materiale. Jeg vil løbende gennem kapitlet reflektere over min egen rolle i interaktion med patienterne, og hvordan dette har påvirket min datagenerering og vidensproduktion. Jeg vil også løbende gennem kapitlet redegøre for og reflektere over mine etiske overvejelser i forskningsprocessen.

4.1. Adgang til feltet

Alle de undersøgelser af de distriktspsykiatriske centre og af dagcentrene, som jeg var ansvarlig for, blev godkendt af den daværende Videnskabetiske Komité for København og Frederiksberg. De anonymiseringsprocedurer, jeg har anvendt til denne afhandling for patienter og personale, blev godkendt af Datatilsynet i september 2019. Jeg har anonymiseret disse grupper på flere måder. For det første har jeg undladt at angive dagcentrenes navne og lokalitet. For det andet har jeg selvfølgelig givet patienterne andre navne, givet samme patient flere navne eller intet navn. Jeg har også udeladt karakteristika, som kunne lede til identifikation af patienterne, fx uddannelse, erhverv, fysiske karakteristika, antal børn og lignende.

Projektgruppen lod sig relativt hurtigt overbevise om det relevante i at lave en separat undersøgelse af centrene på basis af deltagerobservation og kvalitative interviews. Jeg redegjorde skriftligt og i diskussioner for metoderne og fordelene ved undersøgelsen. En undersøgelse baseret på deltagerobservation vakte til gengæld nogen skepsis og modstand blandt de involverede ledende psykiatere. Det var en fremmed tankegang for dem, at en (kultur)sociolog over et par år skulle have sin gang i centrene, deltage i møder som observatør, være til stede i dagcentrene med patienterne og have løbende kontakt med dem. Der var grader af skepsis, og de to systemers stamafdelinger reagerede forskelligt på planerne om en undersøgelse baseret på deltagerobservation. I den indledende fase i vinteren 1988-1989 gennemførte jeg meget oplysningsvirksomhed med hensyn til formål og metoder ved undersøgelsen af centrene. I første omgang fremlagde jeg planerne, udkast til undersøgelsen og diskuterede det ved møder mellem medlemmer af Projektgruppen og undertegnede på den ene side og med afdelingsledelsen af de psykiatriske afdelinger på de to stamafdelinger på den anden side. At dømme efter reaktionerne fra de ansvarlige psykiateres side var det tydeligvis en meget ny undersøgelsesmetode i det psykiatriske system i Københavns Kommune, der her blev præsenteret. På Kvadratets stamafdeling afgjorde den administrerende overlæge suverænt, om jeg skulle have adgang. Svaret var positivt, da han fandt undersøgelsen interessant. På Cirk lens stamafdeling var emnet til diskussion i afdelingsledelsen og i lokalsamarbejdsudvalget. Begge steder havde man tradition for en ”palaverkultur”, dvs. man tog beslutninger i fællesskab. Det endelige svar, der lod

vente på sig, var ligeledes positivt. De to forskellige måder at acceptere undersøgelsen på var karakteristiske for de to stamafdelingers måde at fungere på. I Kvadratet forholdt centerledelsen sig ligeledes straks positivt til undersøgelsen, og jeg kunne relativt hurtigt påbegynde undersøgelsen her. I Cirklen var centerledelsen derimod noget mere reserveret, og blandt andet af den grund fik undersøgelsen af de to centre forskelligt forløb. I det sidstnævnte center påbegyndte jeg selve deltagerobservationen, cirka et år efter jeg havde påbegyndt undersøgelsen på Kvadratet.

En af de klassiske formuleringer, som jeg husker fra min studietid, siger, at man ikke skal komme ridende på administrationens kamel til en befolkningsgruppe ude i bushen, som har udeståender med samme administration. Det vækker skepsis og mistro til formålet med observatørens tilstedeværelse. Pointen er her spidsformuleret, men relevansen er stadigvæk aktuell. "Gatekeepers" var i dette tilfælde først de administrerende overlæger og ledelsen på stamafdelingerne, og derefter ledelsen i de to distriktspsykiatriske centre. Ledelsen af stamafdelingerne forfattede teksten til de samarbejdsaftaler, der var betingelsen for at gennemføre deltagerobservation i centrene. Taylor & Bogdan (1984, pp. 20-27) skriver, at det kan være hensigtsmæssigt at distancere sig fra gatekeepers, hvis der er konflikter eller modstridende målsætninger i organisationen, eller hvis forbindelsen med de højere lag i hierarkiet kan fortolkes på en bestemt måde af de lavere hierarkiske lag. Det sidste var fx tilfældet, når jeg fortalte patienterne, at jeg deltog i teammedlemmernes møder. Det vakte en lidt sky reaktion hos enkelte patienter, men jeg forklarede, at formålet ikke var at finde ud af, hvad personalet sagde om den enkelte, men at finde ud af, hvilke principper personalet arbejdede efter.

Som deltagerobservatør var jeg den strukturelle kobling mellem det sociologiske subsystem i det videnskabelige funktionssystem på den ene side – og på den anden side psykiatrien som subsystem i det medicinske funktionssystem (Luhmann, 1997, pp. 100-114; pp. 779-788; 2002a, pp. 274-285). Da det åbenbart ikke var en kendt metode i psykiatri at gennemføre deltagerobservation, blev der ved begyndelsen af undersøgelseerne udarbejdet formelle samarbejdsaftaler mellem stamafdelingerne og ledelsen af de distriktspsykiatriske centre på den ene side, samt mellem Institut for Social Medicin, og undertegnede som forsker på den anden side. I samarbejdsaftalerne blev det præciseret, at det var frivilligt for personalet, om de ville deltage i samtaler og interviews med forskeren. Af samarbejdsaftalen fremgik det endvidere, at patienterne skulle orienteres skriftligt og mundtligt forud for deltagelse i undersøgelsen, og deltagelse skulle være

frivilligt for ”patienter, der udspørges eller observeres”. I praksis skabte det ikke problemer. Aftalen præciserede endvidere, at ved publikation af resultaterne af undersøgelsen skulle enkeltpersoner anonymiseres, og at afrapporteringen til opdragsgiveren, som var det daværende Københavns Sundhedsdirektorat, kun skulle omfatte funktioner og strukturer af generel karakter i stamafdelingerne og i de distriktspsykiatriske centre, men at patienterne ikke måtte kunne genkendes. Aftalen anerkendte dog, at ledelsen som sådan ikke ville kunne undgå at træde frem i beskrivelsen. Eksempelvis har jeg ændret eller udeladt navne og biografiske oplysninger for både patienter og personale, og jeg har kun angivet omtrentlig alder, hvis jeg vurderede, det ville fremme forståelsen af problematikken.

Med henblik på at informere patienterne skriftligt udarbejdede jeg et papir med titlen ”Information til brugere af det psykiatriske behandlingssystem”, som jeg gav hver enkelt patient, når jeg kontaktede dem. Ved den enkelte kontakt med en patient uddybede jeg, hvad undersøgelsen gik ud på, og understregede, at den var led i en evaluering af de to nye centre og af distriktspsykiatrien med henblik på at forbedre behandlingen. I informationspapiret stod der, at undersøgelsen ville fokusere på, hvordan brugere og personale oplevede hverdagen i dagcentrene. Undersøgelsen ville foregå ved, at forskeren jævnligt var til stede i dagcentrene. I papiret stod der endvidere, at det var frivilligt, om patienterne ville tale med mig, og at afslag ikke ville påvirke den behandling, de fik tilbudt. Endvidere nævnte jeg i papiret, at rapporten ville anonymisere brugerne. Jeg nævnte dertil, at der senere ville være brug for at interviewe nogle af brugerne, og at dette ligeledes var frivilligt. Præsentationen af papiret og en samtale om formålet med undersøgelsen viste sig at være en god måde at indlede kontakten med patienterne på. Stort set alle patienter var venlige og imødekommende. Jeg insisterede ikke på kontakt over for de få, der var reserverede i begyndelsen. Der var ingen af patienterne, der protesterede over min tilstedeværelse i dagcentrene eller gjorde det til et vedvarende problem. Jeg understregede, at jeg ikke hørte til personalet i centrene, at jeg ikke var ansat i det psykiatriske hospitalsvæsen, men var en uafhængig forsker, en ”projektmedarbejder”, der var med til at evaluere distriktspsykiatrien. Jeg fortalte også, at jeg deltog i personale- og gruppemøder. Jeg tilkendegav ligeledes, at jeg var forpligtet til anonymitet over for både patienter og personale i rapporten.

Af forskellige grunde havde jeg indarbejdet tilbagemelding til personalet på centrene som et led i deltagerobservationen. Undersøgelsen blev udført som et led i evalueringen af de to første år af distriktspsykiatrien, der havde status af

forsøgsperiode. Personalets præstationer var således i fokus, og undersøgelsen indeholdt et kontrolaspekt: En del af ansvaret for eventuelle dårlige resultater kunne ligge hos ledelse og personale. Deltagerobservatøren ville uundgåeligt blive opfattet som en i hvert fald delvist kontrollerende aktør. Samtidig var deltagerobservationen planlagt til at vare et par år. En uformidlet tilstedeværelse blandt personale og patienter, hvor projektmedarbejderen intet oplyste om resultatet af iagttagelserne, ville være socialt uholdbart og kunne vække skepsis og mistro. Det kunne endvidere give anledning til uhindret vækst af fantasier og paranoide forestillinger om mine hensigter og udlægning af centrenes dagligdag og om indholdet af afrapporteringen. De potentielle problemer kunne håndteres ved en aftale om regelmæssig tilbagemelding til og dialog med personalet og ledelsen på centrene om undersøgelsens indhold. Det ville konsolidere og afmystificere forskerens tilstedeværelse i centrene over længere tid og give mig mulighed for at få korrigeret egne data på fortolkningsplan. Jeg aftalte derfor med personalet på begge centre, at et udkast til afrapporteringen skulle forelægges personale og centerledelserne til diskussion, før det blev præsenteret for Københavns Sundhedsdirektorat, som var opdragsgiver. Det var vigtigt, da centrenes præstationer, herunder enkelte personalemedlemmers og centerledelsernes præstation, kunne blive gjort til genstand for sanktioner. Centerledelserne, personale og undertegnede var således enige om, at den procedure var en passende måde at håndtere kontrolaspektet ved undersøgelsen på. Jeg gjorde det samtidig klart, at udvekslingerne ikke gav hverken ledelserne eller personalemedlemmer ret til censur eller diktat ved indholdet af afrapporteringen.

4.2. Erfaringerne fra Projektgruppen

Da jeg blev kontaktet til Evalueringsprojektet havde jeg i perioder siden 1975 arbejdet med psykisk sygdom/psykosociale forstyrrelser og psykiatriske institutioner i sociologisk, historisk, tværkulturelt og videnskabsteoretisk perspektiv. Ved de første møder med projektgruppen – tre psykiatere⁹⁸ og to socialmedicinere – fik jeg indtryk at, at vi løbende kunne diskutere os tilrette

⁹⁸ Jeg kalder lægerne i det psykiatriske hierarki for psykiatere for nemheds skyld, selvom de ikke var færdiguddannede som psykiatriske speciallæger.

omkring de problemstillinger, der eventuelt måtte opstå undervejs, på trods af vores forskellige videnskabelige baggrunde. Det blev imidlertid tiltagende vanskeligt på centrale områder over de fire år, som samarbejdet varede. Det viste sig, at lægerne ikke respekterede den pålagte opgave af Københavns Kommunes 2. magistrat – Sundhedsdirektoratet, nærmere bestemt Direktoratet for Københavns hospitalsvæsen – om, at Evalueringsprojektet skulle være uafhængigt og derfor formelt var lagt ind under Institut for Social Medicin. Lægerne har gradvist etableret deres monopolstatus på det sundhedsfaglige område, som dokumenteret af Freidson (1988) og Larson (2013) på grundlag af kognitiv konsensus. Begge fænomener tillod psykiaterne at agere gatekeepers, og bestemme, hvilke forskere fra andre faggrupper de ville samarbejde med, og at sætte betingelser for deres aktiviteter. Det blev ved den formelle uafhængighed, fordi Evalueringsprojektet var grundigt indlejret i det medicinske funktionssystemets struktur. Der lå ved min ansættelse et næsten færdigt udkast til de kvantitative undersøgelser, forfattet af en gruppe læger, den såkaldte Styregruppe, som bestod af hhv. de to administrerende overlæger fra stamafdelingerne, en læge fra Københavns Sundhedsdirektorat og en professor og en lektor – begge læger – ved Institut for Social Medicin. I udkastet var der udspecificeret de nævnte to sociologopgaver, der samtidig specificerede, hvilke metoder jeg skulle anvende⁹⁹.

Jeg beskriver først evalueringsprocessen og dens strukturelle indlejring i det medicinske funktionssystem (Luhmann, 1997, pp. 743-776; 1983a; 1983b, 1990c). De fem læger i evalueringsgruppen havde forskellige ansættelsesforhold i det socialmedicinske og psykiatriske hierarki. Projektlederen, som var psykiater, var aflønnet af projektmidler i hele evalueringsperioden, men skulle tilbage til det psykiatriske system, efter evalueringen var slut. De to andre psykiatere var ansat som ”kliniske assistenter” på hver sit distriktspsykiatriske forsøgscenter. De havde centeroverlægerne både som delvist overordnede og som faglige vejledere på deres kvantitative undersøgelser. De kliniske assistenter skulle deltage i både en intern undersøgelse på centrene og i – den eksterne – evaluering i Evalueringsprojektet. En af socialmedicinerne – som også deltog i konciperingen af det nævnte udkast

⁹⁹ Styregruppen samledes ikke, efter Evalueringsprojektet var startet, men fungerede som principiel rekursmulighed i tilfælde af uoverensstemmelser i Projektgruppen, der ikke kunne løses af denne. Undertegnede fik i løbet af det første år med nogen vanskelighed sikret mig, at hvis det var de sociologiske projektdele, der var uenighed om, skulle der ved Styregruppens møder herom deltage to repræsentanter for Institut for Kultursociologi.

til undersøgelserne – var ansat som lektor på Institut for Social Medicin, han skiftede i sidste del af perioden til en stilling som konsulent i Sundhedsdirektoratet, som var opdragsgiver til Evalueringsprojektet. Den anden socialmediciner var ansat i Magistratens 3. afdeling i sociallægeinstitutionen, som var et lægeligt hierarki med reserve- og overlæger. Der blev dannet en ”Følgegruppe” for Evalueringsprojektet bestående af de to overlæger for de to distriktpsikiatriske centre og af de to administrerende overlæger fra Styregruppen, som var centeroverlægenes overordnede. Følgegruppen var aktiv gennem hele projektførløbet, den havde en lang række funktioner, hvoraf nogle var indbyrdes modstridende, og som involverede habilitetsproblemer – set fra en sociologisk synsvinkel. Følgegruppen skulle supervisere forløbet af Evalueringsprojektet, give faglig respons på udarbejdelsen af undersøgelserne, og som nævnt var centeroverlægerne direkte supervisorer på de kliniske assistenters interne undersøgelser for selve centrene og ligeledes på deres eksterne undersøgelser, der var konciperet som licentiatprojekter. Samtidig var de to administrerende overlæger, der havde deltaget i planlægningen af distriktpsikiatrien, ansvarlige for dens implementering sammen med centeroverlægerne i det toårige forløb med de to første centre, der, som beskrevet, blev evalueret af Projektgruppen¹⁰⁰. I Følgegruppen drøftedes forløb og forskning i undersøgelserne, centrene funktion og udviklingen af samarbejdet med de angivne partnere i distriktpsikiatrien, Evalueringsprojektets økonomi og forskelligt andet relevant. Ud over finansieringen fra forskellige store og mindre fonde bidrog Københavns Social- og Sundhedsvæsen og Københavns Universitet med lønninger til fire af lægerne i projektet i hele perioden. Afrapporteringen af evalueringen var fastsat til 1992. De to distriktpsikiatriske centre åbnede i foråret 1989.

Jeg havde i hele projektperioden løbende kontroverser og diskussioner med lægerne i evalueringsgruppen om diverse problematikker, hvor det blev tydeligt, at de talte ud fra deres egne faglige forudsætninger. Tre problematikker var særligt markante. For det første de sociologiske undersøgelser videnskabelige status, det var et generelt problem i hele perioden, for det andet centrene placering og for det tredje problematikken om den stigmatisering, som patienterne blev udsat for. Jeg fik jævnligt at vide, at organisationsanalysen var uvidenskabelig, i og med at

¹⁰⁰ Min deltagelse i forskellige typer møder, blandt andet med Følgegruppen, blev jævnligt gjort til genstand for diskussion. Jeg var jo ansat til at varetage specifikke opgaver, var jeg så også fuldgyldigt medlem af ”den projektansvarlige gruppe”?

den var baseret på deltagerobservation – jeg kommunikerede med feltaktørerne, både personale og patienter, så var den jo ikke ”objektiv”. Den blev rutinemæssigt benævnt som ”den bløde snak”, og ”den interne sladder på centrene”. Jeg passede imidlertid undersøgelserne på centrene, og organisationsanalysen fik et selvstændigt kapitel i Evalueringsrapporten. Som en underproblematik – af samme problemstilling – oplevede jeg ved afslutningen af rapporten et gruppepres for at slette mit ”jeg” og til at koncipere mine beskrivelser i grammatisk passiv. De lægevidenskabelige/psykiatriske beskrivelser borteskamoterede konsekvent observatøren og skrev alt i grammatisk passiv, og så ”ville det jo se mærkeligt ud, hvis der pludselig var et ”jeg””. Det var en del af en større problemstilling, at læger og psykiatere mener, de kan lave videnskabelige undersøgelser uden at observere og dermed uden en observatør. Det går som en rød tråd gennem hele Luhmanns (1971; 1984; 1997) forfatterskab, at det kræver en observatør at observere, beskrive og formulere observationerne som videnskabelige teorier. Jeg gav efter for gruppepresset og lovede mig selv at finde mit ”jeg” igen efter rapportens publicering. Den anden problematik handlede om centrenes placering. Jeg vidste fra litteraturen, at der i områder med lav socioøkonomisk status var et betydelig større behandlingsbehov end i områder med høj socioøkonomisk status, og her var der så placeret to lige store centre i hver sin ende af den socioøkonomiske skala. Lægerne afviste kritikken, da den var rettet mod de administrerende overlæger, der havde planlagt distriktspsykiatrien. De var en del af den såkaldte Følgegruppe i projektets organisationsstruktur, som projektlægerne var afhængige af for deres videre karriereforløb¹⁰¹. Det viste sig i et interview med den administrerende

¹⁰¹ Den administrerende overlæge fra Cirkelens stamafdeling skrev, på opfordring af Hospitalsdirektoratet i sommeren 1992, et seks sider langt brev til evalueringsgruppen som ”sagkyndig konsulent”. Det var på et kritisk tidspunkt, hvor vi efter en del drama endelig havde forfattet fælles formuleringer for det afsluttende og konkluderende kapitel – det eneste kapitel, vi skrev i fællesskab – og før publikationen af rapporten. Jeg undrede mig; han havde deltaget i planlægningen af distriktspsykiatrien, han var en del af mit genstandsfelt i samarbejdsundersøgelsen og havde en overordnet stilling i relation til psykiaterne i projektgruppen. Jeg protesterede, det var magtmisbrug, og det blev ikke bedre af, at hospitalsdirektoratet – med en lægefaglig direktør i spidsen – havde opfordret ham til at gøre det, tværtimod. Men lægerne i Evalueringsprojektet syntes åbenbart, det var en naturlig ting, han havde jo været medvirkende til både planlægning og gennemførelse af distriktspsykiatrien. ”Konsulenten” krævede rettelser i overensstemmelse med lægefaglige betragtninger; jeg giver eksempler i min artikel fra 1993 (Klitgaard, 1993). Han udtrykte en tøven over for nogle formuleringer om de store koordineringsproblemer imellem faggrupperne og ville have mildnet kritikken af sin egen indsats som planlægger af distriktspsykiatrien. Den administrerende overlæge fra Kvadratets distrikt havde tidligere i et interview sagt, at det var de enkelte fagforeningers styrke, der afgjorde personalesammensætningen af centrenes faggrupper. Der var

overlæge fra Kvadratets stamafdeling, som jeg hele tiden havde formodet, at Kvadratet var blevet anbragt i det kommunale distrikt med den højeste socioøkonomiske status af forskningsgrunde. Man havde således bevidst sat forskningshensyn over behandlingsbehov. Det tredje tema, der fremkaldte modstand i lægegruppen, var stigmatiseringsproblematikken, som jeg nævnte flere gange. Jeg refererede den, som den så ud fra patienternes side, at de fleste forholdt sig selektivt med hensyn til, hvem de fortalte, at de var psykiatriske patienter, for at undgå stigmatisering, og at de oplevede tab af venner og social distance fra bekendte. Lægerne mente samstemmende og højroestet, at for at kunne sige noget afgørende skulle det foregå med et meget større antal patienter og efter det klinisk kontrollerede forsøgs metode med en kontrolgruppe. Den type undersøgelse var jo ”den eneste korrekte videnskabelige metode” – det var en ytring, jeg på det tidspunkt havde hørt mange gange tidligere. Stigmatiseringsproblematikken var en af de få kampe, jeg dengang lod ligge, jeg behandler den i kapitel 7 i denne afhandling. Angående de ”objektive domme” og ”den eneste korrekte videnskabelige metode”, som lægerne altid refererede til, så var der tale om en cirkelslutning. Man kan spare sig at observere observatøren, fordi de på grund af deres objektive domme og metoder altid danner overensstemmende domme (Luhmann, 1990e, p. 147)¹⁰². Jeg kunne i løbet af de fire år i Projektgruppen

således ikke nogen faglig begrundelse for lige den fordeling mellem faggrupperne, jeg observerede, det havde været et rent magtspørgsmål. Det sætter selvsagt ”konsulentens” kommentarer i perspektiv. Men læge-medlemmerne af projektgruppen mildnede som krævet og indføjede noget om ”fordelene ved de mange faggrupper”. Der syntes at gælde den samme tilsidesættelse af habilitetsprincippet som ved andre lejligheder, at det da ikke betød noget, hvor man var ansat, og at det var den, der var nærmest på en sag, der var mest velegnet til at kommentere den. I parentes bemærket var mødet og ”konsulentens” magtmisbrug dråben, der fik bægere til at flyde over – jeg begyndte at skrive artiklen til *Social Kritik*, som udkom et halvt år efter (Klitgaard, 1993).

¹⁰² I min artikel (Klitgaard, 1993) kaldte jeg de nedsættende bemærkninger om mit faglige ståsted for ”symbolsk vold” (ibid., p. 29). Bourdieu (1980) beskriver symbolsk vold i *Le sens pratique* og i flere andre værker. I værket fra 1980 forekommer beskrivelsen i et kapitel om dominansmåder (Bourdieu, 1980, pp. 209-231). I systemteoretisk sammenhæng kan man sige, at ”symbolsk vold” forekommer, når medlemmer af et magtfuldt funktionssystem, her det medicinske, ignorerer den funktionelle differentiering inden for det videnskabelige funktionssystem og almengør egne forskningsmetoder til at gælde andre videnskabelige faggrupper. I dette tilfælde det (kultur)sociologiske, som er en del af det videnskabelige funktionssystem, der arbejder efter en sand-falsk kode, og som anvender heterogene teorier og metodologier – hvor lægevidenskaben derimod anvender en homogen orientering til kvantitative teorier og metodologier. Luhmann (1990d; 1997, pp. 772-776; 2005, pp. 261-285) beskriver dele af problemstillingen i de nævnte værker, men har ikke en præcis parallel til ”symbolsk vold” i Bourdieus forstand.

konstatere, at psykiaterne havde svært ved at tale både om deres egen magtposition og om magtrelationens konsekvenser for deres kontakt med patienterne (Klitgaard, 1993, p. 20).

Jeg kalder temaerne i samarbejdsproblemerne for en kontrovers, idet de beskrevne problemer havde en karakter, der gik ud over det personlige. De var udtryk for forskellige og til dels inkompatible videnskabelige traditioner og for det medicinske funktionssystemets institutionelle dominans i Evalueringsprojektet. Kontroversen blev offentlig, da jeg fortsatte diskussionen i et stort dagblad og i en artikel i personlig-ironisk form i tidsskriftet *Social Kritik* efter den officielle afrapportering (Klitgaard, 1993). To af lægerne svarede på min kritik i senere numre af *Lægen* og *Social Kritik*, som jeg efterfølgende replicerede på. Andre involverede læger kommenterede i dagspressen. To af lægerne fra projektgruppen sendte min artikel fra *Social Kritik* til Udvalget Vedrørende Videnskabelig Uredelighed (UVVU) under Forskningsrådene og bad UVVU vurdere, om jeg havde anklaget dem for videnskabelig uredelighed. De fik ikke medhold (UVVU 1993). Tværtimod godtog UVVU i det væsentlige mine kritikpunkter. UVVU skrev i vurderingen, at ”kritikken navnlig (var) rettet mod tilrettelæggelsen af undersøgelsen af de lægelige medlemmers utilbøjelighed til at behandle emner, der lå i kanten af de opgaver, der var formuleret for gruppen, samt lægernes manglende forståelse af og respekt for sociologiske undersøgelsesmetoder. Der var også tale om kritik af lægernes insisteren på at nå formuleringer, alle kunne tilslutte sig, så man undgik mindretalsudtalelser. Lægerne blev yderligere kritiseret for, at de havde påtaget sig opgaver, uanset at der kunne rejses habilitetsmæssige indvendinger, idet lægerne havde tilknytning til de undersøgte institutioner” (ibid., pp. 52-53). UVVU konkluderede til sidst, at ”der var således tale om generelle problemer, som ikke var egnet til behandling under det uredelighedsbegreb, udvalget arbejder med”. I en yderligere kommentar skrev UVVU, at ”det er vigtigt, der ikke lægges for snævre grænser for en debat om de problemer, der kan opstå i et tværvidenskabeligt arbejde, hvor forskellige opfattelser af metoder, roller og fremstillingsform ofte manifesterer sig”. Kommentaren sluttede ”Det skal dog tilføjes, at en debat generelt vinder i lødighed ved at blive holdt i en saglig og mådeholden form”. Det tolker jeg som en misbilligelse af den ironiske tone i min artikel. Jeg var ikke alene om at opleve

samarbejdet med læger i forskerrollen som problematisk – når de forsøgte at sætte deres biomedicinske, kvantitative paradigme igennem¹⁰³.

Kvantitative og kvalitative metoder

Uenighederne om den videnskabelige tilgang i evalueringsgruppen hænger sammen med de kvantitative metoder, lægerne næsten altid benytter, i overensstemmelse med Larssons (2013) teori om kognitiv konsensus (ibid., pp. 32-33). I evalueringsrapporten målte og talte de hel- og deltidssindlæggelsesdage, ambulante patienter, akutte skadestuepatienter, symptomer af forskellig art og deres sværhedsgrad etc. Når ”objektivitet” og ”subjektivitet” er faste størrelser i de lægevidenskabelige metoder, behøver de ikke den medfølgende selvrefleksion, der er en del af redegørelsen for de kvalitative metoder i sociologiske, kultursociologiske og antropologiske og andre lignende undersøgelser. I traditionel metodelitteratur er der en ikke helt så bestemt opfattelse af, hvad der er objektivt og subjektivt. I traditionel kvalitativ metodelitteratur sigter metoderne imidlertid mod at finde ”den objektive virkelighed”, og der er en tendens til at sætte lighedstegn mellem ”subjektiv” og ”vilkårlig” (Luhmann, 1997, p. 876). Det hænger sammen med, at grundbegreber som ”mening”, ”forståelse” og ”sociale systemer” ikke altid er teoretisk funderede. Alternativerne bliver vilkårlighed eller determination, og læseren skal derfor overbevises fra et nulpunkt (Becker, 1958, p. 660). Antropologer har beskrevet denne tilgang som ”realistisk”, fx van Maanen (1988, pp. 46-49; pp. 125-127; pp. 138-141). Ellis (2004) kritiserer denne ”realistiske” måde at skrive etnografi og antropologi på, idet hun mener, etnografen eller antropologen skal involvere sig selv og bruge egne erfaringer i relation til felten i ”autoetnografi”. Den nye retning udsprang af en repræsentationskrise midt i firserne, hvor de traditionelle tilgange som den ”realistiske position” foregav at studere den ”objektive” virkelighed som sociale fakta (Esholdt, 2015, p. 33). Forestillingen om forskerens fuldstændige objektivitet er endvidere et ”gudetrick”, nemlig forestillingen om, at forskeren kan

¹⁰³ Efter publiceringen af den officielle rapport fandt jeg sammen med sociologer og repræsentanter for andre faggrupper, som ligeledes havde kritiske forløb med læger som forskere og det medicinske paradigme bag sig. Vi kaldte gruppen for ”Netværk for Samfundsvidenskabelig Sygdomsforskning” (NSS) og fik støtte fra det daværende Samfundsvidenskabelige Forskningsråd. Jeg var medlem af bestyrelsen sammen med en lille, tværfaglig gruppe. NSS var aktivt fra 1993 til 2000. Netværket udgav en seminarrapport om kontrollerede kliniske undersøgelser (Gannik & Launsø (red.), 1996) og en antologi med deltagelse af nordiske forfattere inden for området (Gannik & Launsø (eds.), 2000).

se verden fra "everywhere and nowhere" ved at tilsløre de anvendte metoder og forskerens egen rolle (ibid.). Ellis (2004) skriver, at forskerens personlige erfaringer og de interaktioner, hun deltager i, er med til at forme feltet, og at denne medvirken skal være en del af beskrivelsen. Ellis beskriver den "realistiske" position som læggende overdreven vægt på korrekt metodologi (ibid., p. 29).

Fortolkning og inddragelse af teoretiske perspektiver relaterer sig i traditionel metodeteori til aktørernes selvforståelse, dvs. at sociale handlinger beskrives som udgangspunkt ud fra den mening, som aktørerne selv tillægger dem. "Intersubjektivitet" spiller her en rolle som formidlende begreb til at forklare et fællesskab mellem feltets aktører og forskeren. At denne tilgang stadig med variationer er almindelig som teoretisk model i metodelitteraturen, kan man overbevise sig om ved at læse værker af Taylor & Bogdan (1984), Silverman (1985), May (2011) og Kvale (2002) – deres øvrige fortjenester ufortalte. Det er et gennemgående træk ved de traditionelle fremstillinger, selvom de kan distancere sig fra renlivet positivisme, at en underliggende mistro til metodernes resultater skinner igennem. Den hænger formodentlig sammen med ovennævnte objektiv-subjektiv dikotomi. Kritikken går endvidere på, at deltagerobservation producerer upålidelige data, idet forskeren er selektiv i sin udvælgelse af data og interagerer med det undersøgte felt (Esholdt, 2015, p. 34). Det var en kritik, der i overmål tilflød mig fra de fem læger i Projektgruppen: "Du kan jo ikke være objektiv, når du hele tiden snakker med dem" – det var en ytring, som jeg hørte i mange variationer. I deltagerobservation og ved kvalitative interviews er sociologen instrumentet for dataindsamlingen, heraf eksplicite eller implicite anklager om subjektivitet og vilkårlige, idiosynkratiske fortolkninger af feltet. Denne mistillid skal "modbevise", for at læseren kan have "tillid" til resultaterne (Becker, 1958; May, 2011, pp. 178-180). Taylor & Bogdan (1984, pp. 138-140) opfordrer til at lede efter "negative cases" for at uddybe forståelsen, de kan være anledning til frugtbare indsigter. Fx tenderede patienterne på Kvadratets dagcenter til at afvise udtryk for psykosociale forstyrrelser og sanktionere dem negativt, da de fleste patienter orienterede sig mod normalitet, hvorimod patienterne på Cirkelns dagcenter forholdt sig langt mere accepterende i relation til samme udtryk fra medpatienter, idet de fleste orienterede sig mod patientfællesskabet. Det viste sig dog, at også patienterne på Cirkelns dagcenter havde grænser for, hvad de tolererede. Fx blev nogle patienter direkte mobbet af de andre patienter i de perioder, hvor de havde et anstrengt forhold til deres personlige hygiejne og havde uhygiejniske madvaner.

4.3. Præsentation af de to dagcentre

En gruppe socialforskere udgav i 2012 et værk med titlen *Det danske classesamfund* (Olsen et al., 2012)¹⁰⁴. De tal, der interesserer mig her, er fra 1985, dvs. tæt på 1989, hvor jeg begyndte deltagerobservationen i de to dagcentre. De følgende tal er opgørelsen baseret på enkeltpersoner, forfatterne bruger en inddeling i fem klasser. I 1985 udgjorde overklassen 1 %, højere middelklasse 4 %, middelklassen 19 %, arbejderklassen 58 %, og underklassen 18 % (ibid., p. 14). Til orientering skal jeg anføre, at arbejderklassen i 2009 udgjorde 47 % og underklassen 20 %. De to klasser er altså stadigvæk en substantiel del af det danske arbejdsmarked (ibid., p. 14).

Da min undersøgelse af de distriktopsykiatriske centre og deres kontekst foregik i 1988-1992, skal jeg koncentrere mig om forholdene i København i denne periode. Et storbyområde som København kan defineres som en bykerne med et tilhørende tætbebygget område, der er forbundet med bykernen med et tæt transportnetværk og et indbyggertal på over 500.000 (Tonboe, 1988; Knudsen et al., 1992, p. 52). Tendensen var på afrapporteringstidspunktet i 1992, at befolkningen i stigende grad segregeredes efter deres tilknytning til arbejdslivet, og boligmarkedet sorterede folk efter indkomst, alder og familiestørrelse (Tonboe, 1988; Thor Andersen, 2005). Den hyppigst anvendte definition af segregation går ifølge Thor Andersen på sociale forskelle mellem geografiske områder, nemlig gentrificering og ghettoisering (Thor Andersen, 2005, pp. 231-234). Det er en variation af det klassiske sociologiske begreb om social ulighed. Ghettoisering eller eksklusion kræver ligesom gentrificering eller inklusion et rumligt substrat (Luhmann, 1994; 1997, pp. 618-634; Stichweh, 1998). Når arbejdsløshed og overførselsindkomster dominerer i et boligområde, kan der opstå en form for kumulativ eksklusion, som udmøntes i en fattigdomskultur (Jönhill, 2012, pp. 77-88). Det var tilfældet i en del af Cirkulens distrikt. Modsat gentrificering, der forhøjer et boligområdes sociale status, som der var eksempler på i Kvadratets distrikt.

¹⁰⁴ Forfatterne anfører SFI's femdeling af klasserne, som SFI benyttede fra 1960'erne og nogle årtier frem, og som angiver en lidt forskellig procentfordeling mellem klasserne (ibid., pp. 30-31) i relation til forfatternes egen inddeling (ibid., p. 14; pp. 36-39), men forfatterne angiver ikke det nøjagtige årstal for indsamlingen af SFI-tallene. Derfor vil jeg hellere benytte forfatternes egen inddeling, ligeledes i fem klasser.

Det socioøkonomiske grundlag ændrede sig fra 1970'erne fra hovedsageligt at være baseret på produktion til at basere sig på service og vidensproduktion. De ufaglærte jobs forsvandt gradvist, og samtidig med at stigende forskelle i løn- og ansættelsesvilkår manifesterede sig op gennem 1980'erne (Thor Andersen, 2005, p. 10-11). København Kommunes gennemsnit for ufaglærte var betydelig højere end for resten af landet: 55 % mod 41 %. Til gengæld var andelen med lang, højere uddannelse højere end landsgennemsnittet (Rold Andersen et al., 1987, p. 21). Den gennemsnitlige indtægt i Københavns Kommune var på 133.000 kroner i 1991 (Københavns Statistiske Årbog, 1991). Der var en stor andel af ældre i kommunen i forhold til landsgennemsnittet, specielt aldersgruppen fra 60 år og opefter, såkaldt forgubning (Rold Andersen et al., 1987). Overdødeligheden var fordelt bredt over mange diagnosegrupper, hvilket tydede på en generelt dårligere helbredstilstand for københavnere end for resten af landets befolkning (Rold Andersen, 1987, p. 200). Det gav sig blandt andet udslag i forbruget af psykiatriske ydelser. Den psykiatriske sygelighed i København var markant højere end i resten af landet, idet en tredjedel af landets psykiatriske sengedage blev brugt i København. Det skulle ses i sammenhæng med befolkningens fordeling på køn, alder og civilstand samt med en række andre faktorer i kompliceret samspil. Fordelingen på diagnoser (Rold Andersen et al., 1987, tabel 8.8, p. 178) i forhold til det øvrige land viste en markant overrepræsentation af skizofreniindlagte, specielt i alderen 30-59 år, idet der i København var 3-4 gange så mange indlagte som i det øvrige land. Overhyppigheden herfor toppede i 40-årsalderen. Ligeledes var der en kraftig overvægt af patienter med hjerneskader, alkoholisme og narkomani i København, 3-5 gange så mange som i landet som helhed. Ved samtlige diagnosegrupper var liggetiden højere end i resten af landet (Rold Andersen et al., 1987)¹⁰⁵. I København strukturerede den urbaniseringsproces – der løb parallelt med industrialiseringsperioden i sidste halvdel af 1800-tallet – stadigvæk kommunens boligsektor (Thor Andersen, 2011, p. 393). Størsteparten af det byggede miljø blev produceret under andre sociale, økonomiske og politiske forhold end de aktuelle. Det giver en tidsmæssig forskubning mellem de sociale og politiske forandringer på den ene side og en bys funktionelle og socialgeografiske struktur på den anden. Det byggede miljø kom til at danne en

¹⁰⁵ I 1950 var Københavns Kommunes befolkning på 768.000 indbyggere, i 1985 var den på 483.000. Det var en reduktion på 37 % over 35 år (Rold Andersen et al., 1987). Mønstret i til- og fraflytningen betød en koncentration af ressourcetsvage og sårbare grupper i Københavns Kommune, mens de ressourcestærke grupper i stort omfang fraflyttede kommunen.

træg struktur, der forandrede sig langsomt over en årrække, og som satte begrænsninger for nye socialpolitiske tiltag på boligområdet (Thor Andersen, 2005). Boligstandarden lå betydeligt under landsgennemsnittet (Rold Andersen et al., 1987). Brokvartererne i København var sidst i firserne nedslidte og præget af mange små, billige lejligheder uden moderne faciliteter, og som tiltrak ressourcefattige- og lavindkomstgrupper (Tonboe, 1988). Indkomsterne i højindkomstgrupperne, som ejede egen bolig, voksede, mens der skete en marginalisering af beboerne i lejeboliger, hvoraf en voksende andel var på overførselsindkomst. Der skete herved en øget social og økonomisk segregering, fordi forskellene på disse parametre blev større mellem de forskellige bydele eller kvarterer (Thor Andersen, 2005, p. 233). Den ældre bebyggelse var ofte domineret af små umoderne lejligheder beboet af ufaglærte arbejdere, indvandrere og andre marginalgrupper, hvoraf mange var på overførselsindkomst (Thor Andersen i Andersen, H. (red.), 2011, pp. 381-397). En relativt stor andel af boligerne i København var lejeboliger. Indkomsten for lejere er i gennemsnit betydelig mindre end indkomsten for selvejere. 56 % af beboerne i lejeboliger var enlige mod 18 % i ejerboligerne. Befolkningens vandring til og fra København bestemtes således for en stor del af den disponible boligmasse.

Sammenfattende kan man sige, at København svarede til det billede, som gjorde sig gældende for nordeuropæiske storbyer generelt sidst i firserne og i begyndelsen af halvfemserne: Der var af forskellige grunde sket en ophobning af problemgrupper og sårbare grupper på overførselsindkomster, som stillede øgede krav til det offentlige serviceniveau, samtidig med at beskatningsgrundlaget var faldende (Rold Andersen et al., 1987; Thor Andersen, 2005).

Den sociale ulighed i de to københavnske centerdistrikter

I moderne funktionsdifferentierede samfund forekommer fænomener fra såvel segmenterede som stratificerede samfund (Luhmann, 1997, pp. 772-776). De sidste udmærker sig ved forskellige former for social ulighed, som placeringen af de to dagcentre illustrerer. De befandt sig i hver sin ende af den sociale skala: Kvadratets dagcenter lå i Københavns Kommunes mest velhavende distrikt, og Cirkelens dagcenter var placeret i et af kommunens mest belastede distrikter. I det sidste var der fra begyndelsen pres på dagcentret, hvad der ikke var tilfældet i samme målestok på Kvadratets dagcenter. Den sociale ulighed var slående. I den forbindelse vil jeg trække på nogle af de mange undersøgelser, der dokumenterer, at klassetilhørsforhold spiller en rolle for udviklingen af psykisk sygdom. Mange

undersøgelser har dokumenteret, at psykisk sygdom er mest almindelige i de underste sociale klasser, at det er opvækstbetingelserne i sig selv i de underste klasser, der skaber flere personer med psykiske sygdomme, samt at de fleste har boet i lavstatusområder hele deres liv (Cockerham, 2014, pp. 112-126; Hollingshead & Redlich, 1958; Horwitz, 2002; Leighton et al., 1959; Myers & Roberts, 1959; Rogers & Pilgrim, 2014, pp. 21-36; Srole et al., 1975 & 1977). Horwitz (2002) understreger i den forbindelse, at der i de øverste socioøkonomiske lag er stor forståelse for de psykologiske komponenter ved psykisk sygdom (ibid., pp. 47-51; pp. 63-70). I kommunens mest velstillede distrikt, hvor Kvadratets dagcenter lå, var den gennemsnitlige bruttoindkomst i 1991 på 170.000 kroner, hvor kommunens gennemsnit lå på 133.000 kroner. Antallet af beskæftigede i 1987 i arbejdsstyrken i Kvadratets distrikt lå på 7-10 % over byens gennemsnit på 60,5 %, ligesom der var en overrepræsentation på 2-8 % af personer med korte, mellemlange og videregående uddannelser. Klientraten for kontanthjælpsmodtagere var på 12,5 % mod byens 16,1 %, for førtidspension var tallene på 5,5 % mod 8,8 % for byen. Kvadratets distrikt havde nogle velhavende hovedområder, indimellem var der en del blandede områder og nogle mindre fattigdomslommer. I distriktsundersøgelsen var det karakteristisk, at socialforvaltningen ikke kendte mange fra de velstillede områder, men anslog med et slag på tasken halvdelen af deres klienter til at komme fra den største fattigdomslomme. I Cirkelens distrikt var den gennemsnitlige bruttoindkomst i 1991 på 119.000 kroner mod byens 133.000. Antallet af beskæftigede i arbejdsstyrken var i 1987 på 48,8 %, og i distriktet var der for korte, mellemlange og videregående uddannelser en underrepræsentation på 1-3 % i forhold til kommunen som helhed. Procentdelen af modtagere af kontanthjælp var i 1991 på 16,9 %, og modtagere af førtidspension var på 16,3 % mod 8,8 % for byen som helhed (Knudsen et al., 1992, pp. 43-50). I en del af distriktet var andelen af overførselsindkomster ca. 50 % (Knudsen et al., 1992, p. 48). Cirkelens distrikt lå i et belastet yderdistrikt i kommunen. Det var blevet bygget som spekulationsbyggeri, der hurtigt blev til slum, fra sidste halvdel af 1800-tallet og frem. Distriktet var præget af en marginaliseret restbefolkning og en hurtigt skiftende ressourcerig gruppe, typisk velfungerende børnefamilier, der hurtigt fraflyttede. En del af restbefolkningen boede i små lejligheder i de gamle boligblokke, der nu var kommunalt ejede, og hvor Københavns Kommune i mange år konsekvent havde anbragt førtidspensionister (ibid., pp. 56-63). Denne praksis kan fortolkes som kumulativ eksklusion (Jönhill, 2012, pp. 77-88).

Dagcentrenes organisation

Dagcentrene havde som organisation et formelt optagelseskriterium: at man skulle have en psykisk sygdom, der kunne behandles ambulant efter bestemte diagnostiske kriterier. Dertil kom et andet formelt krav for at blive optaget som medlem af organisationen (her som patientmedlem af et distriktspsykiatrisk center): at patienterne skulle mobilisere tilstrækkelig tillid til at acceptere en kontaktperson, som de skulle have regelmæssig kontakt med. Dermed demonstrerede de, at de havde "sygdomsindsigt", som det hedder i plejet psykiatrisk semantik (Luhmann, 1980b, pp. 9-71). Kravet udgjorde en formalisering af de adfærdsforventninger, som alle organisationer har til deres medlemmer, her patientmedlemmerne (Luhmann, 1964a, pp. 36-37) og udgjorde et målprogram (Luhmann, 2006, pp. 265-271). (Patient)medlemmerne kunne følgelig ikke over længere tid systematisk undgå deres kontaktperson, uden der ville blive sat spørgsmålstegn ved deres medlemskab i dagcentret. Det var endvidere underforstået i praksis – som uformelle sociale ordensydelse – at patienterne skulle være tilstrækkeligt strukturerede til at ramme åbningstiden, og at de skulle kunne tåle tilstedeværelsen af andre mennesker. De to dagcentre havde ved siden af deres formelle målprogram (Luhmann, 2006, pp. 265-271) nogle organisatoriske konditionalprogrammer (ibid., pp. 263-265), fx var der bestemte optagelseskriterier i Cirkelns terapigruppe for mandlige dagcenterpatienter. Ligeledes var der kriterier for, hvilke patienter på Kvadratets dagcenter der var berettigede til psykoterapeutiske forløb. På trods af de nævnte organisatoriske træk prægede det de psykiatriske institutioner, at det var steder, hvor ikkeforventede hændelser forekom, og de blev derfor forventet (som nævnt i kapitel 1). Hverken patienter eller personale kunne imidlertid forudsige, hvilken form de ville tage, man forventede med andre ord det ikkeforventede, både i form og indhold. Rowlands (1938, pp. 334-335) pointe om, at psykotiske udtryk ingen værdi har, gælder således kun de individuelle symptomudtryk isoleret set (ibid., pp. 334-335). Psykiatriske institutioner er generelt præget af, at personalet behandler mennesker med psykosociale inkompetencer af varierende grader og varighed.

De to distriktspsykiatriske dagcentre, Kvadratet og Cirklen, var begge normeret med 21 stillinger fordelt på forskellige faggrupper. Der var tre psykiatere, to psykologer, fire sygeplejersker, tre socialrådgivere, to ergoterapeuter, to plejere, en til to social- eller afspændingspædagoger eller fysioterapeuter og to sekretærer. Centrene blev formelt ledet som psykiatriske afdelinger, det vil sige, at det var læge- og sygeplejehierarkiet med centeroverlægen og den ledende

centersygeplejerske i spidsen, der havde den formelle beslutningskompetence. Centrene var underlagt hver sin stamafdeling – det vil sige den døgnafdeling på den psykiatriske afdeling, de hver især hørte under. Centrene havde imidlertid en mere selvstændig status end et almindeligt sengeafsnit. Stamafdelingerne og de distriktspsykiatriske centre kan med Mintzbergs (1983) terminologi karakteriseres som fagbureaukratier, hvor Kvadratet var et tilnærmet adhocrati, der havde træk fra både fagbureaukrati og adhocrati (ibid.). I fagbureaukratier som hospitaler er lægerne kerneprofessionen, det var ligeledes tilfældet i centrene, her delte centeroverlægerne dog autoriteten med centeroversygeplejerskerne. Mintzberg (1983) skriver endvidere, at små enheder er bedst egnede til komplekst, interdependent tværfagligt arbejde, det var stort set det, der udgjorde dagcenterteamenes arbejdsområde. Dagcentrene bestod for patienternes vedkommende af små enheder, der principielt – ifølge psykiatriplanen fra 1987 – skulle inkludere alle ”kronisk psykotiske” patienter i distriktet. Der var stor forskel på koordineringsniveauet på de to dagcentre. På Cirkelns dagcenter var dagcenterteamet lille og meget velkoordineret i relation til patienternes kommunikation og adfærd. Det bestod af to plejere og to ergoterapeuter og en halvtidsansat ergoterapeut samt en halvtidsansat fysioterapeut. Dagcentret havde kollektiv ledelse, der var således en tværfaglig arbejdsdeling. Alle de heltidsansatte havde kontaktperson-funktioner, og der var principielt ikke forskel på arbejdsopgaverne for plejere og ergoterapeuter. Alle de ansatte i dagcenterteamet havde nogen eller lang tids erfaring med miljøterapi og psykotiske personer. Teammedlemmernes arbejde var, med undtagelse af de deltidsansatte, karakteriseret af rollediffusitet, alle lavede det samme uanset formel faglig baggrund. Der var stærke koordineringsmekanismer for det interdependente arbejde i dagcentret. Det så ikke ud til, at der i teamet var tendenser på uformel ledelse, som ikke blev accepteret af de andre teammedlemmer (Mintzberg, 1983). På Kvadratets dagcenter var der tolv teammedlemmer fra forskellige faggrupper involveret som miljøarbejdere, hvoraf de ni havde kontaktperson-funktioner med skiftende vagter i dagcentret. Det kunne have en uheldig virkning, idet patienter, der havde et akut problem, kunne komme til at vente flere dage, før deres kontaktperson kom tilbage. Teammedlemmerne havde opgaver efter en udvidet kontaktpersonmodel som ”case manager”, hvor et teammedlem tog sig af alle de problemstillinger, deres patienter præsenterede. Princippet i case managermodellen var udførende, hvor man på Cirkelns dagcenter havde valgt en kontaktpersonmodel, der havde en formidlende rolle. I Praktisk Gruppe og andre

grupper var princippet – modsat på Cirkelns dagcenter – at teammedlemmerne ikke måtte være en patients kontaktperson, da det kunne vanskeliggøre erstatning af et teammedlem ved fravær. På Kvadratets dagcenter var der modsatrettede træk fra teammedlemmernes independente – hvor de arbejdede på egen hånd – og det interdependente arbejde (Mintzberg, 1983), hvor teammedlemmerne skulle koordinere holdninger og handlemåder i relation til patienterne – det sidste var der hyppigt problemer med.

Patientmedlemmerne og deres kommunikation: Sociale (u)ordensydelser

Patienterne i de to dagcentre manglede i varierende grader sociale færdigheder, de var kommet i kontakt med psykiatriske institutioner på grund af deres socialt stødende og utålelige adfærd. Den havde først manifesteret sig i relation til deres læge omverden, som sanktionerede den negativt med afstandtagen, uforståenhed, fjendtlighed og foragt (Goffman, 1967, p. 137)¹⁰⁶. De pågældende patienter havde skuffet andres sjældent skuffede forventninger (Luhmann, 1980a, pp. 44-45) eller basisforventninger – midlertidigt, i hvert fald. Det angiver deres – fremtidige – restitutive ”arbejdsområde” for at blive ”genoprettede” som samfundsborgere (Durkheim, 1893/1973, pp. 32-34), i deres proces med at komme sig (Topor, 2001). De to dagcentre bestod af en heterogen patientgruppe, hvor de mest larmende, udad-reagerende, aggressive og voldelige patienter var blevet valgt fra på forhånd af organisatoriske grunde, idet personalet kun kunne rumme en vis portion kontingent adfærd af denne type. Det var én af grundene til, at dagcentrene kun kunne inkludere et bestemt segment af deres målgruppe i distriktet. En overbebyrdelse med kontingent adfærd, der konstant brød basisforventninger, ville forstyrre dagcentrenes funktion og skræmme de andre patienter væk. Til de formaliserede optagelseskrav i dagcentrene kom semiformelle konditionalprogrammer (Luhmann, 2006, pp. 263-265), som dels var styret af teammedlemmerne og dels af patienternes adfærd. Man kunne bortvise patienterne, hvis de udviste den beskrevne adfærd. Derudover var der på Cirkelns dagcenter en regel om, at teammedlemmerne ikke ville have, at patienterne indtog stoffer, mens de opholdt sig i dagcentret. Så blev de bortvist, men hvis de kom i påvirket tilstand, tolererede teammedlemmerne dem, hvis de ikke opførte sig alt

¹⁰⁶ I sin fremstilling af kontingensen omkring skuffelsesproblemet ved forventninger (1980a, pp. 45-48) inkluderer Luhmann ganske vist nogle eksempler på psykisk sygdom/psykosociale forstyrrelser, som ikke nødvendigvis er sjældent skuffede forventninger, men jeg har brug for et pragmatisk skel til at behandle problematikken omkring psykiatriske patienter.

for larmende og udad-reagerende. Der var en lignende ordning på Kvadratets dagcenter, men her var det ikke særlig aktuelt, da der ikke var et udbredt og synligt misbrug på samme måde som på Cirkelns dagcenter i det belastede distrikt. Det fremgik af de formelle optagelseskrav, at patientmedlemmerne skulle indtage en patientrolle, som var den mest generelle rolle i dagcentrene. Patienterne forventedes at have en accepterende holdning til deres kontaktperson og rette sig efter hendes anbefalinger; medmindre de havde formulerede indvendinger imod hende, så kunne de skifte kontaktperson. Teammedlemmerne forventede af patienterne, at de opførte sig så normalt som muligt, og at de så nogenlunde overholdt husordenen.

Rowland (1938) skriver fra sin deltagerobservation på en psykiatrisk afdeling, at vrangforestillinger står i modsætning til social interaktion (ibid., pp. 334-335). De har i lighed med hallucinationer ingen kommunikativ værdi, da de kun eksisterer i en patients private forestillingsverden¹⁰⁷. Jeg kan tilføje, at den kommunikative værdi ligeledes mangler for mange andre individuelle psykotiske udtryk som nonstop-talestrømme, bizar adfærd og kommunikation, påfaldende proxemics-adfærd etc. Psykotiske personer både kommunikerer og ikkekommunikerer, når de ytrer sig. Afsenderens "information" og "meddelelse" bliver her en individuel handling uden social resonans, idet kommunikationens tredje og sidste selektion mangler, nemlig forståelsen hos modtageren af "kommunikationen" (Luhmann, 1984, pp. 191-241; 1987c). Psykotiske ytringer kan dertil være konfliktskabende (Rowland, 1938, pp. 334-335; Luhmann, 1984, pp. 488-550; 1975b; 2002a, pp. 335-341), hvis patienterne insisterer på at fremføre dem eller interagere om dem. De har formodentlig forsøgt at kommunikere om deres vrangforestillinger og hallucinationer, men er som "afvigere" i forskellige interaktionssystemer blevet mødt med mange modsigelser (Festinger et al., 1950, pp. 101-103, pp. 172-174; Sherif & Sherif, 1956, pp. 242-245; Sjølund, 1965, pp. 75-77). De pågældende patienter reagerede derefter, ifølge Rowland (1938), med funktionel stumhed, når de andre patienter "kun" ville deltage i interaktionssystemer af fælles interesse (ibid., pp. 334-335). I den forbindelse kan man notere sig Luhmanns (1989) konstatering af, at tavshed er den sidste kode for kommunikation (ibid., p. 105). De psykotiske ytringer

¹⁰⁷ Her kunne jeg referere til en patients "Eigenwelt" eller "egenverden", som Binswanger (1957) gør det sammen med "Mitwelt" og "Umwelt". Men egenverden hører til i et forgangent begrebsunivers, hvor det blev brugt om psykopatologiske tilstande og fremtrådte som et statisk begreb. I stedet benytter jeg udtrykket "privat forestillingsverden", når det er aktuelt.

fremstår som meningsløse – på baggrund af, at vi altid leder efter en mening med det, vi oplever (Luhmann, 1971; 1984, pp. 92-147; 1997, pp. 44-59). Arieti (1974) skriver, at hallucinationer ikke kan valideres konsensuelt (ibid., p. 215). De relevante professionelle, der kan kommunikere med patienterne på et symbolsk plan, kan anvende symptomerne som pejlemærker for patienternes tilstand. Eller de kan anvendes i selvhjælpsgrupper, når patienterne har fået afstand til og dermed bevidsthed om deres symptomer – som beskrevet af Busch (2006) i afsnittet om en stemmehørergruppe (ibid., pp. 71-75). Hvis man vender Rowlands udsagn om, at psykotisk ”kommunikation” ingen værdi har, hvordan ser det så ud fra den psykotiske patients side? En slående formulering, som jeg ikke i skrivende stund kan huske oprindelsen til, var en patient, der nu var i stand til at levere sociale ordensydelse, som sammenlignede sin psykotiske tilstand med isolationsfængsling, bortset fra at der ingen mure var, og at han led under det. Det centrale var, at han følte sig spærret inde, selvom han brugte sproget, men han kunne ikke gøre sig forståelig i relation til sin sociale omverden.

Med systemteorien vil jeg kalde hallucinationer, vrangforestillinger og andre psykotiske symptomer for svært konnekterbare kommunikationer (Luhmann, 1984, pp. 191-241; 1987c). De får først kommunikativ værdi og bliver konnekterbare eller kommunikable, når patienterne kan følge regelværket, dvs. når de kan levere sociale ordensydelse. Den psykotiske tilstand er karakteriseret ved, at patienterne hverken forholder sig til refleksiv perception eller til den refleksive forventningsstruktur, begge elementer er iboende sociale og indgår i en ordensopbyggende kommunikation. Patienterne har tendens til at blive grænseløse, når de ikke skelner mellem selv- og fremmedreference i relation til det psykiske system (Luhmann, 1984 pp. 57-70; 1988a). Psykotiske patienter kan opleve, at de flyder i et med omverdenen. Goffman skriver, at begyndende symptomer på funktionelle psykiske sygdomme kan opfattes som normbrud eller provokationer, inklusive de politisk intenderede. Det flugter med hans beskrivelse i *The Insanity of Place*, hvor han diskuterer det komplicerede forhold mellem intenderede og ikkeintenderede forstyrrelser og mellem biologiske og sociale normer (Goffman, 1969, pp. 344-357).

Inden i hvert dagcenter dannede der sig mindre interaktionssystemer. De kunne udvikle karakter af ”fortrolighedskliker”, i lighed med Smith & Trashers (1963) beskrivelser (ibid., pp. 188-189). De havde ganske rigtigt, som i Smith & Trashers fremstilling, forventninger, der reverserede de forventninger, der gjaldt for morgen(mads)møder, husmøder og andre større, organiserede arrangementer

i dagcentrene. Her forventedes man ikke at give detaljerede fremstillinger af sit liv eller af sin psykiske sygdom, og det var til en vis grad tilladt at kritisere aspekter af dagcentrenes funktion, men konstant kritik blev negativt sanktioneret. Det blev mere udtalt, når personale fra ambulatorierne deltog i møder, så manifesterede der sig et skift til vertikale relationer med overordnede læger og sygeplejersker (Mintzberg, 1983). Fortrolighedsklikkerne fungerede som private rum i relation til det offentlige rum, som de organiserede arrangementer udgjorde. I systemteoretiske termer kan man betegne fortrolighedsklikkerne som små interaktionssystemer, hvor patienterne viste tillid til hinanden (Luhmann, 1968). Jeg oplevede somme tider i patientinterviewene og i feltarbejdet, at patienter viste mig tillid og fortalte frit og detaljeret om deres psykiske sygdom, deres tanker og følelser om den, deres tvivl på sig selv, om de fordømte, de mødte uden for dagcentrene, og hvordan de kunne tilpasse sig både det interne liv i dagcentret og det eksterne liv uden for dagcentret. Der var enkelte patienter på begge centre, som i kraft af deres kontaktfuldhed og kommunikative evne havde et stort netværk af venner og bekendte, selv om de også havde mistet netværkspersoner. For det store flertals vedkommende kunne patienterne berette om eroderede netværk, dels af familiemedlemmer og dels af præ-stigma-venner, der nu var forsvundet (Cockerham, 2014, pp. 228-229; Goffman, 1963, pp. 52-55).

Rowland (1939b) tematiserer kontrasten mellem det formelle organisatoriske hierarki på den ene side og på den anden side deltagerens, her patienternes, spontane gruppekonstellationer, hvor de danner tiltrækningsmønstre indbyrdes (ibid., p. 264). Tiltrækningen på dagcentrene gik over den forståelige kommunikation, som Rubingtons (1972) beskriver med sin normalitetspyramide. Pyramiden eller hierarkiet etablerede nærmest sig selv, ved at patienter, der kunne kommunikere forståeligt, opsøgte andre patienter, der ligeledes kunne kommunikere forståeligt. Som en dagcenterpatient sagde i et interview: ”Nogle (patienter) er så dårlige, at de er svære at kommunikere med, jeg holder mig til dem, der har lyst til at snakke” (Interviewnoter, 4.2.1991a). Jeg foretrækker imidlertid forståelig kommunikation i hverdagssemantik (Luhmann, 1980b) som basis for stratificeringen. De øvrige patienter, som er utilgængelige for kommunikation, er patienter, som bryder de uformelle regler for afstand ved – indirekte – kommunikation, som handler selvdestruktivt, som er for dårlige til at kommunikere, som udtrykker sig bizart eller udviser en bizar adfærd, de psykotiske konstant talende patienter og de tavse patienter. De befinder sig alle – midlertidigt – uden for det kommunikative fællesskab og uden for rækkevidde af

refleksiv perception og refleksive forventninger (Luhmann, 1964a, pp. 363-370; 1984, pp. 560-566; pp. 411-417; 1995c, pp. 34-36). På begge dagcentre observerede jeg patienter med påfaldende fremtræden, som fx klædt i flere usædvanligt stærke farver, eller som havde specielle frisurer, begge dele kunne relatere sig til deres private forestillingsverden. Jeg observerede dertil nogle sproglige forskelle på de to dagcentre. Beretninger om sygdomsforløb i anekdotiform var almindelige på Cirkelns dagcenter, en fortalte sin anekdote, og en anden synkroniserede og fortalte sin historie, ligeledes i en humoristisk tone. På Kvadratets dagcenter hørte jeg mange interaktioner med psykosociale forstyrrelser som tema, hvor patienterne intellektualiserede eller knyttede refleksioner af forskellig art til deres beretninger. Ved en del udtryk for psykosociale forstyrrelser på Kvadratets dagcenter var der patienter, der reagerede ved at forsvinde fra interaktionssystemet eller ved at tage høretelefoner på. Den samme type udtryk forekom lejlighedsvis på Cirkelns dagcenter, uden at de andre patienter reagerede med de samme grove sanktioner (Luhmann, 1964a, pp. 262-263)¹⁰⁸. På begge dagcentre kunne jeg observere nogle marginaliserede patienter, der ikke rigtig deltog i de organiserede aktiviteter. De empiriske data bygger på mine feltnoter, for Kvadratets dagcenter fra midt i 1989 og to år frem til midt i 1991, og for Cirkelns dagcenter gælder feltnoterne fra oktober 1990 og et år frem.

Dagcentrene

I næste afsnit vil jeg – separat for hvert dagcenter – først beskrive de fysiske rammer, dagcenterteamenes struktur, hverdag, kommunikation og adfærd i de to dagcentre. Beskrivelsen omfatter praksis for morgenmøder, husmøder, udflugter og socialt samvær mellem patienterne. Begge dagcentre havde indarbejdet træning i Almindelig Daglig Levevis (ADL) i deres aktiviteter. Teammedlemmerne på begge dagcentre var fleksible i relation til patienternes ønsker og øjeblikkelige behov, jeg hørte jævnligt om ikkeplanlagte samtaler til teammøderne. Det svarede til ”det ekstra” hos Topor (2001, pp. 305-307), som også Lindell (2003) refererer til, dog her i modificeret form, da teammedlemmerne ikke gik ud over deres professionelle rolle for at imødekomme patienterne, som nogle gør det i Topors fremstillinger (ibid., pp. 289-290). I begge dagcentre var der nogle forventninger, som var knyttet til både påbud og forbud i Durkheims (1912/1998, pp. 425-592), Goffmans (1967, pp. 47-95) og Albums (1996, pp. 61-80) forstand. De blev

¹⁰⁸ Der står en lignende tekst i Knudsen et al., 1992, p. 122.

sanktioneret negativt, hvis medpatienterne ikke kommunikerede nogenlunde forventningskonformt og udviste en adfærd, der imødedkom forventningerne. Påbud og forbud var imidlertid ret forskellige for de to dagcentre, en forskel, som jeg forbinder med de to patientpopulationers distrikter med hhv. høj og lav socioøkonomisk status (Cockerham, 2014, pp. 112-126; Hollingshead & Redlich, 1958; Horwitz, 2002; Myers & Roberts, 1959; Rogers & Pilgrim, 2014, pp. 21-36). Jeg beskriver derfor forventningerne i de to dagcentre hver for sig. Der var sociale aktivitetsgrupper på begge centre, som var afhængige af dagcentrenes specifikke programmer (Luhmann 2006). Samtidig var der en vis ambivalens mellem patienter og personale, i retning af Smith & Trashers (1963, pp. 184-185) beskrivelse. Patienterne kunne være sure over, at teammedlemmerne somme tider talte ned til dem. Noget af kritikken gik på, at patient og kontaktperson ikke gik i spænd, og at patienten foretrak en anden kontaktperson. Ellers var forbeholdene rettet mod den behandling, patienterne forventede normativt efter at have læst brochurer om dagcentrene, men som de ikke fik, fordi deres kontaktperson havde sagt, ”at det var der ikke tid til”, men de indrettede sig kognitivt efter realiteterne på dagcentrene. Jeg hørte jævnligt patienterne give positive ytringer over for teammedlemmerne, at de var friske, søde, nemme at tale med, at de var alle tiders og ”det er, som om de ikke er behandlere” etc.

Primærdata

Nogle data kan ses som primærdata (Thagaard, 2018, p. 188), dvs. at de er uafhængige af deltagerobservatørens fortolkninger. Det gælder for de to patientpopulationers forskellige sociale og kommunikative adfærd som beskrevet nedenfor¹⁰⁹. Det gælder for adfærdsfænomener som social omgang eller mangel på samme efter dagcentrenes lukketid – som medførte, at der var mere kommunikation om fælles oplevelser på det ene dagcenter end på det andet dagcenter; at patienterne besøgte eller ikke besøgte indlagte medpatienter; at patienterne deltog i udflugter ud af dagcentrene, eller at de overvejende ikke deltog; at patienterne forblev til eller udeblev fra morgen(mads)mødet ved personalets insisteren på at afsætte opgaver til dem; at patienterne overvejende afviste eller accepterede medpatienters symptomudtryk; at grænser for patientmødernes begyndelse og afslutning blev klart eller uklart markeret; at der

¹⁰⁹ Her udelukker jeg det indlysende og dokumenterbare, som dagcentrenes interne organisation, og fx at der var flest kvinder på Kvadratets dagcenter – selvom det var mest udpræget i begyndelsen, og at det udjævnede sig efterhånden – og flest mænd på Cirkelns dagcenter etc.

var et udpræget synligt og hørbart stof- og alkohol(mis)brug på det ene dagcenter, hvor det tenderede til at være betydelig mere diskret på det andet dagcenter; at der var mere kognitiv træning på det ene dagcenter i form af spil som Trivial Pursuit og Mastermind end på det andet dagcenter, hvor social træning i form af kortspil dominerede.

4.3.1. Kvadratets dagcenter

I en gade i Københavns Kommunes dengang bedst stillede socioøkonomiske distrikt havde Kvadratets dagcenter til huse på 2. sal i en beboelsesejendom. I den høje stueetage lå dagcentrets "Café" med tilhørende køkken. De fysiske rammer for dagcentret på 2. sal var følgende: Det største lokale var et stort, aflangt lokale, "Åbent Rum", hvor der stod et aflangt bord langs den ene væg ved vinduessiden; i det følgende kalder jeg bordet for "Det store Bord". Der var plads til 12-14 mennesker, hvis man ikke skulle sidde for klemmt. Det daglige morgenmøde kl. 9.30 med patienterne foregik her. Langs den ene korte væg var der et mindre bord, der blev brugt til forskellige aktiviteter såsom silkemaling, tegning og syning. Man kunne også sidde og skrive på maskine eller sy på symaskine ved et separat bord eller stille et strygebræt op ved siden af. Det var den praktiske og kreative afdeling. Der var en opslagstavle, hvor både patienter og personale kunne sætte opslag op. I begyndelsen var de fleste patienter kvinder lidt oppe i årene, senere kom der flere mandlige patienter, hovedsageligt unge studerende, ligesom der senere også kom flere unge studerende kvindelige patienter. Teamet havde et morgenmøde og et eftermiddagsmøde. Der var morgenmøde for patienterne ved 9.30-tiden, med kaffe og te sat frem. Mødet startede ofte uden markering af, at det var begyndt, og sluttede ligesådan. Det var jævnligt svært at få de praktiske opgaver afsat, teammedlemmerne brugte lige så jævnligt afglidende svar à la: "Så venter vi og ser...". Nogle patienter forholdt sig ambivalent med tilmeldingen, vil/vil ikke, somme tider gentagne gange. Det var teamets erfaring, at hvis man "tvangsudskrev" patienterne til opgaverne – som i Cirklens dagcenter – så kom de først op ad formiddagen. Der var en del tilstødende lokaler til gruppeaktiviteter, bevægelse, undervisning, individuelle samtaler og et tekøkken. Frokosten foregik ved 12-tiden i Caféen i den høje stueetage. De snævre fysiske rammer for dagcentret var belastende for både patienter og personale. Der var supervision på teamets arbejde af en psykiater og en psykolog.

I Kvadratets dagcenter tilbragte jeg meget tid ved Det store Bord i Åbent Rum, hvor patienterne kom og gik og sad og snakkede, læste aviser, strikkede, spillede

kort og spil, røg og drak kaffe. Dagcentret lukkede kl. 14. Dagcentret organiserede ture ud af huset med patienterne et par gange om måneden, men det kneb i perioder med tilmeldingen. Det fremgik af feltnoter og senere af patientinterviewene, at patienterne ikke havde lyst til at blive set offentligt på udflugt med en psykiatrisk institution. Der var dog en patient, der i interviewet sagde: "Det er okay med at gå med på nogle museer og kikke på byen" (Interviewnoter, 4.2.1991a), men det store billede var det ovennævnte. De ville heller ikke omgå andre patienter i deres fritid, jeg havde kun kendskab til to, der sås privat en fast dag om ugen, og det var, fordi jeg interviewede dem begge to. Holdningen medførte ligeledes, at patienterne ikke besøgte indlagte medpatienter i deres fritid, det gjorde kun teammedlemmerne. De fleste af patienterne på Kvadratets dagcenter fravalgte de tilbud om fællesskab, som dagcentret tilbød, når de foregik uden for dagcentret, idet de orienterede sig mod normalitet. Et af resultaterne var, at de patienter, som ikke havde erhvervsarbejde eller frivilligt arbejde, sad alene og kedede sig i deres lejligheder efter dagcentrets åbningstid. Som en patient sagde: "Det er slemme timer fra kl. 14-18". Patienterne på Kvadratets dagcenter havde gennemgående et instrumentelt forhold til dagcentret, det kom frem i interviewene. I interviewene lød det: "Der er en form for tryghed i dagcentret, vi udveksler erfaringer og får større kendskab til psykosens" (Interviewnoter, 6.11.1990), og "hyggeligt at se nogle af de andre, hvordan de taklede det at have psykiske problemer (Interviewnoter, 4.2.1991), samt "indbyrdes kan vi snakke om vrangforestillinger m.m., almindelige dødelige forstår det ikke" (Interviewnoter, 19.4.1991). Der var en underskriftsindsamling fra femten patienter angående en ny patient – der til at begynde med var stærkt psykotisk og aggressiv – som de andre patienter følte sig utrygge ved og bange for, og de bad om, at hans tilstedeværelse blev taget op til revision. Det ordnede sig dog hen ad vejen, efterhånden som han fik det bedre, og de fortrød deres underskriftsindsamling. En dag observerede jeg en åbenlyst psykotisk patient, der stod og fortalte et teammedlem, at hun var forfulgt af XXX (en kendt dansker) og hendes mand. Hun var tætplysset, mere i højre side end i venstre, med lidt hanekam midt på. Om eftermiddagen hørte jeg på teammødet, at "hun var møgpsykotisk, næsten for meget til at være her", fra et af teammedlemmerne om patienten. En anden patient, der i perioder var svært psykotisk med krampagtige bevægelser, kom og satte sig, forholdt sig upåfaldende og var meget stille (Feltnoter, 25.3.1991). Der var kognitiv træning i dagcentret i form af spil som Trivial Pursuit, Master Mind og andet. Jeg observerede ligeledes terninge- og kortspil ved næsten alle besøg, det

kan ses som social træning. Nogle patienter havde tendens til at udeblive, når der var mange andre patienter til stede i dagcentret eller til møderne. I modsætning til Cirkelens dagcenter, hvor der var et synligt og hørbart misbrugsnetværk, var misbruget i Kvadratets dagcenter diskret og formodentlig mest koncentreret om medicinmisbrug og hash.

På Kvadratets dagcenter var der i det første års tid undervisning af psykologer, psykiatere og andre personalegrupper om psykiske sygdomme og deres behandlingsmuligheder. Her forekom således en struktureret situation, hvor patienterne kunne ytre sig med sikkerhed for, at sessionen ikke udviklede sig ukontrollabelt på grund af symptomudtryk. Det matcher med Horwitz' (2002) beskrivelse af forståelsen i de øverste socioøkonomiske statusområder for, hvordan psykiske sygdomme udtrykker sig (ibid., pp. 47-51; pp. 63-70). En patient sagde i interviewet om teammedlemmernes forventninger: "De venter, at man opfører sig pænt" – en anden patient sagde om samme tema: "De forventer pæn, borgerlig adfærd", dvs. så pænt, som patienterne var i stand til. Det lød som et slags påbud, og angav en – normativ – forventning til kommunikation og adfærd rettet til patienterne fra teammedlemmerne. På Kvadratets dagcenter fik symptomudtryk jævnligt status af forbud eller "forventningsmodsatte" reaktioner (Luhmann, 1988a, p. 50), dvs. afvigelser. Det er i sig selv et paradoks, idet patienterne netop befandt sig på dagcentret, fordi de udviste psykosociale forstyrrelser, som nødvendigvis gav sig udtryk i forstyrrede ytringer. Men der vejede medpatienternes orientering mod normalitet åbenbart højere end udtryk for psykosociale forstyrrelser. De negative sanktioner på forbuddet bestod i at forlade interaktionssystemet, tage høretelefoner på eller distancere sig verbalt, var relativt voldsomme sanktioner, der fik konfliktlignende karakter. Luhmann beskriver dem som hørende til kategorien af grove sanktioner (Luhmann, 1964a, pp. 262-263). Patienterne reagerede imidlertid på direkte udtryk for psykosociale forstyrrelser, men stort set ikke når de pågældende patienter havde opnået et vist niveau og sociale ordensydelse og dermed kunne tale OM deres forstyrrelser. Sanktionerne kunne så være midlertidige, jeg har eksempler i feltnoterne på patienter, der først kunne afvise en medpatient demonstrativt, men senere udviste en accepterende holdning til samme patient, afhængigt af konteksten. En ældre patient udtrykte i interviewet et ønske om at blive godt modtaget, når hun endelig var vågnet efter endnu en nat med dårlig søvn, "og endelig får mig slæbt herhen" – at der så var en sød dame i dagcentret, der serverede kaffe og spurgte: "Hvordan har du det?" og "Hvordan er din weekend gået?" (Interviewnoter, 12.11.1990).

Hun efterlyste med andre ord lidt ekstra personlig omsorg. Teammedlemmerne havde som en del af arbejdet en forpligtelse til at yde omsorg (Heinskou og Schjødt, 2010; Hummelvoll, 2013), men "det ekstra", som denne patient efterlyste, var åbenbart ikke en del af omsorgen (Topor, 2001, pp. 305-307; Lindell, 2003, pp. 289-290; Busch, 2006, pp. 40-46).

4.3.2. Cirkelns dagcenter

Dagcenteret Cirklen lå i et af de socioøkonomisk mest belastede områder i Københavns Kommune. Centret lå i en fritstående bygning på et skrånende terræn, hvor bygningen var højest ved hoveddøren til dagcentret. Når man gik ind ad hoveddøren, var der både en trappe, der førte op til dagcentret i den høje stueetage og til ambulatoriet på 1. sal, og en trappe, der førte ned til kælderen, hvor der var forskellige hobbyrum. Denne udformning af bygningen var en af grundene til, at jeg ikke kunne observere diskontinuitet på samme måde som på Kvadratets dagcenter. I Cirkelns dagcenter var det fysisk umuligt at overskue hele dagcentret, der var vægge og andet, der spærrede udsynet. Jeg kunne ikke se, hvor patienterne gik hen, når de gik ud ad hoveddøren til dagcentret: De kunne gå op til ambulatoriet på 1. sal, ned i kælderen eller helt forlade dagcentret. Desuden var der grænser for min opmærksomhedskapacitet på begge dagcentre. Jeg var måske fordybet i et interaktionssystem med en eller flere patienter eller med praktiske opgaver. Dagcentret bestod af en Café med tilstødende køkken, Dagligstue og Hobbyrum. I Caféen stod der seks borde med plads til fire personer ved hver. Til den ene side af Caféen var der en terrasse ud til en stor gård, hvor patienterne kunne opholde sig om sommeren. Til den anden side lå Dagligstuen, som var adskilt fra caféen af en glasvæg. Der var yderligere en bred døråbning nærmest køkkenet, som var halvåben ind mod Caféen. Der var en opslagstavle med plads til opslag fra både patienter og personale. Her fremgik det også, hvilke ugedage hvilke patienter deltog i hvilke arrangementer. Alt i alt var der betydelig bedre plads til patienter, teammedlemmer og aktiviteter end på Kvadratets dagcenter. I Dagligstuen stod tre borde, de to borde var lave og runde med lænestole omkring. Det tredje bord var rektangulært i almindelig bordhøjde med plads til seks personer på spisestuestole. Jeg kalder det runde, lave bord ved gangen i Dagligstuen for "Det halvoffentlige Bord", det rektangulære bord for "Det tætte Bord", og det runde, lave bord ved vinduet kalder jeg for "Det tilbagetrukne Bord". Det var de første to borde, jeg selv opholdt mig mest ved, plus det store

bord i Hobbyrummet. Det var en grund til, at jeg måske ikke fik alle interaktioner om væsentlige temaer med, jeg kunne kun være ved et bord ad gangen. Langs væggen, hvor det høje bord stod, var der også placeret et par stole ind mod væggen til en af psykologernes kontor. I Hobbyrummet, som havde en dør til Dagligstuen, stod et stort rektangulært bord, der havde plads til 12-14 personer eller flere, hvis de sad tæt. Dagcentret var åbent for patienterne fra kl. 9-15. Morgenmaden blev tilberedt af en gruppe patienter, som satte brød, smør, syltetøj og morgenbrød plus kaffe og te på bordene. En gruppe patienter købte ind et par gange om ugen til dagcentrets husholdning ved hjælp af et personalemedlem. Dagcenterteamet holdt møde en halv time efter Cirkelens morgenkonference hver morgen til kl. 9.30. Her blev dagens aktiviteter koordineret, og man drøftede særlige forhold omkring de enkelte patienter. Morgenmødet for patienterne fandt sted, samtidig med at de spiste morgenmad. Jeg kalder det derfor for morgenmadsmødet, så læseren ikke forveksler det med dagcenterteamets morgenmøde. Teammedlemmerne havde samme problem med at få de praktiske opgaver afsat som på Kvadratets dagcenter, men hvis de ikke kunne afsættes frivilligt, tog mødelederen fat i de enkelte, som så fik lov at forklare, hvorfor de ikke kunne lige den dag – eller patienten påtog sig opgaven.

Teamet samledes til møde igen om eftermiddagen i en time, og en gang om ugen i to timer. Hver anden uge brugte teamet det lange møde til "patientsnak" og diskuterede forholdene i dagcentret. Hver anden uge var der supervision ved en af centrets psykologer. Her kunne teammedlemmerne tage såvel enkeltpatienter som det indbyrdes samarbejde op. Hvert teammedlem havde en ugedag med "Praktisk Gruppe". Den bestod af en madgruppe, der lavede maden den dag, og en gruppe skiftende patienter rekrutteret på basis af tilmelding. De patienter, der var med i madgruppen, havde teammedlemmet som kontaktperson. Det medvirkede til at sikre den terapeutiske alliance med den enkelte patient. Derudover var de enkelte teammedlemmer ansvarlige for ledelsen af grupper af forskellig art. Der var en bagegruppe, en avisgruppe, en socialgruppe, en motionsgruppe, en løbegruppe, en indkøbsgruppe og skiftende andre grupper. Der var også en samtalegruppe for mandlige dagcenterpatienter, ledet af en ergoterapeut fra dagcenterteamet og en sygeplejerske fra ambulatoriet. Den blev superviseret af førstereservelægen. I kælderen var der blandt andet et keramikværksted, hvor en speciallærer underviste to gange om ugen, udstyr til en lille avisredaktion m.m. Efter morgenmaden sivede folk ind i Dagligstuen. Snakken gik livligt ved Det halvoftentlige Bord, patienterne kommunikerede som

regel ubesværet. Det står, så forbipasserende kunne sætte sig og deltage, deraf navnet. De, der sad ved det bord, var som regel udadvendte og indstillet på kontakt, de henvendte sig til de forbipasserende og fulgte i det hele taget med i bevægelserne i rummet. Ved Det tætte Bord koncentrerede patienterne sig som regel om en fælles aktivitet. Det kunne være en snak, mens de ruller smøger, spiller kort, løser krydsogtværs, læser avis og kommenterer den eller udveksler erfaringer fra aftenen før. Det skete jævnligt i form af drabelige beretninger om, hvor mange guldbajere de havde drukket, eller hvor mange fede de havde fyret. Her kommunikerer patienterne ligeledes mere eller mindre ubesværet. Det er ved de to borde, det meste af kommunikationen finder sted. Ved Det tilbagetrukne Bord sidder der som regel et par stykker, der ikke rigtig deltager i noget. De er som regel lidt stille dér. Jeg forsøgte mig nogle gange ved Det tilbagetrukne Bord, men holdt op, da jeg fik indtryk af, at patienterne helst ville være i fred. En af de faste patienter ved bordet sidder og siger "jah" med jævne mellemrum og smågriner. Der kunne så lyde suk, og jeg så himmelvendte øjne ved Det halvoffentlige Bord, når det havde stået på et stykke tid, men der var en fysisk afstand, der gjorde det udholdeligt. Rubington (1972) beskriver de tavse patienter som påfaldende, når de konstant sidder op og ned ad andre uden at bruge sproget – som er det mest almindelige kommunikationsmiddel. Han skriver, at de opfatter hinanden uden at bruge ord (ibid., pp. 296-297). Luhmann kalder fænomenet for reflektiv perception (Luhmann, 1984, pp. 560-566).

I løbet af formiddagen og først på eftermiddagen var der aktiviteter i de forskellige grupper. De, der ikke var i grupper, kunne opholde sig i Dagligstuen og snakke, drikke kaffe, spille kort og læse avis eller andet. I det tilstødende Hobbyrum var der mulighed for kreative eller praktiske aktiviteter, afhængig af ugedagen. Det var den halvtidsansatte ergoterapeuts område, hun satte patienterne i gang og hjalp dem til rette. Der var frokost mellem kl. 12-13. Der var pænt fyldt op dagen igennem i Dagligstuen. På en dag med mange patienter kom der nemt 25-30 patienter i dagcentret, overvejende mænd i alderen 25-45 år. Det var ikke atypisk med 12 til 15 mænd i dagligstuen og et par kvinder. Efter en patients udsagn lagde patienterne spil som Trivial Pursuit og Master Mind, der kunne stimulere kognitive funktioner, til side, da dagcentret gradvist blev fyldt op af kernemålgruppen. Som de sagde til et teammøde: "De mest velfungerende presses ud, de tunge bliver tilbage" (Feltnoter, 31.10.1990). Patienterne gik derefter over til snak, kortspil, kaffe og rygning (Interviewnoter, 17.5.1991). Jeg observerede terninge- og kortspil ved næsten alle besøg i dagcentret – spillene

faciliterer social koordinering og interaktion. Når der var et specielt arrangement samme dag, sagde mødelederen typisk: ”Nu skal vi alle sammen...” eller lignende, der lagde op til, at alle skulle deltage – en inkluderende tilgang (Luhmann, 1994). Det kunne være at deltage i husmødet, en udflugt eller fx som ved fastelavn, at slå katten af tønden. De fleste patienter orienterede sig mod patientfællesskabet – også uden for dagcentret¹¹⁰. Man kan sige, at på Cirkelns dagcenter var patientfællesskabet en sammenholdende centripetal kraft, på Kvadratets dagcenter, derimod, var patientfællesskabet snarere en centrifugal kraft – patienterne flygtede fra de andre patienter efter dagcentrets åbningstid, som Lindell (2003) beskriver det (ibid., p. 288). Patienterne tolererede symptomudtryk, de var hverken underlagt direkte påbud eller kvasi-forbud som på Kvadratets dagcenter. Patienterne sanktionerede ikke udtryk for psykosociale forstyrrelser negativt, hvis de fx kunne klare det med at hæve stemmen, når en konstant talende psykotisk patient var i nærheden. Eller, som i et andet eksempel, hvor interaktionsgruppen undlod at skabe konflikt ved en udtrykt vrangforestilling (Rowland, 1938, p. 334). Patienterne håndterede det som pragmatiske løsninger på praktiske problemer. Det passer med beskrivelserne i de store sociologiske undersøgelser, at mennesker i socialklasse 4 og 5 er sene og uvillige til at identificere psykosociale forstyrrelser som symptomer på psykisk sygdom (Cockerham, 2014, pp. 112-126; Hollingshead & Redlich, 1958; Horwitz, 2002; Myers & Roberts, 1959; Rogers & Pilgrim, 2014, pp. 21-36). Der var imidlertid grænser for tolerancen, også for patienterne på Cirkelns dagcenter, idet patienter, som negligerede deres personlige hygiejne, eller som grisede påfaldende med maden, blev udsat for negative sanktioner, både ved direkte nedsættende ytringer og i interaktioner mellem andre patienter.

De fleste af patienterne på dagcenteret Cirklen valgte dagcentrets tilbud om fællesskab til, også når de foregik uden for dagcentret. Dertil kom, at mange af patienterne mødtes efter åbningstiden til socialt samvær, gik på værtshus sammen og besøgte ”vennerne”, når de var indlagt på stamafdelingen. Alt i alt gav det patienterne rigelig anledning til daglig kommunikation med referencepunkter i fælles oplevelser, som beskrevet i Antonovskys ”Sense of coherence” (Antonovsky, 1987). Det var en af de faktorer, der gjorde, at patienterne på dagcentret fremtrådte som mere kommunikerende i forståelig hverdagssemantik end

¹¹⁰ Første gang jeg var på feltbesøg, havde en gruppe på otte patienter lige været på ferie sammen i Sverige sammen med to personalemedlemmer, og teammedlemmer og de otte patienter var nu travlt optaget af at dokumentere turen ved fotos m.m. (Feltnoter, 16.10.1991).

patienterne på Kvadratets dagcenter, der havde færre referencepunkter i fælles oplevelser. Om den ene eller den anden patientgruppe leverede færre eller flere sociale ordensydelse inden for dagcentrets rammer, er et åbent spørgsmål. Kringlen (2003) skriver i sin psykiatrichistorie, at al behandling, der aktiverer patienterne, virker helbredende (ibid., pp. 312-317). Dertil kom, at der efter udsagn fra teammedlemmerne på Cirkelns dagcenter var nogle patienter, der blev væk mere eller mindre permanent, fordi de isolerede sig, selv om de havde fået adgang til dagcentret. Andre patienter udeblev bevidst nogle dage, fordi de syntes, der havde været for mange til morgenmads mødet eller andre arrangementer.

4.4. En systemteoretisk tilgang til feltarbejde

4.4.1. Deltagerobservation i et systemteoretisk perspektiv

Over for den traditionelle tilgang står systemteoriens formuleringer om sociale systemer og kontingens som skæringspunkt mellem vilkårlighed og determinisme (Lee & Brosziewski, 2007). Systemteorien placerer observatøren og feltets aktører i hver sit sociale system og redegør for relationen mellem dem ved hjælp af differenslogikken i form af hhv. første- og andenordensobservation. Førsteordensobservatører er de "indfødte" i systemet – her patienter og personale – som hele tiden observerer selvreferentielt i systemet for at holde øje med egen status i systemet, samtidig med at de kommunikerer og handler. Sociologen er så andenordensobservatøren, der anvender fremmedreference, dvs. hun refererer til sit eget subsystem i det videnskabelige system. Sociologen er som deltagerobservatør til stede for at forstå meningen med kommunikation og hændelser og beskriver problemstillingerne i sociologisk semantik for et sociologisk publikum og andre interesserede (Luhmann, 1980b; 1986b, pp. 34-40; 2002a, pp. 155-156). En sociologisk feltrapport får således status af systemprodukt, som ikke blot er gidsel for en tilfældig deltagerobservatørs idiosynkrasier. Den kan læses af deltagerne i et sociologisk system, som skal kunne genkende dens plejede semantik og problemstillinger som grundlag for at vurdere dens mening og validitet. Anklagerne for subjektivitet og vilkårlighed får således et strukturelt begrænset omfang. Der er ikke brug for læserens "tillid" fra et nulpunkt, når både observatør og feltaktører er dele af kendte funktionssystemer og når – og hvis – grundbegreberne har klare definitioner (ibid.).

Lee & Brosziewski (2007) gør med rette opmærksom på, at der forekommer en del teoretiske lakuner i traditionel teori og refleksioner over deltagerobservation. De sætter sig for i artiklen at reducere dette teorideficit og perspektivere deltagerobservation systemteoretisk. Lee og Brosziewskis artikel lægger op til at sætte beskrivelser produceret af sociologisk deltagerobservation fra et socialt system ind i en systemteoretisk sammenhæng. De vil dermed korrigere det teorideficit, de mener, traditionel teori om deltagerobservation lider af, idet den mangler teori om, hvad observation består af. Forfatterne spørger som udgangspunkt, hvad det vil sige at formulere og forbinde observationer på basis af deltagerobservation i et lokalsamfund, miljø eller i en organisation. De præciserer sociologens position: Sociologen er en del af det sociologiske delsystem i det videnskabelige funktionssystem. Viden og observation eksisterer ikke uden for et system. En sociolog er trænet i at anvende plejet sociologisk semantik i kommunikation inden for det sociologiske system (ibid., pp. 255-256). Det er formålet med en undersøgelse, at resultaterne skal kommunikeres til et sociologisk publikum eller andre faggrupper og opdragsgivere eller det observerede system selv. Det kan ske i formuleringer, der er rettet mod denne eller disse målgrupper, og som finder resultater formuleret i plejet sociologisk semantik relevante. De kommunikerede resultater indgår således med rekursiv reference til eget delsystem i et systemspecifikt netværk af tidligere udført feltarbejde og identificerede teorier og metoder i relation til det. Det er sociologens selvreference til det sociologiske system, der giver resultaterne mening. Det vil være dels for et sociologisk systems læsere og dels for andre relevante systemers læsere. En sociologisk beskrivelse af et felt eller en organisation kan ikke forekomme uden en sociologisk observatør – medmindre det er et litteraturstudie, som Gold (1958) anfører, hvor forskeren har rollen som ”complete observer”, der ikke inkluderer interaktion med feltet (ibid.). En sociolog samler i både deltagerobservation og i interview materiale ved at deltage i den pågældende kultur i en periode. Hvordan agerer vedkommende så forskelligt fra kulturens egne aktører? Begge er observatører, idet kulturens ”indfødte” – førsteordensobservatørerne – observerer i deres eget system, som alle systemdeltagere gør det for at kunne operere inden for systemet og skelne sig selv fra andre systemer. Men deltagerobservatøren som andenordensobservatør iagttager de meningsbærende selektioner, som skaber distinktioner mellem aktuelle begivenheder og deres alternative muligheder i det iagttagne felt, med reference til sit eget system, det sociologiske. Både feltaktør og deltagerobservatør opererer ved at udføre egen kultur – feltaktøren refererer til egen kultur,

sociologen refererer til det sociologiske system. Det er den operation, der giver en meningsfuld identitet som observatør. I den proces emergerer sociologiske observationer og formuleringen af dem, ved at observatøren forbinder sekvenser af empiriske operationer i den observerede kultur i relation til den sociologiske selvreference. Fokus er her på at identificere det observerede sociale systems operative praksis, hvor traditionelle metoder fokuserer på aktørerne og deres selvforståelse. Systemteorien problematiserer det traditionelle billede af deltagerobservatøren som en person, der ”samler perceptioner” eller ”udfører og rapporterer observationer”. Lee og Brosziewski (2007) refererer her til J. Van Maanen og M. Hammersley og andre (ibid., p. 256). At percipere, hvad aktører i en kultur foretager sig, og samle perceptioner som basis for sociologisk eller etnografisk rapportering udgør imidlertid en utilstrækkelig teoretisk tilgang til, hvad det vil sige at udøve deltagerobservation med det formål at forstå den pågældende kultur. Ved at percipere kan man observere adfærd, men systemteori skelner mellem perception, observation og forståelse. Sociologen vil ikke kun observere kommunikation og adfærd, men fortolke dens mening. Lee og Brosziewski diskuterer her C. Geertz’ refleksioner over fortolkning af kultur som en ofte citeret central og klassisk tilgang til deltagerobservation (Geertz, 1973, pp. 3-30). Geertz kalder kulturbærerne førsteordensobservatører, og etnografen, som skriver en fortolkende rapport, for andenordensobservatør. Det er en velkendt distinktion i systemteorien, men Geertz bruger den ikke i systemteoretisk forstand. Geertz’ ”tætte beskrivelse” skal blotlægge de betydningsstrukturer og etablerede koder, der er gældende i den observerede kultur¹¹¹.

Systemteorien præciserer imidlertid, at forståelse og dermed fortolkning drejer sig om forståelse af selvreferentielle systemer, enten sociale eller psykiske. Ved kulturforståelse drejer det sig om sociale systemer. Beskrivelse må ikke forveksles med forståelse. Vi kan se en persons adfærd, men ikke nødvendigvis forstå dens mening. Forståelse går ud over det perciperede og forudsætter en selvreference, der udtrykker sig gennem observerbare tegn og signaler (Luhmann, 1984, pp. 57-70; 1988a; 2002a, pp. 295-299). Sociologen må i undersøgelser teste den gennem

¹¹¹ Geertz understreger, at den samme operation i en kultur kan have forskellig mening. Han citerer et ofte brugt eksempel af Ryle om et blink med øjet (Geertz, 1973, pp. 6-7), som kan have vidt forskellig mening (her beskrives tre), selvom den rent fysiske manifestation, selve blinket, er identisk. Den tætte beskrivelse forstår og fortolker meningen med blinket, hvor en ”tynd beskrivelse” kun ville beskrive det fysiske blink. Her vil jeg bemærke, at det må være på et bestemt tidspunkt i evolutionsprocessen, at den ”tynde beskrivelse” gør sig gældende. Den lyder som en beskrivelse, der er styret af naturvidenskabelige kriterier.

kontinuerlig deltagerobservation for at lære betydningen af bestemte adfærdsformer og skaber derved konnektivitet mellem observationer og muliggør en "tæt beskrivelse" (Lee & Brosziewski, 2007). Til forskel fra Geertz implicerer systemteorien, at et socialt system fungerer ved selvreferentiel konnektivitet, hvor alle deltagere er observatører, der observerer sig selv og hinanden som et led i de løbende operationer. Det sociale system, som en kultur udgør, er ikke en del af en intersubjektivitet eller menneskehed eller et "univers af menneskelig diskurs". Sociologen fokuserer ikke på subjekter, men på at identificere et socialt system, der opererer, observerer, trækker grænser, angiver lededifferencer og indikerer selektioner (ibid.). Kulturbegrebet markerer en difference: En kultur er identificerbar i kraft af sin forskel fra andre kulturer. Der er mange kulturer og dermed mange fortolkningssystemer. Sagt på en anden måde er al observation kulturbetinget observation, der er lært i den pågældende kultur ved deltagelse i dens kommunikation. For at forstå en kommunikationsbegivenhed må sociologen vide noget om, hvad der er gået forud, vedkommende må kende systemets selvreference og rekursivitet.

Kultur forsyner hver selektiv empirisk operation og brugen af kodede former med mening. Både kulturbærerne og sociologen er deltagerobservatører, men det er den sociologiske selvreference, der processerer kulturbærernes fremmedreference og transponerer den til sociologisk semantik. Den funktionelle analyse af kultur og samfundsforhold er selv underkastet samme regler som sin genstand: Den eksisterer selv som en del af det videnskabelige og sociologiske (sub)system i samfundet og kan gøres til genstand for analyse efter de samme regler, den selv anvender (Luhmann, 1997, pp. 1128-1142). Her kan man til sammenligning referere til Glaser og Strauss' *The Discovery of Grounded Theory* (1967), der fastholder aktørernes selvforståelse som holdepunkt for forskerens analyse. Deres generelle argument går på, at forudfattet teori forvrider empiriske data, og antager, at teori "forstyrrer" søgen efter sandhed, og at kun "ren" empiri er egnet til sandhedssøgen. De gør sig dermed til fortalere for en induktiv fremgangsmåde. Hertil kan man indvende, at en anden observatørs blik på og forståelse af en kommunikationspartner eller andre er aldrig identisk med dennes selvforståelse eller selvobservation. At det forskende blik eller observatørens blik overskrider aktørens, eller det observerede psykiske systems selvforståelse har sin logiske oprindelse i dobbelt kontingenssituationer. Her føjer andenordensobservationen systematisk et lag af kompleksitet til førsteordens-aktørernes selvforståelse (Lee and Brosziewski, 2007). Metodeforfattere (Taylor &

Bogdan, 1984; Silverman, 1985; May, 2011; Thagaard, 2018) behandler problemet om værdien af de enkelte hændelser og af udvalget af dem. Der gælder en tommelfingerregel om, at man stopper, når de enkelte hændelser ikke tilfører nye problemstillinger og blot optræder som ”mere af det samme”. Fx har jeg fravalgt nogle hændelser, hvor patienterne på Kvadratets dagcenter optrådte kritisk til min tilstedeværelse. Jeg har allerede beskrevet to af dem (se under 4.5.1. – de udeladte hændelser var dog knap så dramatiske), ligeledes med teammedlemmernes ytringer, hvor de gav udtryk for, at jeg var et teammedlem. Endvidere har jeg fravalgt en del beskrivelser af dårlige og tavse patienter i kapitel 5.8, det samme om diskontinuitet i kapitel 6.9.3 og nogle ytringer med fx udspring i vrangforestillinger, der efter mit bedste skøn blot ville være en gentagelse af allerede fremførte pointer. Man skal dog bestræbe sig på at finde ”kontrafaktiske” hændelser hos førsteordensobservatørerne, dvs. som går imod de væsentligste konklusioner. Det har jeg blandt andet gjort med et afsnit om ”blandede sprogkoder” i kapitel 6.8.4 (Taylor & Bogdan, 1984, pp. 125-128; Silverman, 1985, pp. 113-114; May, 2011, pp. 98-102; Thagaard, 2018, pp. 54-61).

4.4.2. Interviews i et systemteoretisk perspektiv

Parallelt med Nassehi og Saakes (2002) beskrivelse af den asymmetriske kommunikation i interviewet som det, der tillader kommunikation med fokus på respondentens bidrag, kan man sige, at deltagerobservation skaber en tilsvarende asymmetrisk situation, hvor observatøren, ved åben observation, har en speciel status i den pågældende organisation. Vedkommende udfører operationer, der er usædvanlige i organisationen. Nassehi (1997) fremhæver i sine teoretiske overvejelser om interviews med kommunikationsforløb som selvrefererende selektionssammenhænge. De finder sted i et kontingensrum og producerer autopoietisk deres egen mening. Den ”subjektive mening” og personen, der producerer den, fremstår i den forståelsestradition, der er bundet til den subjektive mening, som det primære. Verstehen-traditionen i sociologisk litteratur stammer hovedsageligt fra Weber. Man kan blot henvise til første side i *Wirtschaft und Gesellschaft*, hvor Weber (1921/1972) angiver, at sociologisk fortolkning skal forstå social handling - - og hvor social handling skal forstås som den enkelte handlendes subjektive mening i relation til andres adfærd. Formålet skulle være at

årsagsforklare social handling i dens forløb og virkninger (ibid., p. 1)¹¹². Men forholdet er omvendt, idet vi kun har adgang til subjektiv mening og personer via kommunikation. Direkte fortolkning af subjektiv mening usynliggør kommunikationens rolle som adgang til en person. I daglig semantik omtales personer som kommunikationsproducerende. Men det er på grundlag af forudgående kommunikation, at vi kan producere ”personer”. De er produkter af kommunikation og af sociale tilskrivninger. Personer er kommunikationsadressater- og afsendere, der fungerer som tilregningspunkter i en forstruktureret verden (Nassehi, 1997, pp. 157-160). Kvale (2002) har forfattet et meget anvendt standardværk om interviews. Her hævder han, at viden i interviewet konstrueres gennem interaktion mellem interviewer og interviewet (ibid., p. 47). Jeg vil her referere til de ”to modsatte metaforer”, som Kvale selv anfører i begyndelsen af værket (ibid., pp. 17-19). Den første, ”minearbejdermetaforen”, forstår viden som skjult metal eller ”klumper af essentiel mening”, som intervieweren kan afdække uden at forurene disse ”objektive kendsgerninger”. Den anden metafor ser intervieweren som en rejsende fortæller, der op søger bestemte steder af interesse og beskriver det, hun ser og hører. Det hørte og sete rekonstrueres som historier, ”der kan fortælles til folk i interviewerens eget land”. De to metaforers positioner og deres mellemformer blander sig konstant gennem værket. Denne og lignende tilgange møder med rette forskellige former for – direkte og indirekte – kritik fra systemteoretisk hold (la Cour, Knudsen og Thygesen, 2005; Luhmann, 1993a; Nassehi, 1997; Nassehi & Saake, 2002).

Nassehi og Saake (2002) karakteriserer interviewet som en asymmetrisk kommunikation med minimal afvisningsfare. Sammenlignet med almindelig symmetrisk kommunikation, hvor kommunikationsmodtageren i en interaktion kan vælge mellem at acceptere eller afvise præmisserne for den afsendte kommunikation – som den indbyggede bifurkation giver modtageren mulighed for – så er der ved interviewet fokus på interviewpersonens lededifferencer i relation til temaet. Luhmann (1972) skriver i sin artikel om enkle socialsystemer, at for mange afvisninger i et interaktionssystem får systemets autopoiesis til at gå

¹¹² Forholdet mellem forståelse og forklaring i sociologi har en kompliceret historie, der i vidt omfang har udkrystalliseret en dikotomi, hvori skellet mellem kvantitative og kvalitative traditioner har etableret sig. Webers (1921/1972, p. 1) og hermeneutikkens opfattelse af forståelse er bundet til den subjektive mening med det traditionelle subjekt-objekt-skema som grundlag – ligesom Webers position formulerer en subjektorienteret sociologi.

i stå (ibid., p. 31-34; 1987e). Her reducerer interviewet som interaktionssystem faren for afvisning fra interviewerens side. Intervieweren vil langt hen ad vejen acceptere den afsendte information og dens meddelelsesform. Hvis jeg havde afvist kommunikationspræmissen oftere, end jeg rent faktisk gjorde, ville mine eventuelle afvisninger have stoppet interviewets – interaktionssystemets – autopoiese i relation til patienten. Ved interviewet er det fortalt konnektiviteten således sikret accept i et omfang, der er specielt for interviewet. Det er forståelsen, der som tredje led fuldbyrder en kommunikationsoperation. Forståelsen betyder, at kommunikationen er modtaget, ellers ville afsendelsen af information og dens meddelelse blot være en individuel handling uden social resonans. Det sidste bliver tilfældet ved udtryk for hallucinationer, vrangforestillinger og andre psykotiske fænomener, som ingen kommunikativ værdi har, netop fordi forståelsesleddet mangler hos modtagerne af ”kommunikationen” – idet psykotiske både kommunikerer og ikkekommunikerer, når de ytrer sig.

I interviewet mangler den almindelige interaktionelle forståelseskontrol, til gengæld skabes en slags ”virtuel adressat” (Nassehi & Saake, 2002, p. 74) i form af interviewerens, der ikke afviser, men hører og accepterer interviewpersonens præsentation. Det inkluderer accept af patientens lededifferencer, som de udfoldes uden forståelses- eller accepttryk. Der finder en ”blød” afvigelsesforstærkning sted, ved at interviewpersonen frit kan udfolde sin kontingensadministration uden afbrydelser. Det selektionsbegrundende tema sikrer konnektiviteten, men til gengæld får interviewpersonen reduceret symmetrisk forståelsesrespons på sin fremstilling. Interviewet bliver en specifik kommunikationsform, hvor den modtagende part, interviewerens, i vidt omfang giver afkald på de afvisningsmuligheder i bifurkationen, som en normal interaktion indeholder, med det formål at lade respondentens udsagn træde frem (Nassehi & Saake, 2002). I systemteorien kan kun observerbar kommunikation være genstand for sociologisk forskning. I Nassehis artikel (1997) bestemmer han det kommunikative hændelsesforløb – her den sprogligt baserede lineære tekstprotokol for et interview – som forskningens genstand, og ikke interviewpersonens subjektive mening, der kan give anledning til uendelig regres i bevidste og ubevidste motiver. Den strukturgivende sekventialitet i en tekst med egne selektive lededifferencer er andenordensforståelsens genstand i systemteoretisk optik. Den observerende forståelse er således en systemrelativ proces med egne operative lededifferencer. De sidste kan ikke være identiske med det observerede systems lededifferencer. Her kan man knytte diskussionen an til forskellen mellem det observerede systems

selvforståelse og det sociologiske systems funktionelle analyse af samme selvforståelse, som nødvendigvis går ud over den via dobbelt kontingens og tilfører den kompleksitet. Dertil er andenordensforståelsen underkastet samme kontingensregler som sin forskningsgenstand (Nassehi, 1997).

4.5. Gennemførelse af feltarbejdet

Feltarbejdet bestod af en kombination af deltagerobservation og kvalitative interviews. Hvis undersøgelsen var baseret på interviews alene, ville data kun bestå af interviewudsagn, hvor der fx ville være begrænset mulighed for at udrede sammenhængen mellem konflikterende udsagn eller få reel indsigt i de forskellige aktørgruppers faktiske adfærd af betydning for evalueringen (Becker & Greer, 1957). Desuden ville interviews med patientgruppen formodentlig være af tvivlsom værdi, fordi mange af dem var sårbare individer, hvoraf en del nok ikke umiddelbart ville åbne op ved interview med en for dem ukendt forsker. Jeg observerede i alt 42 patienter i alt på Kvadratets dagcenter, 22 kvinder og 20 mænd. På Cirklens dagcenter registrerede jeg 67 patienter i alt, 28 kvinder og 39 mænd. Under feltarbejdet var jeg interesseret i at observere interaktioner mellem patienterne og i at forstå dem. Jeg refererer derfor til mig selv som ”virtuel adressat” (Nassehi & Saake, 2002, p. 74), fordi jeg ikke reagerede med afstand på symptomer, som andre patienter kunne gøre, hvis de var til stede i interaktionssystemet. Jeg var der netop for at forstå patienterne, også når de udtrykte symptomer. Jeg kunne dog ikke helt ignorere min egen tavse afstandtagen til patienternes eventuelle symptomudtryk og påtog mig derfor en dobbeltrolle som dels virtuel adressat og dels som psykosocialt velfungerende stillet over for udtryk for patienternes psykosociale forstyrrelser. Derudover observerede jeg interaktioner mellem patienter og teammedlemmer og mellem en patient og undertegnede. Det fremgår af feltnoterne, når vi kun var to i interaktionssystemet. Kombinationen af deltagerobservation og interviews ville give mulighed for direkte observation af de involverede aktørgruppers adfærd og mulighed for at sammenholde interviewudsagn med iagttagelserne fra deltagerobservationen. I gennemsnit var min besøgsfrekvens i perioderne med deltagerobservation på dagcentrene en gang om ugen. Det var stort set kun det, som Mintzberg (1983) kalder det interdependente arbejde i centrene, det vil sige

personalets koordinerende arbejde i dagcentret, som jeg observerede. Efter de indledende forhandlinger med centrene blev det klart, at jeg ikke kunne få adgang til individuelle terapiesessioner, terapigrupper og supervision, det, som Mintzberg (1983) ville betegne som det independente behandlearbejde. Dette ville kun være tilgængeligt for undersøgelsen i form af andenhåndsbeskrivelser, det vil sige i interviews eller i omtale.

Deltagerobservation og interviews har hver deres styrker og svagheder som metode. Deltagerobservation bygger på frivillig deltagelse og observation i uvant miljø, at opretholde kontakt og samarbejde med feltets aktører, hvor der ofte vil være sociokulturelle forskelle mellem deltagerobservatøren og feltets aktører. Der er forskelle i kvaliteten af data fra henholdsvis deltagerobservation og interviews. Direkte observation over tid giver mulighed for at følge udviklingen i feltet, her i organisationerne. Den tillader opfølgning og undersøgelse ved tvivlsspørgsmål og ved emergerende fænomener, der kan lede til nye idéer og emneområder. Det er en fleksibel metode, der kan tilpasses forandringer i feltet. Tilstedeværelse over længere tid tillader at opbygge kontakter og skabe tillid. Løbende interviews som del af deltagerobservation bidrager til at forklare det signifikante i observationerne (Becker & Greer, 1957). Interviews som enkeltstående metode er mindre tids- og ressourcekrævende og nemmere at organisere end deltagerobservation. Man kan inkludere et bredere udsnit af en population af respondenter end ved deltagerobservation, hvor man er begrænset til observationsfeltet. Interviews kan fokuseres, hvor man ved deltagerobservation måske skal vente på observationer af bestemte fænomener. Interviewet har et fastlagt emneområde, selvom graden af åbenhed i interviewets opbygning kan relativere det. Interviewet kan dække tidligere hændelser, men de vil så blive beskrevet fra respondentens nutidige perspektiv. Interviewet kan endvidere dække emner, der er utilgængelige for observation, eller hvor observation ville være etisk uforsvarligt (ibid.).

Imidlertid er beskrivelserne om tematiserede forløb eller hændelser i et interview andenhåndsbeskrivelser (som ikke er identiske med andenordensbeskrivelser) set fra interviewerens position, hvor observatøren ved lignende forløb og hændelser ved deltagerobservation kan iagttage dem direkte. Det kan være svært ved enkeltstående interviews om et emne at identificere det selvfølgelige, undgåelse, tabuer og afvigende aktiviteter af forskellige grunde (ibid.). Deltagerobservation genererer nye idéer og hypoteser til opfølgning, hvor interviews i sig selv kun i begrænset omfang kan lave opfølgning. Ved deltagerobservation har observatøren mulighed for at forstå fænomenerne i deres

kontekst. Tilstedeværelsen og deltagelsen i organisationen skaber en kontekstsensitivitet, som ikke kan opnås ved interviews alene. Samtidig kan observatøren følge udviklingen i en organisation, det er specielt vigtigt i tilfælde af markante forandringer, idet noter og interviews fra den første periode kan sammenholdes med data indsamlet i en senere fase. Her vil respondenterne i enkeltstående interviews om en forandringsproces typisk se på den med nutidigt perspektiv. I enkeltstående interviews opfanger interviewererne ikke nødvendigvis specielle termer og vendinger som de gruppespecifikke fænomener, de kan være, men interviewererne kan uden at tematisere det tage det for givet som et privat udtryk fra respondentens side. Ved deltagerobservation kan man spørge ind ved tvivl og usikkerhed og vil have lejlighed til at identificere gruppespecifikke fænomener (ibid.).

4.5.1. Forløbet af deltagerobservationen

Undersøgelsen af de to dagcentre var forskellig. Dels var adgangsbetingelserne forskellige, og dels havde centrene forskellig intern struktur. Deltagerobservationen på Kvadratets dagcenter varede fra marts 1989 til først på sommeren 1991, på Cirklens dagcenter foregik den fra efteråret 1990 og til efteråret 1991. I dagcentrene skrev jeg som regel ikke noter direkte, men gik af sides og noterede nogle stikord, som jeg så skrev ud efter hukommelsen så hurtigt som muligt efter feltarbejdet.

Åben deltagerobservation

Deltagerobservation kan være åben eller skjult med mange eksempler på mellemformer. Jeg gennemførte undersøgelsen af de distriktspsykiatriske centre som åben deltagerobservation. I skjult deltagerobservation er adgang til feltet afhængigt af observatørens personlige karakteristika med hensyn til alder, køn og andre specifikationer, der skal være i overensstemmelse med de dominerende karakteristika for medlemmerne af den gruppe eller organisation, sociologen skal observere. Det vil være en af adgangsbetingelserne. Endvidere vil observatøren være bundet til et bestemt lag eller undergruppe i systemet. Goffman taler om "strategic associations" med en bestemt gruppe ved skjult deltagerobservation (Goffman, 1989). Skjult observation sætter begrænsninger for muligheden for åben udsøgning om meningen med udsagn og aktiviteter i feltet. Desuden er der egne etiske problemer forbundet med skjult deltagerobservation, man skal leve

med muligheden af, at man kan blive afsløret og dermed få ødelagt forholdet til informanterne (Taylor & Bogdan, 1984, pp. 22-30). Taylor & Bogdan understreger, at man ved både skjult og åben deltagerobservation ikke skal gå for meget i detaljer med, hvad man undersøger, det kan gøre folk for selvbevidste, når forskeren er til stede (Taylor & Bogdan, 1984, pp. 25-26; Gold, 1958, pp. 219-220). En væsentlig grund til at vælge skjult deltagerobservation har været, at visse grupper ikke er tilgængelige for åben deltagerobservation. Det er ikke enhver beskåret at gennemføre deltagerobservation i Hærens Operative Kommando, i PET eller i Pentagon, for den sags skyld. En anden grund har været ønsket om at undgå den observatøreffekt på feltet, som forekommer ved åben deltagerobservation. Goffmans *Asylums* (1961a) blev skrevet på grundlag af skjult deltagerobservation, idet han poserede som hjælpelærer, og ingen af patienterne kendte hans egentlige formål, det gjorde kun hospitalsledelsen. Sue Estroffs *Making It Crazy* (1981, pp. 26-28) er et eksempel på delvis skjult deltagerobservation ligeledes inden for det psykiatriske område. Hun fortalte ikke patienterne, at hun deltog i personalemøder. Gold (1958) beskriver fire roller, man kan påtage sig som deltagerobservatør. Den første er ”complete participant”, det dækker skjult deltagerobservation, hvor ingen af førsteordensaktørerne kender deltagerobservatørens dagsorden. Den næste er ”participant-as-observer”, åben deltagerobservation, hvor alle førsteordensaktørerne kender deltagerobservatørens dagsorden, det var den rolle, jeg havde i dagcentrene. Ved åben deltagerobservation er adgangen til feltet ikke afhængig af observatørens personlige karakteristika. Der vil være åbne forhandlinger om adgang til feltet og arbejdsbetingelser, observatørens ønsker om deltagelse i forskellige aktiviteter bliver handlet af med det mulige i feltet eller organisationen. Ved åben observation kan observatøren med de begrænsninger, feltet giver, bevæge sig frit i organisationens eller gruppens hierarki og stille undersøgende spørgsmål og gennemføre interviews som en del af rollen. Det gjorde Rowland (1938), han skriver, at han interviewede patienterne næsten konstant, formelt såvel som uformelt, om forholdene på de to hospitaler (ibid., pp. 323-325). Endvidere for lignende problematik Becker & Greer (1957), Bruyn (1966), Circourel (1969), May (2011), Silverman (1965: 1985), Taylor & Bogdan (1984, pp. 31-48) og Williams (1967, pp. 22-31). Den tredje form er ifølge Gold ”observer-as-participant”, den rolle er reserveret til formelle kontakter og engangsinterviews, den fjerde rolle er som ”complete observer”, der ikke inkluderer interaktion med feltet (Gold, 1958).

Et ofte diskuteret emne i metodelitteraturen omkring åben deltagerobservation har været observatøreffekten, og tæt forbundet hermed spørgsmålet om resultaternes validitet. I mange værker har det teoretiske udgangspunkt, mere eller mindre åbent formuleret, været antagelsen af en objektivt eksisterende virkelighed, der er ubesmittet af observatører. Hvis feltaktørernes adfærd er påvirket af tilstedeværelsen af en deltagerobservatør, hvilken virkelighed er det så, observatøren iagttager, lyder spørgsmålet? Et foreløbigt svar vil være, at det afhænger af interaktionssystemernes karakter og størrelse. I større grupper, fx et personalemøde, kan manipulation være svær at gennemføre – medmindre initiativet kommer fra en overordnet – alene på grund af det antal personer, der skal indvies i strategien. I et interview med én person kan respondenten fordreje sin fremstilling ved kritiske problemstillinger. Hvorimod der i interviews med to-tre personer skal stram koordinering til, hvis respondenterne i et interview vil bibringe interviewer en bestemt opfattelse. Metodelitteraturen taler om, at der vil være en vis observatøreffekt på feltet ved undersøgelsens begyndelse, og at den derefter aftager (Becker & Greer, 1957; Bruyn, 1966; Circourel, 1969; May, 1999; Silverman, 1985; Taylor & Bogdan, 1984; Van Maanen, 1988; Williams, 1967). Observatøreffekten kan i øjeblikket helt forvinde, når individerne i feltet glemmer, at man er forsker, ligesom den til andre tider kan aktiveres, når forskerens rolle som forsker pludselig er meget tydelig. Således kan observatøreffekten forstås som en proces, der går fra manifest til latent, men som også kan gå den anden vej. Ved åben deltagerobservation udgør begivenhederne omkring adgang til feltet de første manifestationer af observatøreffekten. Når man går *med* kontingensen ved diskussion af observatøreffekten, synliggøres sider af det sociale system som led i den operative markering af den ene side af formen. Den sociologiske observatørs tilstedeværelse fremkalder en manifest-effekt, som den operativt latente side af formen, det vil sige feltet uden en sociologisk observatørs tilstedeværelse, ikke ville have fremkaldt. Nassehi og Saake (2002) behandler dette emne for interviews, det kan imidlertid også gælde for deltagerobservation. I stedet for at gå imod kontingensen og se adgangsprocessen og reaktionerne på udsigten til en observatør i feltet som erkendelsesbegrænsende, kan man gå med kontingensen og se reaktioner og fx adgangsbetingerne som erkendelsesudvidende, idet disse fænomener leverer karakteristika om og materiale til analyse af feltet. I mit tilfælde gav adgangsforløbet information om stamafdelingerne og de distriktspsykiatriske centre, som jeg måske ikke ellers ville have fået. Den indledende kontakt med organisationerne øgede forståelsen af

deres magtforhold, de sociale relationer og aktørernes prioriteringer. Beskrivelsen af adgangsprocessen bliver herved en del af resultatet og ikke blot et stadium, der skal overstås. Ligeledes udgjorde jeg som deltagerobservatør i uformelle sammenhænge med patienterne i dagcentrene en potentiel interaktionspartner for spontan kommunikation om personlige forhold eller om forhold i eller uden for dagcentrene. Selvom ”observatøreffekten” forstået som manifest-effekt på feltet gradvist aftog, var det stadigvæk en gruppe med en deltagerobservatør, og især i en lille gruppe gør en person med en speciel rolle en forskel. Som sociologisk deltagerobservatør trak jeg spontane reaktioner fra patienterne, som var af en anden art end den, de ville have kontaktet andre patienter eller personalemedlemmer med. Effekten af deltagerobservationen i centrene som reaktion på min tilstedeværelse var synlig i de første cirka tre uger. Der trak den kommunikation fra de tilstedeværende som reaktion på et nyt og observerende element i gruppen¹¹³. Efterhånden som nyhedsværdien svandt, og personale og patienter vænnede sig til min tilstedeværelse, forsvandt de kommunikative manifesteringer. Patienternes accept blev formodentlig hjulpet på vej af, at teammedlemmerne kendte mig i forvejen fra flere måneders deltagelse ved møder og – indirekte – bifaldt min tilstedeværelse. Med aftagen af den synlige opmærksomhed i de aktuelle interaktionssystemer kan man nok slutte, at observatøreffekten i manifest forstand ligeledes aftog. Observatørens påvirkning af feltet tog i stedet form af operativ latens. Især i grupper på over syv-otte personer svandt manifestationerne i løbet af to-tre uger. I mindre grupper, hvor jeg indgik som observatør eller deltager, blev jeg integreret i gruppen med min tilskrevne rolle som projektmedarbejder. Erfaringen med aftagende manifest observatøreffekt efter en indledende periode stemmer overens med metodelitteraturen (Becker & Greer, 1957; Bruyn, 1966; Circourel, 1969; May, 2011; Silverman, 1985; Taylor & Bogdan, 1984; Williams, 1967). Det stemmer ligeledes overens med egne tidligere erfaringer fra feltarbejde i en afdeling på Sankt Hans Hospital sidst i 1980’erne. Her var den indledende fase med manifest effekt ligeledes på cirka tre uger (Klitgaard, 1987). I tilspidsede situationer under forløbet i dagcentrene kunne de manifesterede reaktioner dukke op igen. Det skete adskillige gange, som det vil fremgå.

¹¹³ I begyndelsen ved personalemøder og i interaktionssystemer var der ofte opmærksomhed på mig i form af drejede hoveder, korte blikke og undersøgende, lange blikke, spøgende bemærkninger om, at ”Nu er der jo observatør på, så vi må hellere passe på, hvad vi siger”, eller ”Pas nu på, Vibeke kunne misforstå”.

Min rolle som deltagerobservatør

I praksis foregik deltagerobservationen ved, at jeg var til stede i dagcentrene cirka en gang om ugen i åbent samvær med patienterne. I et så sensitivt miljø, som patientgruppen udgjorde, var det i den første tid hensigtsmæssigt at begrænse deltagerobservationen til upåfaldende dataindsamling. Jeg udgjorde en kommunikationsmulighed for patienterne, som foregik ved blot tilstedeværelse, socialt samvær og deltagelse i praktiske gøremål. Til undervisning for patienterne og til husmøderne skrev jeg åbenlyst noter ned. Det kaldte på blikke, men jeg fik ikke nogen verbale kommentarer. Jeg skrev ligeledes noter til de teammøder, jeg deltog i, på begge dagcentre. Gennem hele perioden deltog jeg i mange af de samme ting, som patienterne deltog i. Det kunne være praktiske opgaver med at dække bord og vaske op, hvor det så var naturligt at snakke om de forhåndenværende aktiviteter og samtidig lære de enkelte at kende og opbygge tillid. Jeg deltog i snakken og passede især i begyndelsen på at være nogenlunde diskret. Min diskrete rolle som deltagerobservatør i dagcentrene flugter med fx Rubingtons (1972) fremgangsmåde fra en psykiatrisk afdeling i begyndelsesfasen. Han beskriver udførligt, hvordan han fx undgår at tage noter i patienternes nærvær, men noterer sig det væsentlige i hukommelsen og bagefter skriver det ned så hurtigt som muligt. Det modsatte af den diskretion, han her lagde for dagen, at have spurgt de enkelte patienter ind til deres valg af plads i spisesal og sovesal, ville have været påtrængende (ibid., pp. 288-289). Ved voksende tillid var det efterhånden muligt for mig at spørge mere direkte til patienternes erfaringer med det psykiatriske system og dagcentrene. Patienterne begyndte også gradvist på eget initiativ at tage disse temaer op med undertegnede. Oplysninger og indtryk fra uformelle kontakter var en væsentlig informationskilde gennem hele forløbet. Voksende kendskab til miljøet tillod en vurdering af, hvordan de synligt anvendte indsamlingsmetoder påvirkede kontakten, og hvad der skabte atypiske reaktioner og svar. Fx kom patienterne fra Cirkelns dagcenter til de tolv aftalte interviews lidt bedre klædt på, end jeg så dem til daglig i dagcentret, de ytrede sig lidt mindre kritisk – undtagen en patient – end jeg hørte dem til hverdag. Jeg var tydeligvis blevet ”officiel” ved at lave en aftale om interviews. Og med ”officielle” repræsentanter skal man passe lidt på, hvad man siger, og for at markere en – påtaget? – respekt over for ”autoriteter” klæder man sig lidt pænere på end til daglig. De overvejelser havde patienterne i Kvadratets dagcenter ikke. De kom klædt, som jeg så dem til hverdag, og de ytrede sig hverken mere eller mindre kritisk, end jeg hørte dem til hverdag. Det passer med resultaterne af Myers &

Roberts' undersøgelse, hvor arbejder- og underklassen fremtrådte som skeptisk og på vagt over for autoriteter, mens den (højere) middelklasse forholdt sig neutralt og ligestillet (Myers & Roberts, 1959).

Det generer mig en kende at kalde mig selv "rask" eller "psykosocialt velfungerende", men det kommer af sig selv, stillet over for psykotiske patienters hallucinationer, vrangforestillinger og lignende fænomener. Jeg har mine irrationelle sider, ligesom alle andre mennesker, men jeg forestiller mig, de er under kontrol til daglig. Der er et vist historisk belæg for det: Fx refererer Dörner (1975) til fænomenet i *Bürger und Irre*, hvor de meningsdannende lag skelnede mellem "gale" og "normale". Dörner beskriver her, hvordan borgerskabet i England og Frankrig i 1800-tallet tog del i det politiske ansvar for samfundsudviklingen – i modsætning til udviklingen i Tyskland, hvor borgerskabet stod svagt af forskellige grunde. Borgerskabet i de to lande kunne derfor deltage i en kulturkritisk diskussion om civilisationens produktion af psykiske lidelser, specielt med fokus på den store masse af fattige gale. Borgernes egne irrationelle sider blev ligeledes gjort til genstand for debat (Dörner, 1975; Klitgaard, 1988a, pp. 12-25). Arieti (1974) gentager inddelingen, når han sammenligner psykotiske patienters kognitive tankemønstre med socialt velfungerende menneskers kognitive tankemønstre. Jeg skrev konferens om tysk psykiatri historie med henblik på udviklingen af skizofrenibegrebet set i en sociologisk kontekst (Klitgaard, 1988a). I en tidligere faglig periode beskæftigede jeg mig indgående med forfatterskaber af fænomenologiske psykiatere, som efter eget udsagn bestræbte sig på at beskrive psykoser som oplevet indefra (Klitgaard, 1989). Jeg gennemførte deltagerobservation på Sankt Hans Hospital i 1987 på en misbrugsafdeling, men her talte patienterne normalt (Klitgaard, 1987). Hverken erfaring fra deltagerobservationen eller ovennævnte teoretiske viden var til megen hjælp, når jeg skulle koble det til konkrete psykotiske personer i et så sensitivt miljø som de to dagcentre. Jeg følte mig derfor i begyndelsen usikker på, hvad der kunne være den "rigtige" reaktion på psykotiske udtryk. Min egen usikkerhed stillet over for psykotiske ytringer og vrangforestillinger fik mig til at gå i fast rutefart til personalekontoret på begge dagcentre for at berette om den forekomne hændelse og få en kvalificeret reaktion plus en diskussion om mere passende reaktionsmåder. Den fremgangsmåde opretholdt jeg i hele perioden af min deltagerobservation, selv om jeg gjorde det mest i begyndelsen. Jeg deltog løbende i konferencer om dagcenterpatienterne og samlede nogle retningslinjer op i den forbindelse. Jeg ignorerede bevidst patienternes diagnoser og deres indtag af

psykofarmaka. Jeg vidste, at patienterne havde alvorlige symptomer på psykosociale forstyrrelser, men det var underforstået i samarbejdsaftalerne, at jeg skulle forvalte min rolle som deltagerobservatør diskret. Dels kunne en modsigelse eller protest i relation til ytringer, som udtrykte symptomer på psykosociale forstyrrelser, risikere at gøre interaktionssystemerne til modsigelses- eller konfliktsystemer (Luhmann, 1984, pp. 488-550; 1975c; 2002a, pp. 335-337). Og dels fordi jeg så ville have kompromitteret min rolle som diskret deltagerobservatør eller ”virtuel adressat”, hvor jeg principielt skulle acceptere de sociale uordensyndelser som ytringer på linje med sociale ordensyndelser for at gennemføre en andenordenobservation af førsteordensobservatøernes kommunikation og adfærd. Jeg lærte ret hurtigt et par nogenlunde sikre måder at omgå psykotiske på: For det første at give udtryk for empati og medfølelse, men uden at bekræfte deres hallucinationer og vrangforestillinger, à la ”Det må være svært med al den angst” eller ”Det må være nogle slemme oplevelser at bære rundt på” og mene det. At det var en rigtig reaktion, bekræftes af fagkundskaben (Bock, 2010; Cullberg, 2004; Arieti, 1974). For det andet at undgå at stille for åbne spørgsmål: ”De kan ikke håndtere det”, ifølge et kvalificeret teammedlem. Begge dele var en form for symbolsk konnektion og synkronisering med patienterne, som jeg her lærte af personalet på de to centre. Selv om jeg løbende taler om udtryk for psykosociale forstyrrelser eller psykotiske symptomer, der så fremtræder som et individualiseret begreb, er fokus stadigvæk på sociale systemer og deres grundelementer, kommunikation, de refleksive perceptioner og de refleksive forventninger, og som alle er iboende sociale (Luhmann, 1984, pp. 191-242; 1987c). Traditionelle psykiatriske beskrivelser taler konsekvent om ”psykiske sygdomme”, som om det var noget identificerbart dysfunktionelt inden i det enkelte individ, men de udtrykker sig i kommunikation og adfærd, som klart er sociale fænomener (Luhmann, 1971; 1984). Både de refleksive perceptioner og forventninger og de kommunikative udtryk for ”psykisk sygdom” underløber dermed den officielle medicinske model (Cullberg, 1999; 2004; Mors et al. (red.) 2017; Poulsen (red.) 2010; Simonsen og Møhl (red.), 2010; 2017).

Min rolle i relation til patienter og teammedlemmer

Teammedlemmerne på Kvadratets dagcenter tenderede til at betragte mig som et teammedlem. Her kommer et eksempel: Jeg havde sat mig ved Det store Bord i Kvadratets dagcenter. Der var stille først, der var ingen teammedlemmer til stede. Lidt senere gik et teammedlem lidt rundt, hun sagde bagud til et andet

teammedlem på kontoret: ”Vibeke sidder der, så behøver du ikke ... ” (Feltnoter, 9.3.1990). Ringer (2013) oplevede et lignende forløb, hvor personalet af og til rubricerede hende som ”personale” og af og til som ”forsker” (ibid., pp. 128-129). Derimod lavede teammedlemmerne i Cirkelns dagcenter ikke om på deres daglige rutiner, når jeg var på feltbesøg. Der var ingen af patienterne, der protesterede over min tilstedeværelse i dagcentrene på en måde, så det blev et vedvarende problem. Det var enkeltstående kommentarer eller protest, og næste gang jeg så dem, var de optagede af noget andet og tænkte ikke på det. Som fx ved følgende hændelse: Jeg sad ved Det store Bord i Kvadratets dagcenter ovenpå efter frokost sammen med tolv-femten patienter uden teammedlemmer. Der var ret stille, da Bitten højlydt spurgte, om jeg skulle kontrollere stedet her, og hvad min opgave egentlig var. Jeg omskrev ”kontrollere” til at ”følge med i udviklingen”, både her og på det andet dagcenter. Hun spurgte til min rapport om ”de rige svin”. Charlotte, Tine, Astrid, Lillian og de andre lyttede interesseret og spændt. Jeg imødegik: ”Det var da vist ikke mig, hun refererede til, jeg skulle skrive en rapport om centrene”. Jeg forklarede, at jeg også deltog i teammøder. Hun faldt lidt ned, og de andre vendte opmærksomheden væk og begyndte at snakke indbyrdes (Feltnoter, 7.9.1990). Her kommer et andet eksempel: Det foregik ligeledes ved Det store Bord, der var ingen teammedlemmer til stede, jeg satte mig ved siden af Sofie. For den øvre bordende sad Charlotte og råbte op. Lidt efter forkyndte hun højlydt: ”Jeg kan ikke lide hende der, hvad skal hun undersøge vores forhold for?” Jeg svarede omtrentligt, at det havde jeg skriftlige aftaler med ledelsen af Kvadratet om, og at det var et led i evalueringen af distriktopsykiatrien etc. Lidt efter kom hun og Dorte i verbalt klammeri. Dorte sad ved siden af hende og havde kommenteret hendes råben. Charlotte svarede et eller andet voldsomt, og i løbet af et øjeblik fængede den bordet rundt. Selv Ida sad og skældte ud (Feltnoter, 17.5.1990)¹¹⁴.

¹¹⁴ Jeg tog problemet op til et teammøde, nogle uger efter at Charlotte, sidst jeg var der, ved tilstedeværelse af flere andre patienter (17.5.1990) havde sagt, at hun ikke kunne lide mig, og hvad jeg skulle undersøge deres forhold for. Jeg sagde, at jeg allerede var begyndt at blive paranoid. Et par stykker sagde: ”Velkommen i klubben”, sådan har teammedlemmerne det åbenbart også. De sad og spøjte med deres psykosomatiske symptomer, én havde ondt i halsen, så var det vel, fordi én af deres patienter havde det. Runden gik spøjende videre med pointer om, at de tillagde sig samme lidelse som de patienter, de var primærbehandlere for. Ingen havde dog lagt sig efter incest endnu. Det er åbenbart en måde, teammedlemmerne kobler af på med deres krævende arbejde (Feltnoter, 1.6.1990).

Patienterne på Cirkelns dagcenter var gennemgående tilbageholdende med åben og somme tider aggressiv kritik som de overstående eksempler fra Kvadratets dagcenter. De fleste patienter på Cirkelns dagcenter kom fra socialklasser, hvor man var vant til at være på vagt over for autoriteter og omgås dem med omtanke (Myers & Roberts, 1959). Her kommer et par eksempler: Jeg havde i løbet af dagen nogle korte interaktioner med Rolf på Cirkelns dagcenter, hvor det meste af det, han sagde, var lidt sort og springende, men alligevel ikke helt. Han sagde på et tidspunkt, at ”dagcentret er et kommunalt tvangstilbud”, og spurgte ”om jeg studerede aber, var det ikke zoologi?” Jeg forklarede, men var lidt stødt, det var ikke helt ud i det blå (Feltnoter, 17.1.1991). Der var en mindre forstyrrelse i sagsdimensionen, men hans pointer var klare nok. Det kommunale tvangstilbud kombineret med aber og zoologi fortolker jeg derhen, at han følte sig tvunget til at frekventere dagcentret, og samtidig måtte han så finde sig i, at en kultursociolog gik rundt og observerede ham selv og hans medpatienter, som om de var aber i en zoologisk have. Tilbud bliver som regel associeret med frivillighed, så ”tvangstilbud” får en ironisk klang. Her kommer det andet eksempel: ”Da vi senere ryddede op i køkkenet med et par andre patienter, men ingen teammedlemmer, spurgte Alice én af de andre patienter, om hun havde noget hash, hun måtte købe. ”Nej”, svarede den anden patient, Alice sagde ”nå”, og så fortalte hun en historie fra dagen før. Hun og hendes kæreste havde været ude hos en kvinde og ville købe noget hash, og de så kun havde 49,50 kroner. Hun ville ikke give dem det, fordi de manglede 50 øre. Tina blev gal og havde lyst til at melde hende til politiet. Der er åbenbart mange af dem, der ryger” (Feltnoter, 28.1.1991). Jeg tænkte på, om hun ville have nævnt hash i teammedlemmernes påhør? Sandsynligvis ikke, hun havde åbenbart tillid til, at jeg ikke sladrede til dem (Luhmann, 1968).

”Spion”

Af og til dukkede ordet ”spion” op, både fra patient- og personaleside, men jeg kommenterede det hver gang og gjorde skellet klart: En spion arbejder i det skjulte, hvorimod jeg var officielt til stede for at lave en undersøgelse, meddelte mig åbent omkring det og havde forhandlet betingelserne for min tilstedeværelse på plads. Jeg noterede mig dog, at det var en mishagsytring eller udtryk for skepsis, når udtrykket dukkede op, og forsøgte at analysere optakten til de situationer, hvor patienter eller personale anvendte dem. Ringer (2013) skriver om en lignende erfaring, da hun gennemførte deltagerobservation på en psykiatrisk

afdeling, hvor et personalemedlem fortalte Ringer, at nogle kolleger opfattede hende som en spion (ibid., p. 127).

En negation

Jeg behandler hallucinationer som fænomener, det vil sige, hvordan de fremtræder, uden at tage stilling til, i hvilke former for psykisk sygdom/psykosociale forstyrrelser de optræder i. Når jeg fx benytter Arietis (1967; 1974) klassiker fra 1974, er det ikke for at sige, at hallucinationer kun optræder ved skizofreni. Ligeledes med andre patologiske fænomener, fx tvangstanker- og handlinger, som Arieti beskriver i sine værker. Jeg benytter Arietis og andre forfatters værker, fx Rosenbaum og Sonne (1994) – der også eksplicit behandler skizofrene tilstande – når jeg mener, de siger noget væsentligt om et fænomens psykosociale dynamik uanset de medfølgende diagnoser.

4.5.2. Interviews med patienterne

Konstruktion af interviewguiden

Jeg tog de planlagte interviewrunder med patienterne op til diskussion med personalet og bad om input til, hvilke emner de mente, det var væsentligt at behandle i interviewene. Jeg gennemførte interviews med tolv patienter på Kvadratets dagcenter i efteråret 1990 og i foråret 1991. I dagcentret på Cirklen gennemførte jeg de tolv patientinterviews i 1991. Metoden ved interviews af dagcenterpatienterne var specielt hensyntagende, og gennemførelsen af interviewene foregik i tæt samarbejde med personalet. Alle interviews var temainddelte og semistrukturerede. Før patientinterviewene uddelte jeg et papir til de udvalgte respondenter, der skulle give patienterne en følelse af kontrol og sikkerhed for, hvad de kunne forvente. Det foregik efter råd og vejledning fra centrenes psykologer og psykiatere, som havde frarådet, at jeg benyttede båndoptager. Der stod i det papir, jeg skrev til patienterne, at interviewene ville vare cirka en time, og hvor de foregik. Jeg skrev endvidere, at jeg ikke ville benytte båndoptager, samt at de indsamlede oplysninger ville blive bearbejdet anonymt. En af psykologerne rådede mig til at lave et kort referat som afslutning på interviewet, for at patienterne kunne føle, de havde kontrol over forløbet, hvilket jeg gjorde. Jeg foretog en selektion af patienterne, jeg skulle være rimelig sikker på, at hver enkelt patient havde tilstrækkeligt styr på sine sociale ordensydelse til

at sidde stille og lade sig interviewe i en time uden at gå sin vej eller skabe for store forstyrrelser. Jeg udvalgte samtidig patienterne med henblik på, hvilke aktiviteter de deltog i. Fx mente et teammedlem på Kvadratet, at det var vigtigt også at selekttere patienter, som måske ikke kom i dagcentret hver dag, men som deltog i en aktivitet, der var organiseret af dagcentret, fx i tegneundervisning.

Temaerne for patientinterviewene var som nævnt præget af evalueringsformålet, derudover havde jeg et enkelt spørgsmål til belysning af stigmatiseringsproblematikken. Jeg konciperede interviewguiden som semistruktureret og halvåben med fire temaer, hvor der var fra fire til ni spørgsmål under hvert tema (se Anneks 1). Både informationen som oplæg til interviewet og interviewtemaerne var ens for patienterne på begge dagcentre. Jeg havde formuleret interviewguiden, så den var holdt i mundret dagligdagssemantik. Første del af interviewguiden om ”patientkarriere” med spørgsmålene om patienternes psykosociale problemer, deres indlæggelser og behandlingserfaring lagde bl.a. op til, at de kunne fortælle om deres erfaringer med psykofarmaka. Erfaringerne betød mere for patienterne, end jeg umiddelbart havde forestillet mig. Jeg vil anføre som Busch (2006, pp. 57-58), at selvom medicin fra personalets side var et nedtonet område, var dens virkninger væsentlige for patienterne. Ved de første spørgsmål i det første interview fortalte patienten om sit forbrug af psykofarmaka, og hvordan det havde påvirket hendes liv. Jeg fastholdt eksplicit temaet om psykofarmaka i alle 24 interviews. Næste tema var ”dagcentret”. Her stillede jeg spørgsmål om, hvad deres forventninger til behandlingen havde været, hvordan det oplevedes at benytte dagcentret, og hvad det betød for deres hverdag at komme i dagcentret, og om deres tilfredshed med kontaktpersonordningen. Det tredje tema hed ”patientrollen”, her stillede jeg blandt andet spørgsmål, om de vidste, hvad de skulle gøre for at få det bedre, om de kunne tale frit om deres indre oplevelser, og hvordan de havde det med at snakke med andre om deres problemer. Som næstsidste spørgsmål under patientrollen spurgte jeg, hvad de fortalte andre mennesker om at være psykiatrisk patient, for at få belyst stigmatiseringsproblematikken. Det svarede de fleste patienter udførligt på, og jeg fulgte op med flere spørgsmål. Temaet blev derfor fyldigt belyst i interviewene. Set 30 år efter viste det sig at være en ”langtidsholdbar” strategi, idet det stadigvæk er aktuelt i relation til psykiatriske patienter. Til sidst spurgte jeg, hvad de mente om deres fremtidsudsigter. Som sidste tema spurgte jeg til resultaterne af at frekventere dagcentret, om deres situation med bolig, arbejde, fritid, socialt netværk m.m. var bedre nu, end da de

startede. Næstsidste spørgsmål gik på, hvilke ønsker de havde til deres brug af dagcentret, og til sidst gav jeg dem mulighed for selv at samle op ved at spørge, om der var noget, de ville slutte med at sige. Som afslutning lavede jeg et referat, som en af psykologerne havde anbefalet, og her kom der jævnligt mere stof frem i forbindelse med de enkelte temaer. Da jeg gennemførte interviewene med de tolv patienter på hvert dagcenter, var jeg ret øvet i at tage hurtige noter fra team- og personalemøder, hvor jeg både skulle lytte og notere. Det gjorde jeg i form af udvidede stikord og skrev så mere udførlige referater så hurtigt som muligt efter feltarbejdet. Jeg praktiserede samme procedure ved patientinterviewene, samtidig med at jeg gjorde noget ud af at holde øjenkontakt med hver enkelt patient, så de ikke skulle føle sig ”forsømte”. Somme tider bad jeg patienterne holde inde med snakken et øjeblik, så jeg kunne nå at skrive ned, hvad de sagde.

Interviewsituationen

Interviewskemaet til patientinterviewene var ment som en overordnet ramme. Det viste sig da også, at der var vanskeligheder med at interviewe en del af patienterne regelret efter skemaet. Det var svært at stoppe talestrømmen på nogle få, og i den anden ende af skalaen var der nogle patienter, der var ekstremt fåmælte. Resultatet var i praksis, at jeg brugte interviewskemaet som vejledende. I patientinterviewene hørte jeg nogle psykotiske udsagn og patienter, som ytrede vrangforestillinger, hvor interviewene ellers hovedsageligt var præget af sociale ordensydelse, da det var det væsentligste kriterium, jeg havde selekteret respondenterne efter. Jeg sammenholdt udsagnene fra de patienter, som midlertidigt ytrede sig psykotisk i interviewet med egne tidligere iagttagelser og teammedlemmernes vurderinger af forstyrrelsernes udtryksmåde. Jeg afviste ikke direkte de psykotiske udsagn og vrangforestillinger i interviewene. Fx sagde en patient: ”Jeg troede, du var Joyce” (hendes plejemor), og igen: ”Der er tanker i det hele – i saftvand”, da hun så på glasset med saftvand. Endvidere: ”Jeg møder det ene nederlag efter det andet, så siger jeg det til [navn på et teammedlem], og så går hun på værtshus med mig”. Det var ikke sandsynligt. Jeg gled af og fortsatte interviewene og dermed interaktionssystemet, når det var muligt. I et tilfælde med en patient følte jeg mig foranlediget til at afbryde interviewet i en halv times tid for at trøste hende, da hun gav udtryk for, at hun var ulykkelig. Senere fortalte teammedlemmerne mig, at den pågældende patient jævnligt brugte andre mennesker på den måde, det sætter jo så ”det ulykkelige” i perspektiv. Et andet interview, hvor patienten beskrev sig selv som ”sløv” og ”indadvendt”, blev til dels modsagt af

interviewforløbet, som jeg opfattede som livligt og med mange spøgefulde indslag. I to-tre af interviewene forstod jeg ikke patienternes ytringer, noterede ”uforståeligt” og fortsatte interviewet. Hvis jeg først skulle til at spørge ind til, hvad de havde sagt og mente med det, risikerede jeg at fortabe mig i noget uvæsentligt. Fx tror jeg nok, jeg hørte: ”Jeg eller samfundet skulle have en dosis frimurerbevidsthed” – jeg forstod ikke umiddelbart meningen og undlod at tage det op.

De to deltageres kommunikative produktion i interviewet – patienten og undertegnede – viste sig i den måde, interviewsituationen inddrænkede og strukturerede kontingenzen på. Kontingenzen i form af interviewresultaterne var hverken vilkårlige eller determinerede, men udtryk for det mulige i den specifikke konstellation i det specifikke interaktionssystem. Jeg optrådte som virtuel adressat, hvor pladsen var anvist af fortælleren, hvor jeg som sociolog omvendt identificerede fortælleren – dvs. patienten – som min forskningsgenstand/person. Det var kommunikationen selv, der konstituerede begge roller, og de viste sig i dens mulighedsrum. Der var ikke tale om et fælles udviklet perspektiv i interviewene (Nassehi & Saake, 2002), som postulatet fra Frankfurterskolen angiver om en fælles forståelse eller et intersubjektivt forståelsesunivers mellem interviewer og interviewet (Habermas, 1971, pp. 114-122). Den selvforstærkende selvbeskrivelse, som i interviewet producerer en dermed forbundet social omverden og placerer intervieweren i den. Forståelse som modtagelse omfatter muligheden for misforståelse, da det er modtagelsen, dvs. forståelsen, der er det centrale, fuldbyrdende element i en kommunikation. For mange afvisninger i et interaktionssystem får systemets autopoiesis til at gå i stå (Luhmann, 1972). Hvis jeg havde afvist kommunikationspræmissen oftere, end jeg rent faktisk gjorde, kunne mine eventuelle afvisninger have stoppet interviewets – interaktionssystemets – autopoiesis i relation til patienten.

4.6. Analyse af det empiriske materiale

Jeg havde et stort materiale i form af hændelser i dagcentrene, så stort, at jeg var nødt til at foretage nogle valg. Jeg selekterede så de hændelser – i form af interaktionssystemer – som forekom mig karakteristiske og relevante, fordi de udtrykte forskellige fænomener med henholdsvis psykosociale forstyrrelser og

normal kommunikation i dagcentrene. Fx var visuelle og auditive hallucinationer klart forstyrrelser, og efter fagfolks udsagn udtryk for alvorlige psykiske sygdomme (Arieti, 1974; Bleuler, 1911; Crafoord, 1994; Cullberg, 2004; Freud, *G.W. Band XIII*; Hausgjerd, 1985; 1990; Mors et al. (red.), 2017; Poulsen (red.), 2010; Ruf, 2005; Simonsen & Møhl (red.), 2010; 2017). Da man i sagens natur ikke kan se eller høre andre menneskers hallucinationer, holdt jeg mig til de tilfælde, hvor patienterne klart kommunikerede om deres hallucinatoriske oplevelser. Fx til en undervisningsseance på Kvadratets dagcenter, hvor en patient spurgte, hvad hun skulle gøre ved de slanger, hun så i sine psykotiske episoder, og andre patienters beretninger om deres stemmer. På den anden side var der meget normal kommunikation i dagcentrene, herunder indirekte kommunikation, som man kunne høre og se i en hvilken som helst kantine eller forretning. Inspireret af systemteorien begyndte jeg først at analysere hændelserne i relation til, om patienterne kunne gøre sig forståelige i hverdagssemantik i interaktionssystemer. Hvis de kunne gøre sig forståelige og konnekterede, så om de afviste den foreslåede kommunikationspræmis, eller om de eventuelt konnekterede, synkroniserede og dermed kunne forsætte interaktionssystemet. Jeg manglede imidlertid et overordnet begrebsapparat som samlebetegnelse, der både dækkede de mange kommunikations- og adfærdsforstyrrelser, jeg observerede i dagcentrene, og den normale kommunikation, som jeg også hyppigt hørte. Jeg begyndte med spørgsmålet om, hvad der kunne karakterisere sociale ordensydelse ud over de tre kongruente selektioner, der indgår i en kommunikation (Luhmann, 1984, pp. 179-182; pp. 191-242; 1987c). Jeg kom frem til, at sociale ordensydelse forekom, når der ikke var forstyrrelser på nogen af de tre meningsdimensioner i interaktionssystemerne, og når patienternes adfærd var upåfaldende. Derfra var der ikke noget stort skridt til at konstruere det modsatte begreb, nemlig sociale uordensydelse. Jeg satte resultaterne ind i en polykontekstural sammenhæng, som i samfundets selvbeskrivelse består af multiple beskrivelser af kompleksitet ved hjælp af en binær kode og et tilhørende program (Luhmann, 1990d, p. 666). Luhmann (1997) skriver, at logikken i observation og beskrivelse må omstilles til polykonteksturale strukturer (ibid., pp. 1094-1096). Man kan ikke længere benytte en inddeling, som fremhæver en enkelt forskel, det ville være udtryk for monokonteksturale sammenhænge, som kun arbejder med en bestemt forskel, fx socialisme og kapitalisme. Jeg har valgt en polykontekstural begrebsramme, som angiver et program, dvs. den teori, jeg anvender, med en medfølgende binær kode, der beskriver en nærmere bestemt forskellighed, i dette tilfælde social uorden og

social orden. Ifølge Luhmann kan man imidlertid kun anvende den polykonteksturale differenslogik ved andenordensbeskrivelser, men det svarede jo også til min situation. Jeg var som sociologisk deltagerobservatør i et psykiatrisk dagcenter andenordensobservatør af førsteordensobservatørerne, det vil sige af de ”indfødte” i den specifikke organisation – patienter og personale i de to dagcentre (Luhmann, 1997, pp. 36-38; pp. 1094-1096; p. 1141). Her havde jeg så fundet mit overordnede begrebsapparat, som også blev titlen på afhandlingen. De sociale uordensydelse var fænomener, hvor der var forstyrrelser på en eller flere af de tre meningsdimensioner, og/eller hvor patienternes adfærd på den ene eller anden måde var påfaldende. Det var under den overskrift, jeg fx analyserede enkeltstående vrangforestillinger, der var altid mindst en meningsdimension, som regel sagsdimensionen, hvor der var en forstyrrelse. Jeg anvender ofte gennem afhandlingen begreber fra Rowland (1938), som gennemførte deltagerobservation på et psykiatrisk hospital. Han skrev, at vrangforestillinger ingen kommunikativ værdi har, og at de står i modsætning til social interaktion (ibid., pp. 334-335). Jeg kan tilføje, at det samme gælder for hallucinationer og andre psykotiske udtryk. De mangler den sidste selektion, nemlig forståelse, der afhænger af modtageren, for at kommunikationen kan slutes eller fortsætte (Luhmann, 1984, pp. 191-241; 1987c). Der er næsten ingen, der kan konnektere til dem, bortset fra de relevante professionelle, der kan kommunikere med patienterne på et symbolsk plan. Hallucinationer, vrangforestillinger og andre psykotiske udtryk kan generere modsigelser og konflikter, hvis patienterne insisterer på at ”kommunikere” om dem (Luhmann, 1975b; 1984, pp. 488-550; 2002a, pp. 335-341).

Selvom jeg brugte andre begreber under selve deltagerobservationen, så kan jeg se nu, at jeg optrådte som det, Nassehi & Saake (2002) i deres artikel kalder ”virtuel adressat” (ibid., p. 74) – dertil havde jeg som beskrevet ovenfor en psykosocialt velfungerende reaktion på udtryk for psykosociale forstyrrelser. Der er endvidere stor forskel i tidsdimensionen på enkelte interviews, som Nassehi & Saake (2002) beskriver det på den ene side. Og på den anden side, langvarig deltagerobservation til flere år ved deltagerobservation, hvor kvalitative interviews indgår, og hvor jeg skulle registrere patienternes kommunikation og adfærd. Socialdimensionen spillede endvidere ind – jeg har indtryk af, at Nassehi og Saake interviewede psykosocialt velfungerende mennesker, hvor det ikke har været særlig svært at stille de rigtige spørgsmål og lytte til svarene. Men det påvirkede mig at være stillet over for to psykiatriske patientpopulationer med alle deres individuelle

symptomudtryk – fra de mest alvorlige til de milde udtryk. Jeg fik derfor en dobbeltrolle som deltagerobservatør: Dels optrådte jeg som virtuel adressat i overensstemmelse med formålet med deltagerobservation, og dels reagerede jeg kritisk – men tavst – over for de aktuelle symptomudtryk. Når der var andre patienter til stede, som spontant udtrykte afstand, tavst eller verbalt, eller havde en mere accepterende holdning til dem, noterer jeg det i socialdimensionen.

Thagaard (2009)¹¹⁵ opfordrer til, at man identificerer analytiske enheder, det gør jeg ved at vælge interaktionssystemer som analyseenhed (ibid., pp. 149-150). De fungerer ved dobbelt kontingens, koncentration om et enkelt tema ad gangen, konnektion og synkronisering, at bidragene til temaet skal falde med en vis hastighed etc. (Luhmann, 1971; 1972; 1984, pp. 191-242). I uformelle interaktionssystemer kan temaet gradvist skifte, hvor det i formelle interaktionssystemer, fx til møder, følger en dagsorden. Thagaard introducerer endvidere en forskel mellem hhv. personcentrerede og temacentrerede analytiske tilnærmelser. Jeg gennemfører en tematisk analyse med interaktionssystemer som analyseenhed (ibid., pp. 171-188). Jeg har fravalgt den personcentrerede analysemåde af anonymiseringshensyn, som Thagaard (2009) ellers anbefaler (ibid., pp. 147-169). Dermed mener jeg også, at jeg har ”sikret” mig mod at anlægge en ellers typisk observatørvinkel på personlige egenskaber, hvor aktøren – her patienterne – ser situationer, som de kommunikerer og handler ud fra. De overordnede temaer fungerer som ledetråd i de tre analysekapitler. I kapitel 5 behandler jeg patienter, der har store kommunikationsforstyrrelser, i kapitel 6 patienter med mindre kommunikationsforstyrrelser. I kapitel 7 behandler jeg den stigmatisering og diskriminering, patienterne var udsat for.

Jeg tog noter ved patientinterviewene efter aftale med personalet, fordi en båndoptager kunne fremme vrangforestillinger og give anledning til momentane psykotiske fantasier. Ved noter bliver mængden af data reduceret, ifølge Thagaard (2009, p. 102), fordi det ikke er muligt at skrive alt ned. Jeg brugte fx forkortelser, så jeg først og fremmest koncentrerede noterne om meningen med patienternes ytringer, ved at udelade overflødige småord. Jeg sørgede også for at holde øjenkontakt for at få interviewet til at flyde eller bad dem holde inde et øjeblik, så

¹¹⁵ Thagaard (2018; 2009) udgav i 2009 3. udgave af sin metodebog. Den er på 231 sider brødtekst, hvor 5. udgave fra 2018 er på 210 siders brødtekst. Hun har gennemført nogle forkortelser, fx er Løchens beskrivelse af det psykiatriske sygehus ikke medtaget. Her beskriver han bl.a. ”de svages forsvar”. Henvisningerne til Whytes værker er heller ikke med i 2018-udgaven. Til gengæld er der opdateringer af stoffet om internet, audiovisuelle udtryksformer og nye medier. Jeg anvender begge udgaver i afhandlingen.

jeg kunne nå at skrive så meget som muligt ned. Det har den fordel, at så kan informanterne tænke sig om og vurdere, hvad de mere vil sige (ibid.). For nogle patienter, der var på tomandshånd med en nysgerrig forsker, kunne det ligeledes være en velkommen pause, da de kunne have det svært med nærhed (Arieti, 1974; Crafoord, 1994; Cullberg, 2004; Hausgjerd, 1985; 1990; Ruf, 2005; Topor, 2001). Jeg skrev referat umiddelbart efter ved alle interviews og forsøgte at udfylde de udtryk, der hidrørte fra de mange forkortelser. Thagaard skriver, at ved at tage noter i stedet for at bruge båndoptager analyserer forskeren samtidig, hvad der er det væsentligste i en ytring (Thagaard, 2009, p. 102). Det svarede til min situation, hvor jeg i nogle tilfælde opfangede og noterede hele sætninger, som forekom mig markante, alt i alt fik jeg brugbare note-tekster fra alle interviews. Thagaard (2009, p. 187) skriver endvidere, at informanternes selvforståelse kan forsvinde, hvis forskerens tolkning bliver dominerende. Det problem mener jeg, at systemteorien med inddelingen i første- og andenordensobservation har løst. Førsteordensobservation går netop på ”de indfødtes selvforståelse”, hvor andenordensobservation består af forskerens fortolkninger, der lægger et lag af kompleksitet ned over førsteordensaktørernes selvforståelse. Det er så ikke muligt at udføre begge observationer samtidig, man kan først gennemføre en andenordensobservation, efter man har gennemført en førsteordensobservation, og derved muligvis få øje på sin egen blinde plet – som dog derved forskubber sig (Luhmann, 1986b, pp. 34-40; 1997, pp. 766-768; pp. 1117-1118; 2002a, pp. 155-166).

Bales & Slaters teori om rolledifferentiering i små beslutningstagende grupper

Det drejer sig om et kapitel af Bales & Slater i en antologi udgivet af Parsons & Bales (1956), der hedder *Role Differentiation in Small Decision-Making Groups* (ibid., pp. 259-306), som jeg vil bruge som metodisk hjælpeinstrument ved hændelser i dagcentrene¹¹⁶. Jeg mener, at Bales & Slaters inddeling i en tolvtrinsskala (ibid., p. 267) for interaktioner i små grupper kan bruges på dagcentrene som parallel, selv om det ikke drejede sig om ”beslutningstagende” grupper. Jeg vil imidlertid bruge inddelingerne i analysekapitlerne, da jeg mener,

¹¹⁶ I indledningen til bogen beskriver Parsons & Bales artiklen som groet direkte ud af Bales’ og hans medforskeres undersøgelser gennem mange år om interaktion i små grupper. De blev hovedsageligt udført over nogle år på Harvard Laboratory of Social Research (ibid., p. XI). Den oprindelige eksperimentgruppe bestod af betalte mandlige Harvard-studerende rekrutteret gennem studenternes arbejdsformidling (ibid., p. 261).

de er tilstrækkelig generelle til, at de kan gælde andre små grupper. Inddelingerne er ydermere velegnede til at gøre forskellene mellem de to dagcentre mere klare. Her bruger jeg udelukkende det aspekt, forfatterne kalder ”differentiering i åben interaktion”, som jeg observerede det i situationen og derefter skrev ned i mine feltnoter. Bales & Slater (Parsons & Bales, 1956) indleder kapitlet med at fastslå, at den sociale organisation af grupper over længere tid resulterer i uddifferentiering af roller, der bliver nogle permanente forventninger rettet mod forskellige personer (ibid., p. 259). De skriver imidlertid lidt senere, at forventninger kan sluttes ud fra konsistens i observerbar adfærd, og at inddelingerne skal fange rolledifferentieringen ”in the making” på et minimalt plan, dvs. før rollerne klart har udkrystalliseret sig (ibid., p. 260). Forfatterne skelner mellem holdninger som latente, og adfærd som manifest og observerbar, det er udelukkende den sidste kategori, jeg behandler (ibid., p. 266). Med det aspekt som udgangspunkt mener jeg, det må være legitimt at bruge inddelingerne på interaktionssystemer i dagcentrene, her var der ingen faste roller i tidsdimensionen. De anvendte kvalitative kategorier er udelukkende ment som inddelinger af reaktioner på noget, som en patient har sagt eller gjort umiddelbart tidligere i et interaktionssystem (ibid., pp. 265-266). Jeg kommer derfor hovedsageligt til at bruge yderpunkterne i ”positive reaktioner” med numrene 1 til 3, og ”negative reaktioner” med numrene 10 til 12 i analysekapitlerne.

4.7. Materialets karakter

Er materialet forældet?

Det mener jeg ikke. Min gang på dagcentrene foregik for nu 30 år siden, men nye og nyere lærebøger i psykiatri samt værker, der behandler specielle temaer, beskriver de samme fænomener, som jeg observerede på det tidspunkt (Blinkenberg et al. (red.), 2002; Cullberg, 1999; 2004; Bock, 2010; Crafoord, 1994; Hausgjerd, 1985; 1990; Mors, et al. (red.), 2017; Poulsen (red.), 2010; Ruf, 2005; Simonsen & Møhl (red.), 2010; 2017). Psykiatriske udtryk ændrer sig kun langsomt over tid, og nogle af dem forbliver fænomenologisk set de samme. Fx kan indholdet i psykoser og tvangstanker ændres, men de fremtræder stadigvæk som psykoser og tvangstanker. Hvis man sammenligner med Strömngrens (1967) *Psykiatri* og slår op under ”Register”, dvs. indekset, leder man forgæves efter

diagnoser som ADHD, PTSD og personlighedsforstyrrelser, herunder borderline. Så noget er der sket i de over 50 år, der er gået siden 1967. Disse nye diagnoser og flere andre diagnoser er kommet til gradvist, og nye lærebøger inddrager (kliniske) psykologer og andre faggrupper som bidragsydere. Nu er diagnoserne en fast bestanddel af beskrivelserne i de psykiatriske lærebøger: ADHD beskrives i Mors et al. (red.), 2017, pp. 461-478; i Poulsen (red.), 2010, pp. 273-284 og i Simonsen & Møhl (red.), 2017, pp. 427-439. PTSD optræder i Mors et al. (red.), pp. 375-380; i Poulsen (red.), 2010, pp. 204-206 og i Simonsen & Møhl (red.), 2017, pp. 427-439. Differentierede personlighedsforstyrrelser, herunder borderline, beskrives i Mors et al (red.), 2017, pp. 407-437; i Poulsen (red.), 2010, pp. 237-271 og i Simonsen & Møhl (red.), 2017, pp. 555-578. Så vidt jeg kan se, er det de væsentligste nye diagnoser, der gradvist har udkrystalliseret sig og vokset sig store gennem de sidste 30 år. De nævnte diagnoser hører stort set alle til den kategori, som Poulsen (red.), 2010 kalder "Psychiatria minor", dvs. "patienter med lette til moderate depressioner, angstlidelser, obsessiv-kompulsiv lidelse, spiseforstyrrelser, ADHD og forstyrrelser i personligheden" (ibid., pp. 27-28). Patienter med "psychiatria minor"-udtryk kom i ambulans behandling på de distriktspsykiatriske centre. De fleste patienter på dagcentre blev rekrutteret fra stamafdelingerne, dvs. at de havde haft psykoser eller lignende tilstande til at begynde med, og nogle patienter blev somme tider psykotiske igen. Jeg havde således rig lejlighed til at observere "psychiatria major", dvs. psykotiske og psykosenede udtryk, massive vrangforestillinger, proxemics-forstyrrelser, psykotiske talestrømme, udtryk for forpintethed som fx ildspåsettelse, forestillinger om selvreference, bizar adfærd og kommunikation, paranoia samt hændelser med grænseadfærd. Og disse observationer er på ingen måde forældede. Der var dog kun få tosprogede patienter i dagcentre i den undersøgte periode. Hvis det havde været i dag, ville der sandsynligvis have været flere, og så ville problemstillinger i relation til tværkulturelle psykosociale forstyrrelser være kommet ind i billedet. Man kan så spørge, om de nye sociale medier, smartphones og skærme af forskellig art spiller en rolle for udformningen af psykosociale forstyrrelser. Imidlertid er der ingen af de værker skrevet efter år 2000, som jeg anvender, der nævner dem som udløsende faktor til de nævnte forstyrrelser. Det drejer sig om Topor (2001), Lindell (2003), Busch (2006), Jacobsen (2006), Ringer (2013) og Dobransky (2014).

Kan materiale indsamlet til et bestemt formål anvendes til et andet formål?

Jeg mener, at det kan lade sig gøre med visse modifikationer. Mit oprindelige formål var at bidrage til en evaluering af distriktspsykiatrien i Københavns Kommune. Til det formål fik jeg adgang til at gennemføre deltagerobservation på de to distriktspsykiatriske centre, herunder på dagcentrene. Den type beskrivende kvalitative observationer, især observationer, der er indsamlet som led i undersøgelser baseret på deltagerobservation, har vist sig at kunne anvendes til noget andet end deres oprindelige formål. Fx Thagaards (2009) sammenligning mellem Mathiesens (1965) værk om "de svages forsvar" i fængsler, og Løchens (1976) fremstilling af psykiatriske patienters situation (Thagaard, 2009, pp. 208-209). Løchens værk er skrevet med et andet formål, men Thagaard har approprieret temaet og skabt en sammenligning for at fremhæve en pointe. (Mere i kapitel 6.13). Her drejer det sig til forskel fra ovenstående eksempel om genbrug af eget materiale. Jeg har personlig været igennem alle undersøgelsens stadier, og taget stilling til, hvad der er mest relevant i relation til det nye formål, der fokuserer på patienternes kommunikation og adfærd i systemteoretisk perspektiv.

Proceduren kræver, at man selekterer i data og fravælger de mest målrettede til det oprindelige formål og det har jeg gjort. Som led i deltagerobservationen gennemførte jeg samtidig med observationerne 24 kvalitative interviews. Mange af spørgsmålene i interviewene var primært konciperet til evalueringsformål, og dem har jeg udeladt af samme grund, eller jeg anvender dem som baggrund i den nye analyse. Et af de få spørgsmål, jeg bibeholdt, var temaet om, hvordan patienterne oplevede den stigmatisering, de blev udsat for. Det var noget, alle patienter kunne tale med om og komme med fyldige beskrivelser af, og jeg fulgte op med flere spørgsmål. Temaet har fået sit eget kapitel (7) i denne afhandling. Jeg fandt endvidere ud af, at medicineringen, som jeg oprindeligt ikke havde tematiseret, viste sig at betyde meget for patienterne og deres sociale liv. Jeg fulgte derfor straks op med flere spørgsmål, da den første patient tematiserede det. Medicineringen har givet anledning til et større tema om synlige stigma og til en beskrivelse af en ny obduktionsundersøgelse af afdøde psykiatriske patienter.

Det nye formål var at gennemføre en systemteoretisk analyse af patienternes kommunikation og adfærd og af den stigmatisering, de udsættes for af deres sociale omverden. Jeg skrev observationer fra dagcentrene ned efter alle besøg, nogle af dem, også selv om jeg ikke umiddelbart kunne se, hvilken kontekst jeg kunne fortolke dem i. Mange af observationerne har først fuldt ud fået mening, efter jeg begyndte at fortolke dem med begreber fra systemteorien, som jeg stiftede

bekendtskab med i 2007. Her kunne jeg trække på et præcist og detaljeret begrebsapparat om kommunikation og interaktioner (Luhmann 1971; 1972; 1975a; 1984). (Se tidligere betragtninger om forståelig og uforståelig kommunikation i kapitel 1.1)

Kapitel 5:

Patienter med store kommunikationsforstyrrelser

I dette kapitel analyserer jeg kommunikationernes uforståelighed eller forståelighed og de mange mellemformer, jeg observerede. ”En psykose er ikke umiddelbart til at forstå”, som et teammedlem fra Kvadratets dagcenter sagde. Udsagnet bekræftes af Hausgjerd (1972), som siger, at (psyko)terapeuten står over for ”en fremmed tekst, hvor det er selve det uforståelige, der er ledetråden” (ibid., pp. 131-132). Forståelse er – via bifurkationen – det tredje led i en kommunikation, uden forståelse – eller misforståelse – ingen interaktion (Luhmann, 1987c). Luhmann taler i sin artikel om samfundsstruktur og semantisk tradition om hverdagssemantik som en overleveret, disponibel og situationsuafhængig mening – og hvor fx en gruppes bandeord tæller med (Luhmann, 1980b, p. 19). Det analytiske fokus i dette kapitel er hhv. sociale uordensydelse og sociale ordensydelse (Luhmann, 1984, pp. 179-182), som patienterne kontinuerligt udtrykker i deres kommunikation og adfærd med hinanden, personalet og undertegnede i den miljøterapeutiske kontekst. Kapitlet er struktureret efter udtryk for psykosociale forstyrrelser, som markerer, at patienterne udtrykker sig uforståeligt i en grad, at de ikke altid kan gøre sig forståelige i interaktionssystemer. Jeg beskriver her nogle tilfælde med både visuelle og auditive hallucinationer, ”stemmer”, hvor patienterne leverer hhv. sociale uordensydelse og det modsatte. Hallucinationer har, i lighed med vrangforestillinger, ingen kommunikativ værdi (Rowland, 1938, pp. 334-335), da de er bundet op til patienternes private forestillingsverden. De får først kommunikativ værdi og bliver konnekter- og synkroniserbare, når patienterne kan følge regelværket, dvs. når de kan levere sociale ordensydelse (Luhmann, 1984, pp. 179-182; pp. 191-241; 1987c). De præger imidlertid de psykiatriske institutioners funktion ved at gøre dem til steder, der behandler psykosociale

inkompetencer af forskellige grader og varighed. Når jeg i det følgende skriver, at kommunikationer ingen eller kun ringe kommunikativ værdi har, går referencen kun på de individuelle ytringer. Deres generelle påvirkning af de psykiatriske institutioner fungerer som baggrund i denne kontekst. Hallucinationer tenderer til at have modsatte attributioner i forhold til det normale (Luhmann, 1978b; 1984, pp. 306-309; 1997, pp. 332-338). Arieti leverer en psykodynamisk forklaring på de modsatte attributioner (Arieti, 1974, pp. 215-302). Andre udtryk omfatter manglende respekt for proxemics-regler, psykotiske talestrømme, andre udtryk for smerte og forpinthed samt bizar adfærd og kommunikation. Under bizar kommunikation inkluderer jeg patienter, der blander (nær)psykotiske ytringer med sociale uordensydelse. Endvidere forestillinger om selvreference så massiv, at den kan udmønte sig i paranoia og andre former for grænseadfærd. Endvidere brud på basisforventninger i relation til personlig hygiejne, omgang med mad og påklædning samt nogle overvejelser over den uklare patientrolle. Når teammedlemmer stopper ”psykiatrisk dagligstuesnak” – modificerer de derved dagcentrenes status som ”fristeder” – hvordan forholder patienterne sig til det fænomen?

Jeg vil gerne her understrege, at både sociale uordensydelse (intern attribution) og brud på basisforventninger (ekstern attribution) er domme, der er specifikke for situationen, dvs. sted, tid og socialt system. De implicerer ikke en permanent dom for andre steder, tider og sociale systemer. De personalemedlemmer, der var vant til at arbejde i psykiatriske institutioner, var ikke på samme måde forbavsedede over de sociale uordensydelse (intern attribution), de forventede dem, da de var vant til at opleve brud på basisforventninger (ekstern attribution) som en del af deres daglige arbejde. Min observatørposition var i begyndelsen præget af meget lidt praktisk erfaring med psykotiske mennesker, selv om jeg havde nogle teoretiske forudsætninger. Jeg oplevede derfor – især i begyndelsen – en del brud på basisforventninger, der rykkede ved mine forventningsforestillinger. Både patienter og personale forventede sociale uordensydelse, men forholdt sig differentieret til dem. Personalet gjorde det principielt for at lære noget om de enkelte patienter til brug for deres behandlingsstrategier. De fleste af patienterne forventede dem ligeledes og kunne blive skræmte og afvisende, som på Kvadratets dagcenter, eller forholde sig relativt afslappet til de fleste af dem, som på Cirkelns dagcenter. Så vidt jeg kunne se, opretholdt forholdt teammedlemmerne normative forventninger til patienternes adfærd, og patienterne gjorde det, når og hvis de var nået frem til at

præstere et minimum af sociale ordensydelser. Personer med psykosociale forstyrrelser begår brud på basisforventninger som en del af deres manglende kapacitet til at præstere som forventet i sociale roller (Parsons, 1958). I de psykiatriske institutioner trådte de sociale uordensydelser tydeligt frem som udtryk for psykosociale forstyrrelser.

5.1. Auditive hallucinationer som sociale (u)ordensydelser

5.1.1. Stemmer som social uordensydelse

Ved et besøg i Kvadratets dagcenter sad jeg sammen med fem-seks patienter omkring Det store Bord, da en patient begyndte at diskutere med sine stemmer.

Efter patienternes morgenmøde sad vi ved den ene bordende og snakkede om en tur til Grønland, som en af patienterne lige havde foretaget. En af de tilstedeværende patienter, John, sad i nærheden, men var ikke en del af interaktionssystemet. Han havde et tillukket og lyttende udtryk. Pludselig begyndte han med høj stemme at protestere mod de (radio)bølger eller signaler, der forstyrrede hans hjerne. Der blev tavshed i interaktionsgruppen, ingen vidste tilsyneladende, hvad det næste ville blive, de andre patienter så konsternerede ud. Han blev tavs igen og indgik stadigvæk ikke i interaktionen. Der var ingen teammedlemmer til stede, der kunne redde situationen ved at lempe ham væk. Efter nogle øjeblikkes tøven fortsatte temaet om Grønland, men en af deltagerne, Lone, tog høretelefoner på for at skærme sig, og en af de andre patienter, Maria, forlod bordet. Interaktionen ebbede snart ud (Feltnoter, 11.4.1991).

Som illustreret virkede Johns udbrud til at være uforståeligt for de tilstedeværende, det havde ikke nogen forbindelse med temaet om Grønland og faldt igennem forventningsstrukturen. Han hverken konnekterede eller synkroniserede og var tilsyneladende heller ikke interesseret i at gøre det og afbrød derved den ubesværede koncentration om temaet om Grønland. John var klart psykotisk på det tidspunkt, hans adfærd fik en af patienterne til at lukke af ved at tage høretelefoner på, og en anden patient forlod interaktionssystemet kort tid efter. De to patienters reaktioner var negative sanktioner af den grove, konfliktnære

slags, ifølge Luhmann (1964a, pp. 262-263). De øvrige tre-fire patienter blev siddende ved bordet, men de blev pludselig tavse og så noget alarmerede ud, det var en mildere reaktion, men stadigvæk negative sanktioner (ibid.). Johns ”kommunikation” var ikke umiddelbart forståelig, den havde ringe kommunikativ værdi (Rowland, 1938, pp. 334-335). Han skelnede heller ikke mellem selv- og fremmedreference. Han fulgte imidlertid ikke det regelværk, der skulle sikre, at kommunikationen ubesværet og uden vanskeligheder blev modtaget af adressaterne. Ved ikke at følge regelværket for ordensopbyggende kommunikation brød afsenderen den kommunikative orden. Med Luhmanns termer kan man karakterisere den som svært konnektbar. Den får kun kommunikativ værdi, når og hvis han senere kan følge regelværket og formulere stemmerne som sociale ordensydelse. De psykotiske fremtræder som grænseløse, skellet mellem selv- og fremmedreference relaterer her til det psykiske system. Et uventet psykotisk udbrud, som det refererede, skabte forstyrrelse i det igangværende interaktionssystem, de andre deltagere vidste ikke, hvad det næste blev. Hvad de tre meningsdimensioner angår, kan man sige, at der var udfald i dem alle tre (Luhmann, 1971). John var ikke styret af hverken reflektiv perception eller af reflektive forventninger (Luhmann, 1984, pp. 411-417; pp. 560-566), han levede i sin egen private forestillingsverden. I sagsdimensionen konnekterede han slet ikke til temaet, og hans ”bidrag” var en engangsydelse, der ikke havde noget med temaet i interaktionssystemet at gøre. I tidsdimensionen synkroniserede han ikke og anstrengte sig heller ikke for at gøre det (Luhmann, 1990b). I socialdimensionen konnekterede han ikke og var tilsyneladende heller ikke interesseret i at gøre det. Han var fuldt optaget af sine stemmer. John havde imidlertid leveret sociale ordensydelse ved at være motiveret til behandling, ved at have accepteret en primærbehandler, ved at møde op i Kvadratets dagcenter i åbningstiden, og ved at han tålte tilstedeværelsen af andre personer. På Bales & Slaters (Parsons & Bales, 1956, pp. 259-306) skala lå de negative reaktioner i bunden af skalaen mellem 10 og 12 (ibid., p. 267). Det var en typisk reaktion fra patienterne i Kvadratets dagcenter, at de generelt afviste udtryk for psykosociale forstyrrelser med forskellige grader af negative sanktioner. Ruf (2005), en psykiater, der arbejder i den systemteoretiske tradition, skriver – og her citerer han Simon, som ligeledes er inspireret af systemteorien – at et psykotisk symptom ikke er umiddelbart forståeligt. Det falder ”uden for kommunikationsspillet” og kan ikke tydes inden for kommunikationsreglerne (ibid., p. 26). Johns udbrud var ikke nødvendigvis intentionelt på det pågældende tidspunkt (Sandin, 1993). Von

Feuchtersleben sagde allerede i 1845, at de psykotiske substituerer den indre verden for den ydre verden (von Feuchtersleben, 1845).

5.1.2. Tendens til omvendte attributioner

Det gik op for mig på et tidspunkt, at John tenderede til at attribuere ”handling” eksternt, det er omvendt af det normale, han oplever ”handling” som noget udefrakommende, bølger eller signaler, der forstyrrede hans hjerne, og som han kunne diskutere med. Minkowski (1933) skriver, at patienternes indre verden dominerer virkelighedens verden, relativt eller absolut (ibid., p. 262). John oplevede ikke blot den ydre verden som intern, men også ”handlinger” som eksterne, dvs. at han vendte attributionerne om i forhold til den normale måde at opfatte tingene på, hvor oplevelse har eksternt attribution, og ytring/handling har intern attribution (Luhmann, 1978b; 1979). Det var ikke ualmindeligt, at patienter, der havde hørt stemmer, havde følt sig truet af dem, når de fortalte om dem i interviewene, hvor de jo så havde fået afstand til dem, og leverede sociale ordensydelser. Fx fortalte en patient fra Kvadratets dagcenter: ”Jeg troede, de [dvs. stemmerne] ville skifte min identitet, gik fra den på [hospitalsnavn] og fik medicin. Jeg troede, verden gik under på Nørreport Station, at der var en morder” (Interviewnoter, 18.3.1991). En anden patient fra samme dagcenter havde ligeledes haft en destruktiv oplevelse med stemmer: ”Jeg var bange for at blive slået ihjel, stemmerne sagde, de ville slå mig ihjel. Jeg troede, det var virkeligt” (Interviewnoter, 25.2.1991). Begge patienter placerede den auditive hallucination som udefrakommende, som en ”oplevelse”. John vendte attributionerne om, ligesom andre psykotiske patienter har tendens til at gøre det. Arieti (1974) har en plausibel forklaring på den psykosociale dynamik, der ligger bag de omvendte attributioner¹¹⁷. De centrale kapitler i hans værk fra 1974 i forbindelse med de omvendte attributioner handler om bruddet med virkeligheden og om de kognitive følger af bruddet (ibid., pp. 215-302). Konfronteret med uudholdelig og overvældende angst giver patienten efter og bryder med virkelighedens verden ved at give angsten konkrete former, som ikke altid kan ”valideres konsensuelt” (ibid., p. 215). Da patienten ikke kan ændre virkeligheden, må hun ændre sig selv for at holde virkeligheden ud. I sit forsøg på angstreduktion på baggrund af et

¹¹⁷ Arieti arbejdede i den psykoanalytiske tradition, Hausgjerd betegner ham som neo-freudianer på grund af hans vægtning af de kognitive aspekter (Hausgjerd, 1985, p. 52; 1990, p. 92).

såret selv billede – som formodentlig har sin oprindelse i den tidlige barndom – projicerer hun sin selvfølelse ud i omverdenen i form af ændret kognition, ”konkretisering”. Den overvældende angst bliver herved reduceret, ved at patienterne konkretiserer den i hallucinationer, så den bliver mere håndterbar (ibid., pp. 215-220). Patienten oplever derefter sin selvfølelse i form af auditive og visuelle hallucinationer, som hun kan opfatte som udefrakommende, dvs. de er ikke en del af hende selv. Bevægelsen går fra den generaliserede trussel til konkrete trusler i form af auditive og visuelle hallucinationer (ibid., pp. 215-220). Hvis den logik stemmer, har psykosen en angstreducerende funktion. Arieti understreger imidlertid, at der er tale om en tendens, ikke en naturlov uden undtagelser (ibid., p. 220). Bock er på samme bølgelængde, når han beskriver psykosen som både løsningsforsøg og forstyrrelse, som både beskyttelse og katastrofe (Bock, 2010, p. 19). Observatører kan opfatte mekanismen som symbolsk, men for patienten er den konkret. Den er ikke blot konkret, den er en del af patientens aktive konkretiseringsproces (ibid., p. 268). Arieti skriver, at den psykotiske transformation giver patienten ophav til fremmedartede og unikke måder at opleve verden og sig selv på i forsøget på at opleve verden på en mindre skræmmende måde, hovedsageligt ved hjælp af forskellige kognitive mekanismer (ibid., p. 215-216). Ovenstående dynamik resulterer i de omvendte attributioner, hvor ytring/handling tilsyneladende kommer udefra, og oplevelser indefra. Bock (2010) bekræfter dynamikken som anført ovenfor (ibid., pp. 31-34). Dynamikken passer på både Ringers (2013) og Buschs (2006) beskrivelser af stemmer. I systemteoretiske termer befinder patienten sig uden for rækkevidde af både refleksiv perception og af refleksive forventninger. De psykotiske lever i en farlig verden, de lever uden det ekstra sikkerhedsnet, som normative forventninger giver (Luhmann, 1969; 1993b). Hausgjerd (1985) skriver, at de psykotiske udtryk er en beskyttelse mod noget, der er endnu mere uudholdeligt (ibid., p. 290).

5.1.3. Den lyttende holdning

Ifølge Arieti hører patienterne kun stemmer, når de anbringer sig i ”the listening attitude”, den lyttende holdning, hvor de forventer at høre stemmer, og det gør de så (Arieti, 1974, pp. 573-576). Det passede i Johns tilfælde, han sad og så absorberet og lyttende ud, før han begyndte at diskutere med stemmerne. Jeg observerede to-tre andre patienter på Kvadratets dagcenter i løbet af min observationsperiode, som så ud til at være i den lyttende holdning, dvs. hvor de

forventede at høre stemmer. Arieti beskriver (ibid., pp. 571-584), hvordan han arbejder med at opløse psykotiske mekanismer. Hvis personalet på et psykiatrisk hospital rutinemæssigt spørger patienterne, om de hører stemmer, er det ikke muligt for patienterne at opgive stemmerne, så længe atmosfæren er præget af "unrelatedness". Når man etablerer ikke blot kontakt, men "relatedness" med en patient, er hun i stand til under vejledning at skelne mellem to stadier: den lyttende holdning, for det første, og for det andet selve stemmerne. Patienten kan gradvist over flere sessioner erkende, at der er et kort interval mellem forventningen om at høre stemmer og selve stemmehøringen (ibid., pp. 574-576). Når patienten er kommet dertil, vil hun gradvist erkende, at når hun er i en bestemt stemning, kan hun føle fx fjendtlighed i luften. Hun får fornemmelsen af, at alle har en nedsættende holdning til hende. Men den erkendelse er ekstremt kortvarig, for den gør, at hun sætter sig selv i den lyttende holdning, og derefter – ganske rigtigt – hører stemmer, der taler nedsættende om hende. Når patienten har bragt sig derhen, at hun kan skelne mellem en fjendtlig stemning og det at anbringe sig i den lyttende holdning, har hun foretaget et stort spring. Det er lykkedes for hende at gøre det til en aktiv handling at høre stemmer, hun er ikke længere passiv, men kan erkende, at det at høre stemmer har noget med hende selv at gøre. Men Arieti gør opmærksom på, at "den psykotiske verdens forførende fælde" stadig er aktiv, men at patienten måske kan modstå forførelsen (ibid., p. 574).

5.1.4. Den psykotiske fælde

Gradvist kan patienterne lære at erkende det, når de anbringer sig i den lyttende holdning og forventer at høre stemmer. De går fra at opfatte stemmerne som noget næsten automatisk og udefrakommende, de ikke kan forhindre, til noget, de selv kan frembringe. Arieti skriver, at psykoterapeuten ikke må blive træt af at forklare mekanismen igen og igen, selv om det kan virke overflødigt. Det er det ikke, symptomerne bliver ved med at have en næsten uimodståelig tiltrækning. Den projektive mekanisme, hvor en patient hører stemmer, som taler nedsættende til hende og om hende, befrier hende fra hendes opfattelse af sig selv som en dårlig person, måske en prostitueret, som hun forestiller sig må have lav selvfølelse. Det er noget, stemmerne siger, og hun er ikke enig, hun er nemlig selv en ordentlig kvinde med høj selvfølelse. Det er det, at hun slipper for en ubehagelig selverkendelse, der er kernen i de auditive hallucinationers tiltrækning. Når hun

ved psykoterapeutens hjælp kan bære den ubehagelige psykodynamiske mening med stemmerne, vil de opløse sig selv (ibid., pp. 575-576). Hausgjerd (1985) skriver, at kernen i de psykotiske problem er, at de ingen tolerance har over for frustration (ibid., p. 285). Frustrerede forventninger eller skuffelse skulle, som vi ved fra Luhmann, ideelt føre til normative eller kognitive forventninger i dobbelt kontingenssituationer. Der er to forskellige tolkningsmuligheder her: Den ene går på, at når psykotiske patienter udtrykker sig uforståeligt og dermed hverken lader sig styre af refleksiv perception eller refleksive forventninger, er de uden for terapeutisk rækkevidde. Eller som den anden mulighed, at de fastholder bestemte forventninger som normative og dermed skuffelsesresistente, muligvis baseret på egne vrangforestillinger og hallucinationer. En overvægt af normative forventninger også hos normalt fungerende personer indebærer et større engagement og dermed et større forsvar for samme forventninger, end kognitive forventninger medfører (Luhmann, 1980a, pp. 40-53). Arieti gør opmærksom på, at den psykotiske kun lever i en enkelt tidsdimension, nutiden. Så længe patienten kun attribuerer alle oplevelser til nutiden, slipper hun ikke for symptomerne. Virkeligheden har derimod tre tidsdimensioner, fortid, nutid og fremtid, og psykoterapeuten må gradvist udvide patientens psyko-temporale felt (Arieti, 1974, p. 575).

Andre forfatters beskrivelser af stemmer

Jeg anfører her en hændelse om stemmer, beskrevet af Ringer i *Listening to Patients* (2013) – der her fokuserer på relationen til personalemedlemmer ved stemmehøring: Et interview med en patient, Frederik, blev efter aftale afbrudt af en kaffepause. Efter pausen understregede Ringer, at hun ikke var personalemedlem. Det fik Frederik til at åbne op, han fortalte om sine stemmer, som han selv mente var noget spirituelt og positivt, i hvert fald ikke noget patologisk – og at han derfor ikke havde fortalt personalet om dem. Ringer fortolker det derhen, at det var Frederiks – og måske andre patienters – måde at modsætte sig den psykiatriske diskurs og yderligere sygeliggørelse på, en modstand mod at få stemmerne reduceret til et symptom og til ”sygdom”. Hun angiver ikke indholdet af stemmerne, men blot at Frederik oplevede dem som kommende udefra. Endvidere, at det i interviews mellem patienter og professionelle kunne være risikabelt at afsløre for meget om sig selv. Ringer mener, at Frederik ved ikke at tale om sine stemmer beskyttede sig mod en diskurs om ”manglende sygdomsindsigt” (ibid., pp. 126-133). I et afsnit beskriver Busch (2006)

”Stemmehørernes klub” på Skovgården (ibid., pp. 71-75). Hun refererer i en note (nr. 24, p. 74) til, at der er blevet dannet et landsdækkende stemmehørernetværk og syv tilsvarende grupper rundtomkring i Danmark. Der er fire stemmehørende patienter i klubben og en socialrådgiver som terapeutisk hjælper. Det er fælles for patienterne, at de alle hører stemmer, der kommenterer og kommanderer med dem, ligesom alle har erfaringer med ”selvmordsstemmen”. En patient, der er ny i gruppen, spørger, hvordan han skal finde viljen til at kæmpe imod, og siger, han har fået det værre, efter han er begyndt i klubben. Socialrådgiveren svarede, at det var en naturlig ting, fordi det har rippet op i de underliggende problemer. En anden deltager fortæller, at stemmerne vil bestemme, hvad hun skal købe, når hun er ude at handle. Resultatet er, at hun køber ting, som hun slet ikke har brug for, og så er den måneds budget brugt. Imidlertid har hun fundet ud af, at hvis hun holder sig til loppemarkeder, bliver skaden på budgettet begrænset, for der kan hun kun købe for 5-10 kr. ad gangen. En tredje deltager fortæller om ”manden”, der både optræder som stemme og som visuel hallucination. Han fremsætter trusler om, at patienten skal spændes fast bag en bil og slæbes hen ad jorden, og patienten kan mærke ham, han puster på hende, niver og ånder på hende. Imidlertid fortæller patienten, at et personalemedlem har låst ham inde i sit pengeskab, og nu mærker hun ham lidt mindre. Klubben blev i den periode, Busch gennemførte deltagerobservation, overtaget af en tidligere psykiatri-bruger, så den derefter blev helt brugerstyret. Klubben var en del af Skovgårdens recovery-ideologi. Den del stemmer overens med teorier om, at når man tager stemmer alvorligt og indleder interaktioner med dem, eventuelt med hjælp af en terapeut, kan de blive godartede og somme tider helt forsvinde. Bock (2010) siger, at jo mere man beskæftiger sig med stemmerne, jo venligere bliver de. Han giver et eksempel med en kvinde, der først oplevede, at stemmerne blev skarpere og skarpere, jo mere hun kæmpede imod dem, og det endte med et selvmordsforsøg. Imidlertid kom hun i kontakt med et tysk stemmehørernetværk og begyndte at tage stemmerne alvorligt med det resultat, at de efterhånden blev venligere (ibid., p. 17). Bock skriver endvidere, at hjernen omsætter indre impulser til ydre stimuli. Tilsvarende træder den ydre logik i baggrunden, når den indre logik i form af ubevidste temaer og konflikter bliver tydeligere. Den teori ligger på linje med min fremstilling af de omvendte attributioner. Bock ser psykosen som en foreløbig udvej, han skriver, at i den proces bliver sproget mindre kommunikationsorienteret og mere ytret som udtryk for selvet (ibid., pp. 31-34).

Et værk af Romme (psykiater) og Escher (journalist og ph.d.) (1993) fremsatte en ny teori om stemmehøring. Romme var kommet på sporet af, at ikke alle, der hørte stemmer, nødvendigvis var – potentielle – psykiatriske patienter. Da han sidst i 1980'erne organiserede en TV-appel i Holland, responderede cirka 700 personer. Heraf hørte 450 stemmer, hvoraf 300 var psykiatriske patienter, men de sidste 150 kunne fortælle, at de havde fundet måder at omgås stemmerne på, så de ikke lod sig styre af dem, men kunne håndtere dem (ibid., p. 12). Romme fortæller, at han selv og andre efter TV-appellen blev forbavsede over at møde velfungerende, raske mennesker, som hørte stemmer. De oplever stadigvæk stemmerne som kommende udefra og som et ”ikkemig”-fænomen (ibid., pp. 59-60). Imidlertid kan stemmehøren være en mulig erfaringsmåde. I værket anfører Romme og Escher, at 80 % af torturofre har hørt stemmer under torturen, ligesom en del langdistancesejlere kan berette om stemmehøren (ibid., p. 8). Psykiaterne har vænnet sig til at opfatte stemmehøren som en auditiv hallucination, der implicerer en patologisk proces (ibid., pp. 59-60). Romme og Escher mener, at forskellen mellem de to grupper af stemmehørere, er, at de, der accepterer stemmerne, og som kan håndtere dem til daglig, lever et normalt og socialt velfungerende liv. Ligesom stemmehørerne kunne give retningslinjer for, hvordan de forholdt sig, så stemmerne ikke dominerede dem og forstyrrede dem til daglig. En af procedurerne var at acceptere stemmerne, tale om dem til deres nærmeste og få dem til at støtte sig (ibid. pp. 59-60). Det svarer til både Buschs (2006) beretning fra Skovgården og Bocks (2010) teori om, at jo mere man tager stemmerne alvorligt, jo venligere bliver de. Hvorimod de, der afviser dem og modsætter sig stemmernes forsøg på dominans, risikerer at ende som patienter i psykiatrien (ibid., pp. 7-27). Forfatterne identificerer tre stadier i stemmehøren. De noterer sig, at stemmerne som regel optræder første gang efter en pludselig, skræmmende eller traumatisk oplevelse, ofte i puberteten. Til at begynde med kunne det virke forvirrende på de ramte, og de forsøgte måske at undslippe i de første uger eller måneder. I anden fase, organisationsfasen, forsøgte de ramte at opnå en *modus vivendi* med deres stemmer. Her var accept den mest succesfulde metode, strategierne kunne være at lytte selektivt, at gå i dialog med dem eller lave aftaler med stemmerne. Accept kunne være en bevægelse til selvudvikling ved at tage ansvar for egne problemer. Afvisning virker ikke, ligesom det heller ikke er effektivt at ignorere eller distrahere stemmerne. Tredje fase er stabilisering – de ramte, der har lært at håndtere deres stemmer som en del af sig selv og deres liv, kan bruge dem som en positiv påvirkning, som en ekstra dimension (ibid., pp.

16-23). Forfatterne omtaler ikke eksplicit de ramte, der ikke har lært at håndtere deres stemmer. Så jeg går ud fra, at de lever med stemmerne som negativt kommenterende, kommanderende og kontrollerende, som beskrevet hos Busch (2006) og Bock (2010) – denne gruppe kan ende som patienter i psykiatrien¹¹⁸.

5.1.5. Stemmer som social ordensydelse

Her følger en beskrivelse af stemmer som en social ordensydelse, hvor afsenderen af kommunikationen har fået afstand til sine stemmer og følger regelværket, dvs. de ordensopbyggende regler, som sikrer, at kommunikationen når modtageren, og at modtageren forstår kommunikationen. Under et besøg på Kvadratets dagcenter kontaktede jeg Emil. Jeg vidste fra teammøderne, at han havde hørt stemmer i mange år.

Jeg henvendte mig til Emil, en yngre patient, efter lidt betænkning, han læste avis noget af tiden og så ellers indesluttet ud. Jeg havde en vag forventning om, at jeg nok ville få enstavelserord til svar. Han svarede imidlertid i hele sætninger, jeg gjorde noget for at holde interaktionen i gang, men han var åben og personlig, selv om han indimellem så aflukket ud. Emil fortalte mig, at han havde hørt stemmer i seks år, der fortalte ham, hvad han skulle gøre, og det gjorde han så. Købte ting og smed dem væk igen, hvis stemmerne sagde det. Havde haft mange forskellige jobs, flyttede 26 gange i den periode, fordi stemmerne sagde det. Han fandt han så ud af, at han ikke kunne holde ud at leve med stemmerne resten af sit liv, fik det dårligt og blev indlagt. ”Det er lidt kedeligt nu uden stemmerne, jeg var vant til, at de holdt mig i gang”. Han har dem stadig, men lidt mindre (Feltnoter, 22.11.1990).

Et par måneder efter sad jeg ved siden af Emil ved Det store bord. Jeg havde interviewet ham i mellemtiden. Vi fortsatte, hvor vi slap sidst i interviewet, med auditive hallucinationer, bofællesskab og medicin.

Han skulle til at have lidt medicin igen, han var begyndt at blive angst. Han holdt sig for sig selv, når han havde det sådan. Hjemme hos sine forældre kunne han ikke

¹¹⁸ Det første stemmehørernetværk stammer fra Holland i 1987; jeg går ud fra, at det blev etableret i forbindelse med den omtalte TV-appel (Romme og Escher, 1993, p. 12). Siden er der kommet utallige stemmehørernetværk til i Europa, USA, Canada, Australien, New Zealand samt enkelte i Afrika, fx i Kampala, Japan, Malaysia. Jeg kan tilføje, at det i traditionelt strukturerede samfund er almindeligt at høre stemmer i særlige situationer (Klitgaard, 1988b).

tale om noget. De grinede af ham, hvis han kom og havde slået sig til gymnastik. Jeg gjorde ham opmærksom på, at der havde han så lært at holde tingene for sig selv, men det behøvede han måske ikke altid nu. Han kunne ikke lide at være til besvær. Men han fortalte senere, at han gik i en gruppe i ”personlig udvikling”, på [vejnavn] i Sinds regi. Der talte de om sig selv. Han var holdt op med at flytte rundt efter påbud fra stemmerne, som han havde gjort før. Men han ville alligevel gerne have en lejlighed senere, han ville ikke bo i det bofællesskab altid (Feltnoter, 21.1.1991).

Begge interaktioner og interviewet var sociale ordensydelse. Emil konnekterede og synkroniserede og fulgte i det hele taget regelværket for interaktionssystemer. Han havde taget en beslutning om, at han ikke ville leve med stemmerne resten af sit liv, han havde ladet dem dirigere sit liv. Beslutningen havde til følge, at han fik en krise og blev indlagt på forskellige psykiatriske afdelinger, men nu var han – næsten – blevet fri for stemmerne. Han var i hvert fald ikke mere påvirket af dem, end han stillede op til normale interaktioner. Samme patient fortalte senere i interviewet, at ”jeg havde (selvhenhørende) vrangforestillinger, jeg mente, der kom hentydninger til mig i medierne og fra omgivelserne. Men jeg klarede mig, så TV og hørte radio, det var mest belastende tidligere, jeg hører det stadig, men det er ikke så slemt nu” (Interviewnoter, 25.4.1991). Hverken stemmer eller de selvhenhørende vrangforestillinger havde kommunikativ værdi, da han tidligere gav udtryk for dem, patienten kunne ikke kommunikere med andre om dem, da de stod i modsætning til social interaktion (Rowland, 1938, pp. 334-335). Men ved at følge regelværket og formulere stemmerne og de selvhenhørende vrangforestillinger som sociale ordensydelse fik de kommunikativ værdi. Bock (2010) skriver i sin bog om omgang med psykotiske, at den, der hører stemmer, ikke er alene, men vedkommende har kontakt uden at opgive at være alene og uden at risikere den dynamik, der normalt hører til en relation. Bock gør opmærksom på, at den, der taler uforståeligt, tiltrækker opmærksomhed, uden at være gennemskuelig. Idet den psykotiske ”gør” sig uforståelig, trækker han sig tilbage på egen-hedens sidste bastion (ibid., pp. 117-118). Bock skriver endvidere, at en psykose ikke er et absolut begreb, der er grader af alvorlighed ved psykoser, de kan være lette eller svære (ibid., pp. 12-13).

5.2. Visuelle hallucinationer som sociale (u)ordensydelser

Jeg følger her op på de auditive med visuelle hallucinationer. De forekommer, ”når andre ikke kan se dem”, som et teammedlem siger nedenfor. De mangler kommunikativ værdi, når og hvis de bliver kommunikeret i rå form. De fremstår som sociale uordensydelser, når den hallucinerede tror på dem, eller sociale ordensydelser, hvis patienten har fået distance til dem som i dette tilfælde.

En dag med medicinundervisning på Kvadratets dagcenter var temaet psykofarmaka, der brugtes specielt ved psykotiske tilstande. Der var to personalemedlemmer til stede, en psykiater og en sygeplejerske, plus seks-syv patienter. Psykiateren fortalte, at det først og fremmest virkede på uro og anspændthed, patienten blev mere rolig og afslappet. Nogle præparater modvirkede produktive fænomener, det vil sige stemmer og synshallucinationer. De sænkede endvidere krampetærsklen og modificerede vrangforestillinger. Andre virkede søvndyssende, fx Truxal. En patient, Ida, spurgte på et tidspunkt med et smil, hvordan det blev afgjort, om slanger var virkelige eller ej. Hun refererede til de hallucinatoriske slanger, hun så, når hun var i en psykotisk periode, de var åbenbart angstprovokerende. Her udviste hun en humoristisk distance til dem, men de var stadig et problem, der skulle håndteres. Sygeplejersken svarede, at de ikke var virkelige, når alle andre ikke kunne se dem. Hun tilføjede, at når folk føler sig udspioneret, kan det være udtryk for, at de føler sig domineret af dem. En anden patient, Eva, spurgte personalemedlemmerne: ”Hvordan overbeviser I folk om, at de er psykotiske?” Psykiateren svarede, at man fortalte patienterne om symptomerne: at høre stemmer og om visuelle hallucinationer, som fx at se slanger. Man prøvede at forklare patienterne, at hallucinationer var symptomer på psykisk sygdom. Både stemmer og visuelle hallucinationer var noget, som mange af patienterne havde erfaringer med. Ida vendte tilbage til sit tema på et tidspunkt og fortalte, at efter hendes erfaring virkede det, hvis personalet lovede at fjerne slangerne, mens hun var indlagt, og fortsatte med et smil henvendt til de andre patienter: ”Hvad gør I, når I ser slanger?” Spørgsmålet gav anledning til fnisen, flere smil og indforståede blikke og andre indikationer af, at visuelle hallucinationer var et noget specielt emne. En patient, Astrid, mente, det var til stor hjælp, hvis man kunne tale med personalet om det, når man var i tvivl om, hvorvidt noget var virkeligt eller ej. Nogle af de andre patienter nikkede eller kom med bifaldslyde (Feltnoter, 11.1.1990).

Som illustreret forløb interaktionen med bidrag fra både personale og patienter jævnligt i en humoristisk tone. Udvekslingen om hallucinationer til psykologi- og medicinundervisningen var typisk, ved at patienterne her havde distance nok til deres hallucinationer til, at de kunne formulere dem sammenhængende og diskutere dem med andre. Ida konnekterede og synkroniserede, hun stillede et meningsfuldt spørgsmål i denne specialiserede kontekst, og de øvrige tilstedeværende teammedlemmer og patienter var parate til at svare på spørgsmålet, der lagde op til et tema om visuelle hallucinationer. Hendes refleksive perception og refleksive forventninger var adækvate. En interaktion fulgte, hvor de tilstedeværende diskuterede, hvordan man kunne overbevise folk om, at de var psykotiske. Til sidst, efter andre temaer var blevet behandlet, vendte Ida tilbage til slangerne og videregav en bestemt erfaring og stillede derefter et halvhumoristisk spørgsmål til de andre patienter, som en af dem svarede på. De hallucinatoriske slanger, hun så i sine psykotiske perioder, var klart en fremmedreference med omvendt attribution. Hun præsenterede det selv som et problem, men holdt afstand. Hun havde lært at skelne mellem selv- og fremmedreference. Attributionen vil i denne situation være ekstern, som normalt med oplevelser. Ida leverede ordensydelse på alle tre meningsdimensioner, inklusive i tidsdimensionen, hun havde stamina nok til at blive siddende til en fuld times session, i modsætning til to andre patienter, der gik, før den var forbi. Alle de øvrige patienter leverede sociale ordensydelse uden forstyrrelser på de tre meningsdimensioner og udviste almindelig mødeadfærd. Visuelle hallucinationer kunne imidlertid være et kontroversielt tema til en interaktion, fx ved familiemiddage, og i andre ikkespecialiserede kontekster. Det var det, patienterne gav udtryk for med deres mimik. Ellers er her samme dynamik på spil som beskrevet ovenfor; når patienterne ”oplever” deres ”syn”, har de ingen kommunikativ værdi, hvis de vælger at interagere med det. Den optræder først, når patienterne kan følge regelværket og levere sociale ordensydelse.

En anden patient kom, ifølge teammedlemmerne i Kvadratets dagcenter, altid med elastikker om buksebenene ”for at forhindre slangerne i at komme op” (Feltnoter, 17.11.1989). Slangerne var åbenbart ligesom Idas ”slanger” angstprovokerende for ham. Slanger i den psykoanalytiske tradition fungerer som regel som et symbol for det mandlige kønsorgan (Freud, *G. W., Bd. XI*). Et udsagn fra et interview med en anden patient fra Kvadratets dagcenter slog et tema an, der angik hallucinationer generelt (Interviewnoter, 19.4.1991): Han sagde et stykke inde i interviewet: ”Indbyrdes kan vi snakke om hallucinationer,

almindelige dødelige forstår det ikke. Man tror på sit syn, når man har det, ”nej, hvad sker der?”” Og lidt senere sagde han: ”En fra Galebevægelsen sagde, ”Vi er de udvalgte”, man føler sig udvalgt ved at få oplevelser, som andre skal tage LSD for at få”. Med andre ord: Han var ikke i tvivl om realiteten af sine visuelle hallucinationer, når de forekom. Hans formuleringer var med den terminologi, jeg har valgt, tidligere en social uordensydelse, hvor han i interviewet havde fået distance til dem og præsenterede dem i form af en social ordensydelse. Hallucinationerne ville ikke have haft kommunikativ værdi, hvis han havde fremført dem, før han havde fået distance til dem. Her kan man, som Barrett (1996) gør det, sætte spørgsmålstegn ved, om patienterne altid lider under deres hallucinationer. Uffe lyder, som om han synes, at hans syn i det mindste er interessante, og hans reaktion ”nej, hvad sker der?” lyder faktisk lidt begejstret. Barrett fortæller fx om en fælles personale-patient-session, at når de andre patienter morede sig højt ved en patients beretning om sine forskellige inkarnationer, lo personalet ikke med, ”they remained stony silent” (ibid., pp. 264-265). Barrett fortolker det derhen, at når patienterne morer sig, kan personalet ikke komme af med deres empati, og at empati er den eneste legitime reaktion i forbindelse med psykiske sygdomme. Barrett giver eksempler på andre patienter, som både accepterer og forkaster den lidende rolle afhængig af situationen (ibid., pp. 255-271). Ringer (2013) giver ligeledes eksempler på, at hallucinationer ikke nødvendigvis kun indeholder lidelse, men også positive og morsomme elementer. Her er der samtidig et element af, at patienterne modsætter sig den sygeliggørelse, de forventer fra personalets side, og derfor ikke kommunikerer om deres hallucinationer til personalet (ibid., pp. 127-133; pp. 159-163).

Ved et besøg på Cirklens dagcenter sad jeg ved Det halvoftentlige Bord med to patienter, Bøje og en ny patient, Kasper, da en patient, Otto, kom og satte sig:

Otto sluttede sig til bordet, hvor jeg havde en interaktion med to patienter, der sad der i forvejen. Han fortalte med et smil om en forskudt dagsrytme fra en periode i sit liv, hvor han havde sovet hele dagen. Han nåede med nød og næppe med ned til købmanden før lukketid. Bøje konnekterede og fortalte nu den fulde historie om, hvordan han mødte Odin og Thor. Han havde et par gange tidligere blot refereret til den. Han var tidligere sømand og havde haft syns- og hørehallucinationer ombord på et skib. Der var nogen fra det ydre rum efter ham, så greb Odin og Thor ind og sagde, de ville hente ham, han skulle tage tøjet af. Bøje havde allerede været i Valhalla en gang tidligere, der var gang i den, det var

meget festligt. Han tog så tøjet af, som Odin og Thor havde bedt ham om, og gik ud på fordækket. Så kom skipper og spurgte, hvad han lavede, ”Jeg bliver henter”. Skipperen sagde, han skulle gå ind og tage et bad, og så ville gnisten (radiotelegrafisten) komme bagefter. Det gjorde han, og så kom gnisten og sagde, ”Vi skal vist en tur på hospitalet”, det var i Sydkorea. ”Det stod helt herude”, fortalte han om syns- og hørehallucinationerne. Der var ingen negative sanktioner til Bøjes fortælling fra de andre patienter i interaktionssystemet (Feltnoter, 16.4.1991).

I denne situation, hvor beretningen blev fortalt som en social ordensydelse, havde hallucinationen fået en kommunikativ værdi, de andre deltagere i interaktionssystemet kunne konnektere til og forstå, Bøje havde genvundet sin kommunikative kompetence. Det havde han ikke på det tidspunkt, da skipper og gnisten tog hånd om ham, de kunne ikke forstå, hvad han talte om og med, og hans psykotiske ytringer endte med en indlæggelse på et psykiatrisk hospital. Hallucinationen kunne ikke valideres konsensuelt (Arieti, 1974, p. 215). Merleau-Ponty (1945) skriver om hallucinationer i et af sine hovedværker som led i sin kortlægning af perceptionernes fænomenologi (ibid., pp. 385-397), at hovedpointen ved hallucinationer er, at de syge som regel skelner mellem deres hallucinationer og deres perceptioner. Han giver et eksempel, hvor han citerer Zucker for eksperimenter om sansbedrag. En skizofren påstod at have set en mand, der stod under vinduet i haven, og udpegede stedet, beskrev hans påklædning og holdning. Han var chokeret, da man placerede en person i haven på samme sted og med samme tøj og holdning. Han så opmærksomt på manden og sagde så: ”Det er sandt, der er nogen, men det er en anden”. Han nægtede at tælle to personer i haven (ibid., p. 385). Merleau-Ponty citerer Minkowski for at sige, at hallucinationerne udspiller sig på en anden scene, end den perciperede verden gør, de er en slags overtoninger. Endvidere skriver han, at hallucinationen er ikke en perception, men at den kun er valid som virkelighed for den syge. Den perciperede verden har tabt sin ekspressive kraft, og det hallucinatoriske system har tilranet sig den, idet det solitært konstituerer et fiktivt miljø (ibid., p. 394). Idas, Uffes, Bøjes og andres hallucinationer var således virkelige, men kun for dem selv. De fik kun kommunikativ værdi, når de havde fået afstand til dem og kunne berette om dem som sociale ordensydelser. Det er et åbent spørgsmål, om patienterne skelnede mellem perceptioner og hallucinationer (Merleau-Ponty, pp. 385-397). Det er uklart, hvor den fjerde patient (med elastikker om buksebenene) var kommet på skalaen mellem sociale uordensydelser og sociale ordensydelser.

Arieti (1974) skriver om hallucinationer og vrangforestillinger, at de ikke kan "valideres konsensuelt" (ibid., p. 215). I dette tilfælde manifesterede de tre tilstedeværende patienter passiv accept, der står som nr. tre på Bales-skalaen under positive reaktioner (Parsons & Bales, 1956, pp. 259-306).

5.3. Et psykotisk udbrud med vrangforestillinger

Her kommer en hændelse i form af et psykotisk udbrud, i dette tilfælde ledsaget af vrangforestillinger. På Kvadratets dagcenter havde en patient, Sofie, været eksplosiv hele formiddagen, især hvis nogen lo og morede sig. Så havde hun sagt: "Det er ikke spor morsomt" eller lignende.

På et tidspunkt sad et teammedlem og fortalte historier fra badeanstalten, de andre patienter i nærheden, mere eller mindre inden for hørevidde, var Sanne, Svend, Bent og Charlotte. En af historierne implicerede mandlige kønsdele, men uden teammedlemmet brugte de direkte udtryk. Sofie sad nogle meter væk, men inden for hørevidde, og kort efter rejste hun sig og begyndte at gå op og ned ad gulvet. Snart efter skreg hun voldsomt grædende: "Det er ikke nok, jeg er gravid med min far, jeg er det også med min mor". Et andet teammedlem kom styrtende, tog om hende og fik hende gelejdet ind på kontoret (Feltnoter, 8.10.1990).

I sit udbrud var Sofie momentant uden for rækkevidde af refleksiv perception og refleksive forventninger, idet hun udtrykte sig uforståeligt. Hendes udbrud havde ikke i sig selv kommunikativ værdi og var ikke nødvendigvis intentionelt, da hun i hvert fald momentant var psykotisk (Sandin, 1993). Hun havde ikke desto mindre leveret de fire sociale ordensydelse, som var en betingelse for at frekventere dagcentret. Hun havde åbenbart lyttet til det første teammedlems beretning og tog det som "udgangspunkt" for et psykotisk udbrud. Sofie skelnede ikke mellem selv- og fremmedreference ved at sige, at hun var gravid med både sin far og sin mor. Hun havde imidlertid tillid til det andet teammedlem, som kom løbende for at hjælpe hende. Ved at mobilisere tillid leverede Sofie en social ordensydelse, da hun tog imod hjælpen fra teammedlemmet. Det teammedlem, der kom og tog hende ind på kontoret, konnekterede symbolsk med Sofie, hun vidste, hvad det drejede sig om, handlede på det og brugte Sofies psykotiske vrangforestilling terapeutisk. Samme teammedlem fortalte til teammødet om

eftermiddagen, at hun havde trøstet Sofie, som følte sig invaderet af sine forældre og var bange for døden. Hun havde struktureret resten af dagen for hende. En halv time til at læse avis, en halv time til at spise frokost etc. Sofie så faktisk mere fattet ud, da jeg så hende i Caféen til frokost (Feltnoter, 8.10.1990). Det pågældende teammedlem kunne kommunikere med Sofie på det symbolske plan (Arieti, 1974; Crafoord, 1994; Hausgjerd, 1985; Kistrup, 2012).

I sin fremstilling af tillid skriver Luhmann (1968), at tillid til et andet menneske udvider ens aktionsradius i dobbeltkontingenssammenhænge. Man skal satse et "forskud", når man viser tillid, den tillader systemdannelse. Tillid er den psykologisk letteste vej at gå, men patienterne i de to dagcentre var jævnlige præget af mistillid til deres omverden. Ikke desto mindre er både tillid og mistillid sociale ordensydelse (Luhmann, 1968). Tillid reducerer situationens sociale kompleksitet og fungerer som en sikkerhedsækvivalent. Den skal være kontingent, det vil sige frivillig, den kan ikke forlanges. Mistillid forekommer, når tillid slår over i sin egen modsætning, negation, den indskrænker imidlertid aktionsradius, hvor tillid udvider den (Luhmann, 1968, pp. 8-9; pp. 92-101). Luhmann ser fare som noget udefrakommende, hvor egne beslutninger genererer risici (Luhmann, 1990e; 1991a). Tillid er en form med omgang for fare ved skuffelser i dobbeltkontingenssituationer, hvor man skal levere et forskud uden garanti for, at det giver det ønskede resultat, mens man modsat løber en risiko ved at beslutte at vise tillid. I denne situation løb Sofie så ikke nogen stor risiko, fordi teammedlemmet kom for at tilbyde sin hjælp som forventet (Luhmann, 1973). På trods af sin momentant psykotiske tilstand, formåede Sofie at vise tillid til teammedlemmet. Resultatet var, at hun fik den hjælp, hun havde brug for, hun udvidede dermed sin aktionsradius og kunne indgå i et interaktionssystem (Luhmann, 1968; 1972; 1984, pp. 560-573). Hausgjerd (1985) slår samme tema an om tillid, han beskriver den som en fast bestanddel af ens indre virkelighed (ibid., p. 29). Hvis Sofie havde vist mistillid og afvist teammedlemmet, havde hun ikke fået hjælpen, og så var hun gået glip af en lejlighed, der kunne have givet hende en vækstmulighed. Hausgjerd (1985) skriver, at patienterne møder en respons på afdelingen (in casu dagcentret), som de ikke møder i samfundet (ibid., p. 288). Ovenstående hændelse viser samtidig et teammedlem, der spontant og uformelt deler nogle selvoplevede erfaringer med patienterne, som Lindell (2003) beskriver fra den såkaldte Storgruppe (ibid., pp. 215-241). I den sammenhæng var det dog led i en nøje planlagt formaliseret udveksling mellem patienter og personale, hvor en af hovedpointerne var, at heller ikke personalemedlemmerne er perfekte. Her

drejer det sig om spontane historier, men det bidrager alligevel til en mere reciprok udveksling, om end momentant, end der normalt finder sted mellem personale og patienter (Estroff, 1981, pp. 159-163).

5.3.1. Personalets ”moralske bedømmelser”

Det første teammedlem sagde senere, at hun syntes, det andet teammedlem gav Sofie for meget sekundærgevinst ved at takle hendes udbrud på den måde. Det kan have været et udslag af dårlig samvittighed, selvom hun senere sagde, at hun havde set på Sofie, mens hun fortalte historierne og ”hun havde ikke lyttet”. Men der er også et andet aspekt. Det første teammedlem havde som plejer lav status i det psykiatriske hierarki, det andet teammedlem var sygeplejerske. Hun havde en højere status i det medicinske hierarki og havde dertil en toårig uddannelse i omgang med psykotiske patienter fra Norge. Man kan trække en parallel til Dobransky (2014), der skriver, at lavstatus-personalemedlemmer fra det medicinske hierarki tenderede til at møde brud på normative forventninger fra patienternes side med moralsk respons eller ”sund-fornuft-reaktioner”. Højstatuspersonale, som havde en klinisk uddannelse, så patienternes adfærd som ”symptomatisk”, det vil sige som udtryk for deres psykiske sygdom. En moralsk respons eller en ”sund-fornuft-reaktion” betød, at (lavstatus-)teammedlemmer, som ikke havde en klinisk uddannelse, mente, at patienterne havde et valg, de behøvede ikke nødvendigvis at reagere med ”symptomer” (ibid., pp. 133-139). Det gjaldt både for plejere og de ”prosumers”, Dobransky beskriver – de reagerede ligeledes med moralske betragtninger på patienternes ”symptomer” (ibid., pp. 121-144). Strauss, Schatzman, Ehrlich, Bucher og Salvin (1983) skriver i deres artikel om det psykiatriske hospitals forhandlede orden, at plejere – som er/var lægpersoner i USA – bedømmer patienter moralsk, hvor psykiatere og sygeplejersker har divergerende faglige bedømmelser (ibid., p. 155). Barrett (1996) skriver imidlertid, at alle faggrupper fremsætter moralske vurderinger af patienterne. De fremtrådte som et middel til at vurdere fremskridt og medvirke til en transformation af en patient fra passivt lidende til en person, der kunne holdes ansvarlig for sine handlinger. Men i det skriftlige arbejde med journaler, case-beskrivelser og andet holder psykiatere og sygeplejersker sig til de officielle fagudtryk (ibid., pp. 143-176). I systemteoretiske termer svarer det til at gå fra hverdagssemantik til plejet semantik, eller fagsprog, den form for semantik, som kun bevares og overleveres i skriftlig form (Luhmann, 1980b).

5.4. Fænomener relateret til proxemics

Jeg fandt ved nedenstående lejligheder ud af, at jeg forventede de uskrevne regler for afstand ved kommunikation overholdt. De tre patienters adfærd tydeliggjorde mine sjældent skuffede forventninger eller basisforventninger. De ville være forsvundet ind i det udifferentierede forventningslag igen, hvis ikke flere patienters adfærd havde overtrådt de samme basisforventninger adskillige gange (Luhmann, 1980a, pp. 45-47; 1984, pp. 436-443). En patient, Kjeld, var på kant med acceptabel adfærd i Cirkelns dagcenter.

Han var rastløs, gik rundt i Dagcentret og talte usammenhængende, springende fra det ene tema til det andet. Et par gange så han vedholdende og indtrængende på mig på for tæt afstand, og ”jeg har et helt kilo hash ude i tasken, tror du på det?”, hvorefter han straks forsvandt (Feltnoter, 6.5. 1991).

Kjeld overholdt ikke de uformelle regler for brug af rummet ved kommunikation (Hall, 1990, pp. 101-129), han udviste et symptom på en psykosocial forstyrrelse – men det var muligvis kun undertegnede, der observerede det. Det hører til upåfaldende adfærd, at man så nogenlunde overholder inddelingerne for brug af rummet ved kommunikation i den relevante kultur. Hvis Kjeld skulle have henvendt sig til mig med nogenlunde korrekt brug af rummet, skulle det have været et sted mellem den personlige og den sociale sfære. Men han kom pludselig, gentagne gange, ind i min intimsfæres fjerne fase (Hall, 1966, pp. 116-119). Der var også den mulighed, at han prøvede mig af i relation til teammedlemmerne: Ville jeg sladre til dem om, hvad han havde sagt? Det gjorde jeg så ikke. En anden hændelse: En patient, Dirk, stak hovedet ind under teammødet på Cirkelns dagcenter og rablede noget af sig, han var bindegal, efter et af teammedlemmernes udsagn, og fjogede rundt hele dagen:

På et tidspunkt kom han hen til Det halvoftentlige Bord, hvor jeg sad, og sagde, ”Maniamus” helt op i hovedet på mig og forsvandt igen lige så hurtigt. Da det mandlige teammedlem kom, gik Dirk fysisk til angreb på ham i halvt knus og halvt brydning. Et øjeblik var jeg i tvivl om, hvorvidt det var for alvor, men teammedlemmets måde at takle det på fik hændelsen til at ende i skæg. Han var en høj, veltrænet fyr, og han stillede op, væltede rundt med Dirk – som var mindre og spinkel – og lagde ham ned over en stol, så den væltede, og Dirk væltede med, men uden voldsomhed. Så var han pacificeret lidt (Feltnoter, 13.3.1991).

Dirk respekterede ikke min intimsfære, og det samme gentog sig, da han uden anledning gik til fysisk angreb på teammedlemmet (Hall, 1966, pp. 116-119). Efter dagens morgenmadsmøde i Cirklens dagcenter sad en patient ved Det tilbagetrukne Bord.

Han sad og småsnakkede, selvom han var alene ved bordet: ”Er det et alderdomshjem det her?” Jeg kunne mærke ham i ryggen, da jeg selv sad ved Det halvoffentlige Bord med ryggen til ham. Jeg havde givet en patient, Nikolaj, en patientinformation og forklaret lidt om, hvad jeg lavede, at jeg var en slags gæst. Lidt efter kom den ovenfor omtalte patient og sagde, at hvis jeg var gæst, skulle jeg vel også have kaffe. Jeg var et øjeblik i tvivl om, hvorvidt han var ironisk, men sagde pænt tak. Han kom tilbage med en kaffekande, som han satte hårdt ned i bordet på en aggressiv måde. Han var på for tæt afstand, men ved et bord rækker man somme tider ud efter noget og kan derved komme til at strejfe en anden person, uden det nødvendigvis afføder en kommentar eller en gestus. Det var hans aggressive facon, kombineret med hvad jeg opfattede som for tæt afstand, jeg reagerede på. Efter frokost samme dag, hvor jeg igen sad ved Det halvoffentlige Bord med ryggen til Det tilbagetrukne Bord, var der pludselig en, der greb mig om kravebenene, aggressivt og med massagegreb. Jeg var noget overrasket, men han var væk igen, næsten før jeg fik drejet hovedet. Det var den omtalte patient: ”Skal du have massage, skal du have massage”, han sagde det utydeligt, tilbagetrængt og truende. Han havde været tilbageholdt eksplosiv hele dagen, denne hændelse var ligesådan. Pludselig var han der, og lige så pludseligt forsvandt han. Jeg nåede ikke at kommentere eller markere noget (Feltnoter, 19.2.1991).

Jeg så ham ikke igen og jeg gik kort efter. Her kom han uden anledning ind i min intimsfæres nære fase med kropskontakt (Hall, 1966). Det var en forstyrrelse i sags-rum-dimensionen. Patienten var kendt som stofmisbruger i Cirklens dagcenter. Brud på proxemics udtrykker forstyrrelser i alle tre meningsdimensioner. I sagsdimensionen fordi ”rum” ifølge Luhmann (2002a, p. 239) hører til her. I tidsdimensionen var der ingen indledende øvelser i kontakten, i alle tre tilfælde kom den rum-overskridende kontakt som lyn fra en klar himmel. I socialdimensionen var patienterne ligeledes uden for rækkevidde af refleksive perceptioner og den refleksive forventningsstruktur. Ingen af de tre respekterede min intimsfære, og Dirk respekterede heller ikke teammedlemmets intimsfære. Deres handlinger kvalificerede heller ikke til indirekte kommunikation, da deres handlinger ikke levede op til selektionerne af hverken intention eller ytring. De udviste alle tre en påfaldende adfærd, både i sags-rum-dimensionen og i tids- og

socialdimensionen. De beskrevne patienters handlinger kræver professionelle til at afkodere deres betydning.

Den ovenfor omtalte patient havde ved en anden lejlighed sat dagcentret på den anden ende ved at fjerne video og fjernsyn fra dagcentret. Det endte dog med, at to teammedlemmer fulgte med ham til hans lejlighed og afhentede tingene igen, han havde ikke nået at sælge dem, hvad der muligvis havde været hans oprindelige plan (Feltnoter, 15.11.1990). Hændelsen afstedkom lange diskussioner blandt teammedlemmerne og centerledelsen i dagene efter om, hvordan man kunne sikre dagcentret. Teammedlemmerne kommenterede efterfølgende, at det var typisk, at der først blev diskuteret forholdsregler, når der forekom tyveri. Han var kendt i dagcentret som misbruger og havde tidligere slået sin kæreste halvt til plukfisk. For tiden var han ved at indynde sig hos en ældre kvindelig patient, formodentlig for at besøge hende og stjæle fra hende. Patienten kan ved sin manglende respekt for den uformelle afstand og ved sin voldsparathed have givet udtryk for en ukontrolleret vrede. Ingalill Eriksson beskriver i sin artikel om Sorteper i psykiatrien (Eriksson, 1998) en type patient, der har lighedstræk med den omtalte patient. Hun skriver, at disse patienter er svære at placere, ligesom Sorteper i kortspil, ingen vil have dem, og den, der sidder med Sorteper til sidst, taber spillet. De kaster vreden omkring sig, forskelsløst, ilde anbragt og uberegneligt. Eriksson beskriver imidlertid også dobbeltheden i udstødelsen og undgåelsen. Den udgår fra omverdenen, men de åbenlyst vrede patienter selv udgår og fornægter egne traumer og kommunikationsmønstre og undviger at italesætte dem. Hvis professionelle nærmer sig ”puddelkernen” (Sandin, 1986) benægter de indsigt og undgår dermed at tage ansvar for deres eget liv. De nægter at se de tragiske og krænkende opvækstvilkår i øjnene, som de bærer med sig som levet erfaring. Undgåelsen medfører, at de ”ælder” videre på deres problemer på en kontraproduktiv måde, som forstærker det syge og uansvarlige mønster. Eriksson refererer til Alice Millers *Das verbannte Wissen* (Miller, 1988) – og det gør jeg ligeledes – for den type opvækst, som producerer den åbne, ukontrollerede vrede. De veluddannede inden for det medicinske-psykiatriske hierarki skubber dem fra sig, og de lander hos personale med korte uddannelser (Eriksson, 1998). Jeg kan så indvende, angående de omtalte patienter, at de måske ikke altid har overskud til at se deres krænkende opvækstvilkår i øjnene.

5.5. Psykotiske talestrømme

Det kan ses som alvorlige udtryk for psykosociale forstyrrelser, at patienterne er uden for rækkevidde af både refleksiv perception og refleksive forventninger, når de konstant udtrykker sig uforståeligt. Ruesch angiver opgaverne for en terapeut, som forsøger at forstå mangelfuld kommunikation: at forstå mønstret i den, at korrigere den ved at opløse de allerede etablerede mønstre og at lære patienten de grundlæggende elementer i kommunikation (Ruesch & Bateson, 1951, pp. 50-93). Her vil jeg indføre et skel mellem konnektion (Luhmann, 1987c, p. 116) og synkronisering (Luhmann, 1990b). I ikkespecialiserede kontekster er skellet jævnlige overflødigt, for når man konnekterer, bliver man som regel, til man har konstateret, at de to første dele af kommunikationssektionerne er blevet forstået. Men især i psykiatriske institutioner er der brug for skellet, fordi en reaktion som de beskrevne formodentlig forekommer hyppigere end i ikkespecialiserede sammenhænge. I det ovenstående tilfælde under proxemics konnekterer Kjeld, Dirk og den tredje patient, men de synkroniserer ikke. Det normale ville være at vente på næste bidrag til temaet, men det gjorde de ikke, de forsvandt bare. På et morgenmøde på Cirklens dagcenter diskuterede teammedlemmerne nogle patienter:

På et teammøde blev en patient, Sigurd, diskuteret; et af teammedlemmerne kaldte ham ”forygende sindssyg”. Han var bange for de ”stråler”, der kunne komme, hvis han så en TV-udsendelse om Bøje Nielsen samme aften. Teammedlemmet havde lavet en aftale med en af afdelingerne på Stamafdelingen om, at han kunne være der et par timer om aftenen, i erkendelse af at han ikke kunne klare sig selv, når dagcentret var lukket (Feltnoter, 6.5.1991).

Et andet teammedlem omtalte ham ved et senere teammøde som ”binderavende gal” og tilføjede: ”Jeg ved ikke, hvad jeg skal stille op med ham”. Men der, hvor han for alvor var på kant med dagcentrets forventninger til acceptabel adfærd, var, når han sad ved Det tilbagetrukne Bord eller gik rundt i dagcentret og talte uophørligt, højt og usammenhængende med sig selv.

Der kom konstant en højlydt talestrøm fra ham. Efter et stykke tid lød der suksen og kommentarer fra de andre patienter, og de sendte sigende blikke til ham og til hinanden. På et tidspunkt havde Sigurd siddet ved Det halvoffentlige Bord og talt højt med sig selv, før de andre patienter kom én efter én. Lidt senere stod han op

ad dørkarmen til køkkenet og talte hele tiden vredt og uforståeligt. Georg sad på en af stolene i nærheden foran væggen til psykologkontoret, ignorerede Sigurds talestrøm og spurgte mig med lidt hævet stemme, om jeg havde fået noget ud af interviewet med ham, som jeg kunne bruge. Jeg bekræftede, og vi havde en interaktion om nogle enkeltheder i interviewet (Feltnoter, 3.6.1991).

Sigurds konstante talestrøm havde ingen kommunikativ værdi, og der var ingen af de tilstedeværende, der kunne konnektere eller synkronisere til den. Georg omgik Sigurds udtryk for psykosociale forstyrrelser pragmatisk, han hævdede stemmen lidt for at overdøve Sigurds talestrøm. Han havde ingen interaktionspartnere, hvad der ville være det normale, hvis man vil have svar eller respons, men det var han åbenbart ikke interesseret i. Sigurd var hinsides både refleksiv perception og den refleksive forventningsstruktur, han leverede konstant sociale uordensyndelser. Hvis han ikke ligefrem praktiserede nr. 3 på Bales' skala, "shows passive acceptance" (Parsons & Bales, pp. 259-306), så kom han dog om ved problemet. Det var ikke nogen voldsom reaktion med varierende grader af negative sanktioner som i situationen ved Johns udbrud på Kvadratets dagcenter. Sigurds talestrøm var udtryk for en sproglig færdighed, som alle voksne personer besidder (Sandin, 1993), og som psykotiske personer "bruger". Hans talestrøm var ikke nødvendigvis fuldt intentionel, som tale normalt er.

Igen i Cirkelns dagcenter til teamets morgenmøde blev det afbrudt af en patient:

Dirk stak hovedet ind i kontoret under et teammøde om morgenen og rablede noget af sig og gik igen, før nogen nåede at svare. Et teammedlem sagde bagefter, at han var bindegal, og det blev han ved med at være hele dagen. Jeg spurgte et af teammedlemmerne, hvad det korrekte svar ville have været på den henvendelse. Hun svarede, at de nok ville have sagt til Dirk, at vi holdt møde og ikke ville forstyrres (Feltnoter, 13.3.1991).

Når Sigurd, Kjeld, Dirk eller andre patienter var psykotiske i kortere eller længere tid og enten sad og talte konstant ved enten Det tilbagetrukne Bord eller gik rundt andre steder i lokalet, så ignorerede de andre patienter det og talte henover, eventuelt med lidt hævet stemme, der kunne overdøve den psykotiske talestrøm, som i hændelsen med Georg ovenfor. Når de meget alene-talende patienter sad ved Det tilbagetrukne Bord, var der en fysisk afstand hen til det fra de andre to borde, der gjorde talestrømmen tålelig i et stykke tid. At tale nonstop med sig selv kan karakteriseres som en stor kommunikationsforstyrrelse. Det normale er at tale

med andre i et interaktionssystem eller struktureret i en undervisningssituation og lignende. I lighed med hallucinationer og vrangforestillinger har psykotiske talestrømme ringe kommunikativ værdi. Crafoord referer til ”en uigennemtrængelig jungle af ord”, som både tilhørerne og kontaktpersonen kan blive trætte af (Crafoord, 1994, p. 135).

5.6. Om smerte, lidelse og forpintthed

I sin bog om lidelse i sociologisk perspektiv angiver Wilkinson (2005) et skel mellem smerte og lidelse. Smerte har en specifik fysisk lokalitet, hvor ”the locus of suffering” anses for mere omfattende, og i kontrast til smerte går lidelse ud over den kropslige følelse og omfatter den samlede oplevelse af krop, sind og ånd. Den er mere en tilstand eller en bevidsthedsmodus (ibid., pp. 21-26). Imidlertid er der ikke nødvendigvis en kropslig smerte forbundet med udtryk for alvorlige psykosociale forstyrrelser, der er derimod en psykosocial forpintthed, når patienterne ikke kan gøre sig forståelige over for andre. Luhmann skriver om sygdom, at den giver nutiden en dominerende rolle, som får resten af tidsstrukturen til at bryde sammen. Verden trækker sig sammen i kroppen, og kun smerten hersker (Luhmann, 1990c, p. 182). Det kan ligeledes gælde for psykosociale forstyrrelser, når den mangelfulde evne til at kommunikere kommer til udtryk. Her kommer en hændelse, hvor forpintthed udtrykte sig i ildspåsættelse:

På Kvadratets dagcenter diskuterede teamet til et møde en patient, som var varetægtsfængslet, fordi han havde sat ild til sin lejlighed, og diskuterede, hvorfor han havde gjort det. Udadreagerede han nu, i stedet for at begå de to månedlige selvmordsforsøg? Hvornår var det sidste selvmordsforsøg? Eller var det effekten af kontakten med dagcentret efter mange år med skadestuen? (Feltnoter, 25.8.1989).

Crafoord (1994) refererer til en patient, hvis angst voksede, og som til sidst satte ild til sin lejlighed (ibid., p. 81). Han skriver lidt senere, at ”ildspåsættelse kan være en måde at udtrykke sig på, forskellige selvmordshandlinger kan være andre udtryk for det samme. Den manglende evne til at beskrive sin indre tilstand i ord er dybest set det alvorligste problem”. I mangel af ord udtrykker patienten sin uudholdelige indre smerte med ildspåsættelse eller selvmordsforsøg, der både tjener til afspænding og til at signalere smerten til omverdenen (ibid., p. 90). Det

var en realitet på begge dagcentre, at der her var samlet en stor mængde psykisk smerte, patienterne var som på alle psykiatriske institutioner i en underskudssituation (Hausgjerd, 1985, p. 244). De psykotiske patienter, der uophørligt talte med sig selv, gav med deres talestrømme udtryk for mangel på kommunikativ kompetence og for den forpintethed, der fulgte med. Hausgjerd taler om psykosen som en katastrofeoplevelse (ibid., p. 202) og om de psykiatriske sygehuse – in casu de distriktspsykiatriske centre – som afgrænsede rum, hvor en del af den mest u håndterlige psykiske smerte skal kunne rummes for aflastning, skærmning og lindring (Hausgjerd, 1985, p. 196; Hausgjerd, 1990, p. 391). Watzlawick, Beavin & Jackson (1968) beskriver en fortættet kommunikation fra en patient, der siger følgende: "My mother had to get married, and now I am here". Forfatterne fortolker patientens udsagn derhen, at hun for det første mente, at hun var resultat af en uønsket graviditet, og at det måske havde gjort hende psykotisk. Dernæst, at hendes mor på grund af socialt pres havde måttet gifte sig og derfor ikke kunne klandres for hverken patientens fødsel eller for hendes psykose. "Her" kunne både betyde psykiaterens kontor, patientens eksistens på jorden, og at moderen havde gjort hende psykotisk. Samtidig måtte hun være evig forpligtet over for sin mor, som havde syndet og lidt for at bringe patienten til verden. Det tog psykoterapeuten flere uger at undersøge den kondenserede mening, hun havde sammenfattet i den ene sætning (ibid., pp. 73-74). Den var ovenikøbet nogenlunde tilgængelig, der var nogle meninger at tage fat på til at begynde med. Det ville formodentlig tage meget længere tid for en kvalificeret psykoterapeut at afkode Sigurds, Kjeld og Dirks usammenhængende talestrømme, at få dem til at give mening, at genetablere noget af deres kommunikative kompetencer og derved lette deres forpintethed. Umiddelbart var der, set fra min observatørposition, hverken hoved eller hale på deres talestrømme. Den kunne formodentlig afkodes af en terapeut, som kunne praktisere tålmodighed og "relatedness", à la Arieti, Crafoord eller Hausgjerd (Arieti, 1974, pp. 567-570). Hausgjerd taler om en meget langvarig proces for arbejdet med langtidspatienter – som regel psykotiske – behandlingstilbud, der kan strække sig over syv til femten år (Hausgjerd, 1985, p. 303).

5.7. Selvdestruktive handlinger og kommunikationen omkring dem

På Kvadratets dagcenter observerede jeg nogle patienter, der led af anoreksi eller en kombination af anoreksi og bulimi. Det kan man med tidsdimensionen kalde en langsom form for selvdestruktion. Det er uklart, hvor meget af fænomenet der var hhv. bevidst og ubevidst. Jeg observerede ingen patienter med spiseforstyrrelser på Cirkelns dagcenter. Intentionen om at destruere sig selv kom umiddelbart fra patienterne selv, men de var så ikke født selvdestruktive, det blev de i løbet af deres opvækst (Bion, 1962; Crafoord, 1994; Erikson, 1950; Freud, *G.W. Band XIV*; Hausgjerd, 1985; Killingmoe, 1988; Strand, 2016; Winnicott, 1965; 1971).

Her kommer en hændelse i relation til selvdestruktion, der var intenderet til at være hurtigtvirkende i tidsdimensionen:

Et teammedlem holdt tromme-tamtam. Vi var Bitten, Olga, en tredje patient og undertegnede. De andre fik en lang, tynd tromme hver, jeg fik et trommeskind og en pind. Teammedlemmet lærte os en sambarytme og nogle ord til, så vi lettere kunne holde den. Den tredje patient, Olga og jeg skulle holde grundrytmen, Bitten og teammedlemmet varierede den. Senere satte vi stemmer på og lavede stemmeøvelser. Den tredje patient var lidt tilbageholdende og sagde, at hun havde svært med det med stemmen. Hun havde engang drukket salmiakspiritus og kunne dårligt tale i lang tid efter, cirka i et år. Vi skiftede instrumenter og byttede sambaen ud med færøsk kædedans, med "Hvor er mine fødder dog ømme" som omkvæd, vi rejste os, da vi sang den. Vi spillede til sidst igen og holdt takten nogenlunde, samspillet virkede, kommenterede vi samstemmende bagefter. Der var smil og glade ansigter over hele linjen, da vi sluttede (Feltnoter, 31.10.89).

Jeg var noget rystet over den tredje patients ytring om, at hun havde drukket salmiakspiritus. Det rykkede ved mine basisforventninger, selvom jeg havde hørt og læst beretninger fra andre steder om selvmord og selvmordsforsøg med ætsende væsker. Patientens handling giver ikke mening, heller ikke som indirekte kommunikation, her var hverken intention eller selve handlingen, at drikke salmiakspiritus, genkendelig – og den mødte ikke nogen stor forståelse hos modtagerne af kommunikationen. Senere kommunikation til teammøder bekræftede, at hun tilsyneladende havde en målrettet omgang med ætsende

væsker. Det forlød til et teammøde, at patienten havde hældt svovlsyre over sine tæer og var indlagt på stamafdelingen ”en lille tur” (Feltnoter, 10.7.1990). På et teammøde nogle måneder efter fortalte de, at patienten til et møde med sin sagsbehandler havde truet hende med at sprøjte saltsyre i ansigtet (på sagsbehandleren), hvor patienten først skulle have sagt noget i retning af: ”Jeg har fået sådan en knippelgod idé”, men uden at gøre alvor af truslen. Jeg observerede hende senere i dagcentret samme dag, hun sad og var tavs og så dårlig ud (Feltnoter, 6.11.1990). Cirka et halvt års tid senere kommunikerede patienten i Caféen – sådan cirka – ”Jeg er død indeni og kan kun komme til live ved at drikke saltsyre”. Det fik en yngre, mandlig patient til at svare: ”Det er ikke godt for dit helbred” (Feltnoter, 17.6.1991). Hvor patienten i første omgang selv havde indtaget salmiakspiritus – hvad enten det var et direkte selvmordsforsøg eller et råb om hjælp. Hendes trussel mod sagsbehandleren var ligeledes langt hinsides refleksiv perception og refleksive forventninger, det var et udtryk for voldsparathed.

Den polsk-schweiziske psykolog Alice Miller har skrevet en bog om fænomenet ”ikke at mærke” og en anden om ”den forbudte viden”. Begge værker handler om de følelser, barnet i løbet af barndommen lærer er strengt forbudte og derfor ikke tør mærke, heller ikke som voksen, i mange tilfælde (Miller, 1981; 1988). Patientens ytring om, at hun var død indeni og kun kunne komme til live ved at drikke saltsyre, mener jeg, man kan fortolke på samme måde som ved andre patienter. Den pågældende patient nægtede at mærke noget som helst i en grad, så hun havde brug for ætsende væsker for at mærke, at hun var i live. Jane ”nøjedes” med at etablere en psykosocial barriere i form af et gardin. I den pågældende patients tilfælde, hvor jeg kunne sammenholde ovenstående med hendes egne biografiske oplysninger, som blandt andet gik på hendes samvær som barn med et nært mandligt familiemedlem, som hun efter eget udsagn ikke kunne fordrage, kunne antyde en historie om seksuelt misbrug (Feltnoter, 29.12.1989). Hendes reaktion var et eller andet sted logisk i relation til hendes opvækst som et – måske – misbrugt barn. Hausgjerd (1990, pp. 315-338) skriver, at børn, der har været seksuelt misbrugte, oftere end andre udvikler psykotiske lidelser og oftere psykotiske lidelser af langvarig karakter (ibid., pp. 328-329). Jeg vil tillade mig at fortolke hændelsen som en konkretisering i Arietis forstand (Arieti, 1974, pp. 215-216). Patienten forsøgte at gøre en uudholdelig smerte og erindring uholdelig ved at drikke salmiakspiritus. Herved mærkede hun en konkret smerte fra noget, der åd hende op indefra, sådan som hun måske havde oplevet sin opvækst – der

gjorde det samme på et andet plan. I sin bog om "lidelsestilstande i ny psykiatri" beskriver Hausgjerd (1990) forskellige grove former for smertetransport, mange af dem fra forældre til børn, som han beskriver som "skræmmende hyppige former for barbari" (ibid., p. 315). I sin beskrivelse af senvirkningerne af seksuelle overgreb skriver Hausgjerd, med reference til forskellige undersøgelser, at overgrebene som regel kun er et ud af mange elementer. Fx en undersøgelse af Beck fra 1986, der viste, at en større gruppe kvindelige langtidspatienter i psykiatrien havde været udsat for incest. Hausgjerd anfører endvidere, at incestofre er mere disponerede for fysisk selvdestruktivitet og selvmordstendenser sammenlignet med gennemsnitsbefolkningen (ibid., 327-329). Jeg har nogle observationer, hvor patienterne på Cirklens dagcenter udviste en selvdestruktiv adfærd, hvor bevidst eller ubevidst den var, får stå hen i det uvisse. Her kommer en hændelse:

En patient, Dirk, kom ved frokosttid ind i dagcentret, han var dopet af et ubestemt antal piller. Et teammedlem satte ham ved et cafébord, han spiste langsomt og falmende og drak af koppen med ketchup. Teammedlemmet ville give centrets psykiater besked, hun ville komme og se til ham. Teamet ville beholde ham i dagcentret et par timer for at observere ham. Der var fare for, at han en dag tog så meget medicin, at hans vejrtrækning blev lammet (Feltnoter, 5.4.1991).

Teammedlemmerne på Cirklens dagcenter interagerede med patienten ved at observere ham og tilkaldte en psykiater, der kunne tage ansvar for det videre forløb. Dirk havde bedøvet sig i en grad, at han var ude af stand til at tage vare på sig selv. Hans adfærd var uforståelig for teammedlemmerne, de kunne ikke konnektere direkte, men var henvist til en indirekte foranstaltning ved at sætte ham under opsyn af en psykiater. Hans handling havde ingen kommunikativ værdi. Det var dog en social ordensydelse, at Dirk mødte op i dagcentret på trods af sin tilstand, han kunne ikke kommunikere, og hans adfærd var påfaldende.

5.8. De dårlige patienter – og de tavse

Ved næsten alle besøg på de to dagcentre observerede jeg en eller flere patienter, som sad og så ud til at have det dårligt, og som var mere eller mindre tavse. Begge dagcenterteams stillede få krav til patienter, der havde det dårligt, men de skulle

som minimum levere de fire ordensydelse, jeg beskrev i indledningen. Det var ikke så meget diagnoser, det drejede sig om, men om adfærd, støjniveau og struktureringsgrad. Stille psykoser var acceptable, hvorimod larmende og udadreagerende psykoser og lignende adfærd hurtigt kom på kant med tolerancegrænsen hos både patienter og teammedlemmer. Da jeg bevidst ignorerede patienternes indtag af psykofarmaka, kan jeg ikke sige, om de var påvirkede af den. Jeg skal ikke trætte læseren med alle observationer fra mine feltnoter, men blot anføre nogle hændelser i den følgende fremstilling. I mine feltnoter fra Cirkelns dagcenter har jeg mange beskrivelser af patienter, der sad og så dårlige ud, og som ikke sagde ret meget, det var jævnlige patienter, der sad ved Det tilbagetrukne Bord. Rubington (1972) noterer sig, at et af de vigtigste instrumenter til kommunikation, nemlig sproget, ikke blev anvendt af personer, der var sammen med andre dag ud og dag ind, de interagerede ikke. Men de kunne stadigvæk opfatte hinanden uden ord. Luhmann kalder fænomenet for reflektiv perception. I Rubingtons analyse kunne patienternes tavshed være et stumt oprør mod den konforme elite (ibid., pp. 296-297). Den tolkning kan nok ikke anvendes her – selv om jeg ikke kan udelukke det – da Rubington observerede på en psykiatrisk afdeling, som havde en anden organisation end dagcentrene, hvor patienterne kunne gå hjem hver dag. Album (1996) skriver fra to somatiske afdelinger, at det var unormalt ikke at vise vilje til at snakke med andre, og at det krævede en forklaring. En vis tilgængelighed var påkrævet, ellers skabte det uro og utryghed hos de andre patienter. Det var imidlertid legitimt at skærme sig mod samvær ved alvorlig sygdom eller stærke smerter (ibid., pp. 78-79). I dagcentrene blev en patients tavshed og dermed utilgængelighed for kommunikation ikke automatisk opfattet på samme måde. Man kan tolke tavsheden som en social afvisning eller som udtryk for, at de pågældende patienter havde det dårligt og ikke havde overskud til at snakke. De andre patienter tenderede til at affinde sig med det, de havde ikke nødvendigvis selv overskud til at række ud til de tavse patienter, de fik lov til at være tavse i fred – også når tavsheden blev langvarig. Nogle af patienterne kan have hørt til de funktionelt stumme, efter dårlige erfaringer med at ytre sig om vrangforestillinger og hallucinationer – de er uden kommunikativ værdi og potentielt modsigelses- og konfliktskabende. Luhmann (1989) skriver i sin artikel om hemmelighed, tid og evighed, at tavshed er kommunikationens sidste kode (ibid., p. 105).

Jeg har feltnoter om en hændelse fra Cirkelns dagcenter, hvor en patient, Ragner, var rigtig dårlig. Men det karakteristiske var i dette tilfælde, at Ragner var

dårlig på en stille måde. Han generede ikke for alvor hverken de andre patienter eller teammedlemmerne.

Han kom med usikre bevægelser og indadvendt blik og en kande orangejuice. Han hældte noget juice op i et teammedlems glas, men det meste landede ved siden af. Hun sagde blødt: "Nå, synes du, jeg skulle have lidt juice", og tørrede det op. Han gav et andet teammedlem og undertegnede juice, men spildte det meste. Han gik igen, et af teammedlemmerne kommenterede: "Han er meget dårlig", og det var han (Feltnoter, 13.3.1991).

Fra Kvadratets dagcenter har jeg lignende observationer: Jens svarede, da et teammedlem spurgte, hvad han ville lave i dag: "Jeg skal holde mig fast i stolen" (Feltnoter, 8.9.1989). Eva sad og hang og så ud, som om hun var ked af det (Feltnoter, 17.11.1989). Hanne sad for sig selv og så ned (Feltnoter, 28.11.1989). Det gentog sig en måneds tid efter, Hanne satte sig hen til det andet bord med ryggen til lokalet, hun lavede vist ikke andet end at se ned i bordet (Feltnoter, 29.12.1989). Louise dukkede op, hun så sky ud og var svær at kontakte, hun var ikke "spastisk", men så ikke på mig, da hun sagde: "Dav" (Feltnoter, 29.12.1989). Maria så forstemt ud og sagde ingenting (Feltnoter, 11.1.1990). Jens sad og så lidt smattet ud, han sad og hang (Feltnoter, 11.1.1990). Jeg springer et par måneder frem: Tine kom stille ind, satte sig og blev ved med at være stille (Feltnoter, 29.3.1990). Eva sad for sig selv og så lidt sløv ud (Feltnoter, 27.4.1990). Crafoord (1994) beskriver de tavse patienter og siger, at man som kontaktperson kan møde dem og har ansvaret for at holde forbindelsen. En bestemt patient i Kvadratets dagcenter var en af de patienter, der for det meste var tavs. For patienter, som overvejende er tavse, mener Crafoord, at det kan være belastende som kontaktperson at omgås dem. "Man føler sig dum, overflødig og i vejen. Man føler sig, som om man helst slet ikke ville være der; man vil fordufte og forsvinde" (ibid., pp. 138-140). Crafoord siger, at man kan vende den om og tænke, at det måske er sådan, patienten har det. Og at man kan sætte sig hen til patienten og lytte til hendes kropssprog, dvs. reaktioner, kropsholdning, åndedræt og bevægelser, og tilbringe et stykke tid sammen med den tavse patient med et formål om at udvikle fortrolighed (ibid.). At lytte til patientens "kropssprog" i systemteoretisk optik vil være noget i retning af refleksiv perception, men i en usædvanlig tæt kontakt, som ellers kun forekommer i intime relationer (Luhmann, 1984, pp. 303-311). Hall ville formodentlig have lignende observationer, her taler vi om en mellemtning mellem den intime afstands fjerne

fase – 15-45 cm – og den personlige afstands nære fase – 45-75 cm (Hall, 1966, pp. 116-120).

Selv om nogle patienter på begge dagcentre var dårlige eller forholdt sig tavse, leverede de alligevel sociale ordensydelse i større omfang end de patienter, teammedlemmerne omtalte, som var blevet optaget som patientmedlemmer på dagcentrene, men som ikke eller sjældent mødte op på dagcentrene. Efter teammedlemmernes udsagn fordi de isolerede sig i deres lejligheder på grund af hallucinationer, vrangforestillinger og forskellige former for angst. Som refereret på et teammøde i Kvadratets dagcenter: ”De (patienterne) skal møde op eller aflyse, det kan så være med en begrundelse om, at der var tegn i tændstikker og kaffegrums om, at de ikke skulle komme lige den dag” (Feltnoter, 25.8.1989). De tilstedeværende dårlige eller tavse patienter havde både leveret de to formelle ordensydelse, sygdomsindsigt og tillid til en kontaktperson, og de to uformelle, at man skulle kunne ramme åbningstiden og tåle tilstedeværelsen af andre mennesker, især den sidste var vigtig. De fraværende patientmedlemmer havde ikke – måske midlertidigt – haft overskud til at levere de to sidste uformelle sociale ordensydelse.

5.9. Bizar adfærd og kommunikation

Det er fænomener, der ofte forekommer blandt psykotiske og psykosenære patienter (Arieti, 1974; Bleuler, 1911; Crafoord, 1994; Cullberg, 2004; Freud, *G.W. Bd. 13*, (1920-1924); Hausgjerd, 1985; 1990; Mors et al. (red.) 2017; Poulsen, (red.), 2010; Ruf, 2005; Simonsen & Møhl (red.), 2010; 2017). Jeg observerede fænomenet flere gange, her kommer beskrivelser først af bizar adfærd og derefter af bizar kommunikation. I Caféen på Kvadratets dagcenter sad jeg ved et bord med tre patienter, da Elise kom ind i lokalet:

Jeg sad ved et bord med Ida, Marianne og Anna og snakkede, da Elise dukkede op i nærheden. Jeg opfordrede hende til at sætte sig ved vores bord. Jeg for åbenbart lidt for hårdt frem og spurgte, hvordan det gik med det strikketøj, jeg havde hjulpet hende med for nylig. Om hun havde fået lavet det færdigt? ”Nej”, og ”Om hun tog blusen på herind, når den var færdig?” Hun svarede: ”Der er så meget, man ikke tør, når man har en psykose”. Plus noget om, at jeg jo ikke vidste, hvordan det var. Jeg blev lidt paf og havde lyst til at fare videre og konversere Marianne,

som sad overfor. Jeg sagde lidt efter, lidt flad: ”Det er rigtigt, jeg ved ikke, hvordan det er”. Elise: ”Jeg sagde ikke, du ikke vidste det”. Jeg gentog mit svar i en varieret udgave. Ingen af de tre andre patienter reagerede på psykosetemaet. Lidt efter satte Elise sig hen på en stol ved væggen, bag ved Anna. Jeg fik dårlig samvittighed over, at jeg havde været lidt for frisk (Feltnoter, 29.12.1989).

Interaktionen var stort set normal i alle tre meningsdimensioner, den var adækvat i situationen på et psykiatrisk dagcenter, men hun havde en lidt sky adfærd til sidst, hvor hun satte sig på en stol ved væggen bag ved en anden patient. Selve psykose-temaet fik åbenbart de andre tre patienter til at undlade at konnektere. Det kunne være deres måde at afvise omtale af et udtryk for en psykosocial forstyrrelse, selvom Elise her talte om det med en vis distance, men hun følte sig tydeligvis lidt utilpas ved temaet. Det var stort set en social ordensydelse, men den resulterede ikke i konnektion fra nogen af de andre tre patienter. Arieti (1974) skriver, at en patient, som sætter sig eller stiller sig hen til en væg, ønsker, den skal beskytte hende mod truende følelser. Det var åbenbart tilfældet med Elise, hun så sky og utilpas ud. Patienter, som jævnlige står eller sidder ved en væg i stedet for at bevæge sig frit omkring i lokalet, udtrykker ligesom med vrangforestillinger en konkretiserende holdning, her er det så i form af en bizar adfærd. Arieti forslår en ”relatedness”-ytring som ”du ønsker væggen skal beskytte dig mod truende følelser, jeg er her sammen med dig, vi behøver ingen vægge, lad os gå sammen” (ibid., p. 579). Analysen af den nonverbale adfærd i sagsdimensionen vil i dette tilfælde være, at Elise satte og stillede sig hen til væggen, fordi hun havde brug for tryghed, om det var bevidst, ubevidst eller delvist det ene eller det andet, får stå hen i det uvisse. I tidsdimensionen gjorde hun det efter en interaktion, hvor ”psykose” var temaet. I socialdimensionen kan man fortolke de tre tilstedeværende patienters reaktion som passiv afvisning, men et psykosetema er så også svært at konnektere til, ligesom Elises adfærd kan sidestilles med en vrangforestilling, begge fænomener har ringe kommunikativ værdi.

Jeg observerede efterhånden i løbet af de hhv. et og to år på dagcentrene et mønster af afvisning af udtryk for psykosociale forstyrrelser på Kvadratets dagcenter, hvor jeg overvejende så accept eller i det mindste overbærenhed med udtrykkene på Cirkelns dagcenter. Jeg har en del beskrivelser af kommunikation, der bedst kan betegnes som bizar, fordi den ikke rigtig gav mening i hverdagssemantik og manglede kommunikativ værdi. Her kommer nogle hændelser:

5.9.1. "Ikke være, ikke være, ikke være"

I Caféen på Kvadratets dagcenter sad jeg ved et bord sammen med Maria, Marianne og en tredje patient efter frokosten.

Den tredje patient spurgte eller snarere konstaterede, at hun var psykopat. Jeg indvendte, at det var et alt for firkantet udsagn. Hun fortsatte: "Det vil jeg ikke være", hun gentog ytringen flere gange, og fortsatte som efterslæb "ikke være", "ikke være", "ikke være". Maria og Marianne konnekterede ikke. Efter en kort pause fortsatte jeg med lidt smalltalk om Caféen og maden. Det kunne de to andre patienter bedre konnektere til og synkronisere med (Feltnoter, 19.3.1990).

Maria og Marianne konnekterede ikke på hendes stereotype gentagelser, og med god grund, der var ingen kommunikativ værdi i ytringen, der gav forstyrrelse i både i sags- tids- og socialdimensionen. Sagsdimensionen var første del af bidraget, en benægtelse af, at hun var psykopat. Efterslæbet med gentagelserne fremstod uden sagsdimension eller tema. I tidsdimensionen "synkroniserede" hun kun med sig selv. I socialdimensionen fungerede det ikke, fordi hun ikke havde nogen konnektionshensigt, og temaet var for svært at konnektere til for andre deltagere i interaktionssystemet. Tre lærebøger i psykiatri (Poulsen (red.), 2010, pp. 60-61; Mors et al. (red.), 2017, pp. 68-70; Simonsen & Møhl (red.), 2017, pp. 303-304) beskriver samstemmende "ekkolali" som stereotype gentagelser af, hvad patienterne lige har hørt fra omverdenen. Det var ikke tilfældet her, patienten gentog sin egne ytringer, til sidst i forkortet form. Det må snarere være Verbiegeration (Mors et al. (red.), 2017, pp. 69-70), der fremstår som meningsløse gentagelser af – egne? – ord eller sætninger. Ytringerne var hinsides refleksiv perception og refleksive forventninger.

5.9.2. "Antisocialistisk" og et af de "allerletteste" mønstre

Interaktionen fandt sted i Kvadratets dagcenter ved Det store Bord. En patient kom ind før frokost, da jeg havde siddet der et par minutter:

Hun fortalte, at hun havde søgt højeste førtidspension, og at hun havde talt i telefon med sin sagsbehandler om det i går. Hun viste mig et brev, hun havde fået i dag, skrevet af sagsbehandleren efter telefonsamtalen, og spurgte, om det ikke var sødt af sagsbehandleren. Den omtalte patient havde sagt til hende, at der var to grunde til, at hun ville have højeste pension, for det første, at hun (patientens navn)

var ”antisocialistisk”, eller ”asocial”, dvs. – vistnok – at det var asocialt at forlange det. For det andet, at hun var ”racistisk”, at hun ville have mere end alle andre. Efter frokost sad patienten i Åbent Rum og strikkede et utrolig indviklet rosenmønster med blade og forsiringer og sagde, at ”det var et af de allerletteste mønstre”. Hendes hænder var ødelagte på hånddryggen, hun har nok været i gang med saltsyre eller lignende, som et teammedlem fortalte for et stykke tid siden (Feltnoter, 29.12.1989).

Ytringen gav ikke umiddelbart mening – i hvert fald ikke en klar mening, den havde begrænset kommunikativ værdi. ”Antisocialistisk” kan måske have ført via en lydlig association til ”asocial”. Det var sværere at forstå, hvorfor patienten skulle være ”racistisk”, hun forklarede selv, at det var, fordi hun ville have mere end andre – men det giver ikke rigtig mening. Til sidst, stillet over for en påstand om, at det meget indviklede strikkemønster skulle være et af de ”allerletteste” – stoppede min forståelse, jeg gav op i kommunikationens tredje led. Selvom patienten udtrykte sig i hverdagssemantik, var hendes kommunikation så meget ved siden af den mening i sagsdimensionen, de fleste anvender, når de bruger udtryk som ”antisocialistisk” og ”racistisk”. Der var en forstyrrelse i sagsdimensionen i de første to tilfælde, men hendes bidrag fremtrådte som upåfaldende i tidsdimensionen. I socialdimensionen skulle jeg anstrenge mig for at få en mening ud af hendes udtryk, hvor jeg var til stede med min sædvanlige dobbeltrolle. I det sidste tilfælde med strikkemønstret forekom det mig, at patienten var uden for rækkevidde af refleksive forventninger i både sags- og socialdimensionen. Arieti (1974) skriver, at patienter ofte glemmer ordenes mening, og at de fokuserer på det lydlige i verbaliseringen. Endvidere, at skizofrenes tankegang ofte indeholder mening på flere planer, samt at den kan være ”multifokal” (ibid., pp. 261-263).

5.9.3. ”Min mor er sindssyg”

På Cirkelns dagcenter sad jeg til morgenmøde med teammedlemmerne, da Bente kom ind:

Hun sagde, hun havde det dårligt, og at hun ville indlægges på stamafdelingen. Der var nogen, der havde skræmt hende hele natten. Hendes kæreste var der, men gik tidligt om morgenen. Hun græd og hang efterhånden mere og mere ned over bordet. Et teammedlem talte beroligende til hende og fik hende lempet ud på en

høflig måde, så mødet kunne fortsætte. Senere, til morgenmadsmødet, sad jeg ved bord med tre af teammedlemmerne og Bente. Bente sagde halvt grædende: ”Min mor er sindssyg, og min far er død”. Et af de kvindelige teammedlemmer havde kontakten med hende, hun rakte en hånd hen og tog hende om armen og svarede: ”Det er rigtigt, at din far er død, men din mor er ikke sindssyg”. ”Jo, hun er ... jeg har inviteret hende til min fødselsdag, men jeg hader hende”. Det sagde hun et par gange og nævnte også nogle andre, hun havde inviteret. Bente flød mere og mere ud og talte om sine 13 børn. Og: ”Jeg kan ikke holde det ud”. Teammedlemmet: ”Jo, du kan Bente”, tog et fast tag i hende og gik ind i det inderste rum med hende. Lidt efter kom Bente ud igen, teammedlemmet har nok givet hende et skud depotmedicin. Hun sagde, hun ikke kunne holde ud at være her og var på vej ud af caféen, Robert tog imidlertid fat i hende og fik hende til at sidde som den femte ved sit bord. Hun faldt ned og blev siddende (Feltnoter, 29.11.1990).

Bente leverede en social uordensydelse med sine psykotiske ytringer om sin mor, som hun mente var sindssyg, trods udsagn til det modsatte – og sine tretten børn. Hun skelnede nogle gange ikke mellem selv- og fremmedreference, og hendes ytringer havde stærkt begrænset kommunikativ værdi. Senere ved morgenmadsmødet kom teammedlemmet tilbage med Bente og en madras og gik ind i det inderste rum med hende. På kontoret havde Bente spurgt, hvornår hun fik sin depotmedicin. Det var den 15. i hver måned. Teammedlemmet har formodentlig sørget for, at hun fik en portion. Bente kunne trods sin (nær)psykotiske tilstand mobilisere tillid til teammedlemmet, der ville hjælpe hende (Luhmann, 1968; 1973). Lidt efter kom Bente ud og sagde, at hun ikke kunne holde ud at være her, hun ville på Cirkelens stamafdeling. Hun var på vej ud af Caféen, men Robert tog fat i hende og fik hende til at sidde som den femte ved sit bord. Bente faldt ned og sad der. Robert var selv moderat paranoid, som det vil fremgå, men havde alligevel overskud til at tage fat i Bente og få hende til at sidde ned. Det er en af mange hændelser, der viser, at de fleste af patienterne på Cirkelens dagcenter satte patientfællesskabet højt. Roberts handling ligger i Bales’ skala øverst på nr. 1 af de positive reaktioner, viser solidaritet og hjælper (Bales and Slater, 1956, p. 267).

5.9.4. Lynlåsen

På Kvadratets dagcenter var Linda i Praktisk Gruppe, hun dukkede op og spurgte, om jeg ville have frisk te. Jeg svarede, ”Ja tak, og hvordan går det?”

Hun svarede, at hun havde problemer med en lynlås, der havde sat sig fast. Hun havde aftalt med et teammedlem, at hun skulle hjælpe. Imidlertid blev det til, at jeg skulle hjælpe i stedet for, det meddelte jeg Linda. Hun kom lidt senere med sin lynlås, den sad på en oilskinsjakke med ternet, uldent for, som hun havde købt i Finsk Form. Den havde lynlås i begge ender og var ikke umiddelbart til at ordne. To andre patienter, William og Charlotte, sad ved siden af, de var ret højroastede. Martin begyndte på et tidspunkt at blande sig og flå i lynlåsen. Han og Charlotte var optagede af en håndbog om private legater. Der var noget til ”værdigt trængende” og ”sindslidende” med flere. Charlotte mente, hun måtte være berettiget. På et tidspunkt sagde jeg til Linda, at det var en dyr jakke, og gættede på 2.000 kr., hun sagde 1.350 kr. Jeg spurgte, om hun havde andet overtøj, joh – hun havde sin Burberry. ”Nå, du har da råd til det”, jeg fortalte, at jeg havde set på nogen, og de kostede mellem 4.000 og 6.000 kr. Hun så lidt trykket ud og sagde, at ”nu begynder det at summe i mine hænder”. Jeg var lidt perpleks, men gled af med et bidrag, cirka ”Nåh ... det er da i orden”, da jeg fandt ud af, at det var et ømt punkt (Feltnoter, 8.10.1990).

Lindas sidste bidrag var en social uordensydelse i sags- og socialdimensionen (Luhmann, 1971; 1984, pp. 179-182), hun holdt sig ikke til temaet eller annoncerede et temaskift i sagsdimensionen, og i socialdimensionen kom det bag på mig, trods min tilstræbte dobbeltrolle. Jeg konnekterede med et neutralt smalltalk-bidrag, men kunne ikke synkronisere direkte på hendes ytring (Luhmann, 1990b). Den havde som andre (nær)psykotiske ytringer ingen kommunikativ værdi. Senere samme dag fortalte jeg et kvalificeret teammedlem, at jeg havde følt mig på glatis, da Linda sagde, det summede i hænderne. Hun sagde, at det var Lindas måde at markere grænser på, når der var noget, der var svært for hende at snakke om. Det satte hende åbenbart lidt uden for de andre, at hun havde formue. Teammedlemmet sagde, det var modoverføringen, som man kunne bruge til at pejle Lindas impulser. Primærbehandleren kunne bruge det til på en støttende måde at bearbejde, at det med penge var svært for hende at tale om i dagcentret. Teammedlemmet kommenterede bagefter i forbindelse med episoden, at det drejede sig om at skabe et varmt, mellemmenneskeligt miljø, der kunne ”lokke patienterne ud af psykosens”.

5.10. Brud på basisforventninger i relation til personlig hygiejne, omgang med mad og påklædning

Mary Douglas understreger i sin bog *Purity and Danger* (Douglas, 1966), at absolut snavs ikke eksisterer, det findes kun i observatørens øjne. Endvidere, at snavs aldrig er en isoleret, unik hændelse, men hvor der er snavs, er der et (symbol)system (ibid., pp. 44-45). Vores forestillinger om snavs er styret af hygiejne og respekt for konventioner. Hun siger endvidere, at i udviklede religioner forvises renlighedsreglerne til køkken og badeværelse (ibid., p 8). Eksistensen af et system medfører instrumentalitet, det vil sige forsøg på at påvirke andres adfærd i retning af at overholde regler for snavs og renlighed. Douglas definerer snavs som materiale, der er malplaceret, som fx støvler på spisestuebordet eller køkkenredskaber i soveværelset. Snavs involverer afvisning af upassende elementer, det er en residualkategori. Hvis en patient fx er påfaldende uhygiejnisk, går rundt med afføring eller blod i benklæderne og ikke ænser det i omgang med andre, er det brud på basisforventninger. Det kan også være ”mindre” ting, som at en patient er uvasket med rande af snavs på synlige steder og en tilsvarende lugt. I omgang med mad forventes patienterne som minimum ikke at sidde og spille og grise med maden. Her kommer en observation om uhygiejnisk omgang med mad på Cirklens dagcenter:

Ved morgenmadsmødet sad jeg sammen med tre patienter ved et af bordene. En af patienterne sad og spiste på en måde, der oprørte mig. Syltetøjet løb ned ad hendes hænder og arme. Hun tørrede det af og slikkede fingrene, men var godt fedtet ind. Hun hældte tykmælk i kaffekoppen, men der var en slat kaffe tilbage. Jeg sagde ikke noget, men tænkte, at der skulle være servietter på bordene (Feltnoter, 7.11.1991).

Eller hvis en patient gør noget andet med maden, der får de andre patienter til at undlade at røre ved den samme madvare derefter. I et interview med en patient fra Kvadratets dagcenter fortalte en patient med reference til en anden patients adfærd i Caféen: ”Hvis han tog af osten til frokost, var der ingen andre der tog af den. Selv om vi er psykisk syge, reagerer vores smagsløg. Vi synes, det var ubehageligt, at han er urenlig ved frokosten”. Retningslinjerne for upåfaldende – det vil sige ikkestødende og forventet i situationen – påklædning må så nogenlunde være, at hvis teammedlemmer og andre patienter ikke reagerede på

en patients påklædning og fremtoning, var den formodentlig upåfaldende. Hvis de derimod reagerede på en patients påklædning og fremtoning med afvisninger og negativt ladede kommentarer, var den formodentlig påfaldende. Flere patienter gjorde sig jævnlige bemærket ved manglende personlig hygiejne og socialt stødende påklædning, da det normale i samfundet er tilstrækkeligt – og dermed upåfaldende – personlig hygiejne og lige så upåfaldende påklædning i situationen. Patienternes påklædning og fremtoning var jævnlige genstand for interaktioner mellem patienterne indbyrdes og i teamet. Her kommer en observation:

På et tidspunkt i teammødet bankede en patient på og åbnede døren for at spørge om noget, hun var i sweater og lange bukser. Sweateren sad oppe og afslørede en åben gylp på bar mave. Et teammedlem bad hende trække sweateren ned over bukserne. Vi diskuterede det lidt bagefter. Et teammedlem vidste, at hendes lynlås var gået i stykker. Så måtte hun sætte en sikkerhedsnål i, sagde en anden. Det første teammedlem indvendte, at den ikke kunne nå. Men hun kunne sætte en sikkerhedsnål i sweateren, så den ikke gled op over gylpen. ”Og når hun skal på WC?”, spurgte en, ”Så må hun tage den af”, svarede en anden. En mente, hun skulle sendes hjem og skifte bukser. Jeg sagde, at de andre patienter stejlede over hende og blev aggressive og mobbende over for hende, når hun var socialt stødende påklædt som nu, det havde jeg observeret flere gange (Feltnoter, 5.4.1991).

Når teammedlemmerne føler sig foranlediget til at kommentere en patients påklædning i en negativ tone, er den sandsynligvis påfaldende og socialt stødende. Vedkommende patient virkede til at være ude af kontakt med både refleksive perceptioner og den refleksive forventningsstruktur og brød samtidig andres basisforventninger. I sit kapitel ”Det sociale arbejde som befrielse” i Järvinen & Mik-Meyers antologi (2003, pp. 192-226) skriver Villadsen, at socialarbejdere som en del af deres opgaver har mandat til at bearbejde såkaldt ”adfærds- eller livsstilmæssige forhold”. Det gælder, hvis socialarbejderen skønner, det har betydning for klientens indtræden på arbejdsmarkedet – her citerer Villadsen et værk af Berg-Sørensen. Det drejer sig om den umiddelbare fremtræden i form af ”utilstrækkelig personlig hygiejne, uhensigtsmæssig påklædning, manglende høflighed, manglende indlevelse i kollegers eller andres oplevelse af en situation, adfærd, der utilsigtet opfattes som aggressivitet” etc. Her står hensynet til klienternes privatliv over for en bearbejdning af nære aspekter af patienternes personlighed (ibid., pp. 204-207). I dette tilfælde drejer det sig ikke direkte om patientens indtræden på arbejdsmarkedet, men om hendes personlige fremtræden

– når den var præget af manglende personlig hygiejne og ”uhensigtsmæssig påklædning”, fremkaldte det negative kommentarer både fra de andre patienter og fra teammedlemmerne.

5.11. En patient og hans klager

Der var en ny patient på Cirkelns dagcenter. Jeg gav ham en patientinformation. Han spurgte, om jeg skulle spionere. Jeg forklarede forskellen mellem deltagerobservation og spionvirksomhed. Det første foregik åbent, som i mit tilfælde, med samarbejdsaftaler, forhandlinger etc., det sidste foregik skjult.

En uges tid senere kom overlægen til husmødet, det gjorde hun en gang om måneden. Hun spurgte, om der var ”noget generelt”. Den omtalte patient lagde ud med en højlydt klage over, hvor elendigt han havde haft det i lang tid. Hans fødder, humør m.m. Det eneste i livet, han havde glæde af p.t., var keramikken. Lægerne kunne jo ikke gøre noget, og hvad var psykiatrien overhovedet godt for? På Sankt Hans gjorde de meget ud af at dyrke sport med patienterne, men han syntes ikke, hans svømning her hjalp noget. Doris supplerede med alt, der ikke gik med hendes hjemmehjælp. Nede fra sit hjørne sagde Frida ironisk: ”Og jeg har ondt i en tand”. Overlægen understregede, at det skulle være ”noget generelt”, og refererede til det sidste husmøde, hvor der var blevet fremsat et ønske om undervisning, som derefter blev tema for interaktionen et stykke tid (Feltnoter, 15.11.1990).

Jeg hørte på et teammøde et halvt års tid efter, at samme patient var ved at blive paranoid igen. I interviewet fremsatte han utallige klagepunkter, der bekræftede teammedlemmernes diagnose. Han var optaget af alle de svigt og skuffelser, han havde været ude for. Interviewet bestod i sin helhed af massive anklager og bebrejdelser, han var efter eget udsagn blevet kastet frem og tilbage mellem læger, psykologer, fysioterapeuter, teammedlemmer og andre personalegrupper i somatisk medicin og i psykiatri. De havde alle svigtet og fejlbehandlet ham, ”alle forfulgte mig, ødelagde alt for mig”, og ”jeg blev fejlbehandlet hele vejen igennem”. Der var et par ting, der klart var mere eller mindre psykotiske forestillinger, fx da han fortalte, at han følte, teammedlemmerne legede med hans kønsdele, det var udtryk for en vrangforestilling uden kommunikativ værdi. Den kan være udtryk for tidligere erfaringer, der her kom ud i forvrænget form.

Hausgjerd (1990) beskriver, hvordan børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, kan udvikle senfølger, og mange af dem ender i psykiatriske institutioner (ibid., pp. 315-358; Miller, 1983, pp. 203-221; 1988). Og ”jeg får sygdomme, jeg føler, de bliver påført mig” – det var næppe tilfældet, men sådan opleves det åbenbart i et paranoidt univers. Patienten forbrød sig mod reglen om, at man ikke skal klage, det gjorde han konstant. Især det at klage konstant kunne medføre negative sanktioner. Det bekræfter Smith & Trasher (1963), de skriver, at en vis portion klager og kritik var acceptabel blandt patienterne, modsat at klage konstant, eller hvis klagerne monopoliserer interaktionen, så bliver de negativt sanktionerede (ibid., pp. 185-186). Album (1996) beskriver forskellige ”forbudsnormer” på et somatisk sygehus i omgangen mellem patienter. At klage er en af dem, det er en måde at gøre sig speciel på. Det er belastende, når patienter fortæller om, hvor dårlig en behandling de har fået. Det har nok været patientens forseelse i mange sammenhænge, jf. hans klager under husmødet. De andre patienter er formodentlig blevet irriterede over hans konstante klager, der også kunne spores, når han var mere normal, som ved mødet med overlægen. Hans indledende spørgsmål til undertegnede, om jeg skulle spionere, pegede – set i bagklogskabens klare lys – i samme retning. Der var ingen af de andre patienter på Cirklens dagcenter, der stillede det spørgsmål som indledning. Selvmedlidenhed er en anden ”forbudsnorm” (ibid.). Den består i Albums analyse af to elementer, eksklusivitet og forrang, patienterne fremhæver sig selv på bekostning af andre. De giver sig endvidere hen til dårlige følelser og belaster andre med dem (ibid., pp. 62-73).

I interviewet var selvmedlidenheden dog godt gemt af vejen under en følelse af vrede og uretfærdighed. Imidlertid karakteriserede teamet ham som paranoid, en tilstand af psykosocial forstyrrelse, hvor man tror sig forfulgt enten af specifikke, ondsindede personer eller forfulgt helt generelt. Det sidste var tilfældet med den omtalte patient. Han sagde i interviewet, at han havde været på kant med nogle af sine medpatienter, ”Jeg er blevet truet af medpatienter” og ”Jeg er blevet mobbet meget af de andre patienter” – i dagcentret. ”Jeg har tit følt mig som syndeboek”. I interviewet med Ask havde jeg, som i alle interviewene, et spørgsmål om samværet med de andre patienter. Han svarede, at det var hyggeligt, at der ”ingen sure miner” var, men han kaldte omtalte patient ”en urostifter”, som en undtagelse fra de andre patienter. Den omtalte patient var imidlertid ikke uden alliancer. I interviewet sagde han, at han for tiden var ven med den noget yngre Jannik, men vidste ikke, hvor længe det holdt: ”Hver gang, jeg finder nye venner

her, har de laster". Der var over 20 års forskel, men han følte, at Jannik var ærlig og reel. Jannik bekræftede i interviewet, at han havde en venskabelig relation til patienten: "Min bedste ven her er [navn], i begyndelsen lyttede jeg mest til ham, nu lytter han også, når jeg taler om min mor". Doris fortalte i interviewet, at hun jævnligt sad sammen med omtalte patient og havde det rart og morede sig sammen med ham.

5.11.1. Mistillid – en social (u)ordensydelse?

Den pågældende patient gav konsekvent udtryk for mistillid til sin sociale omverden. Tillid og mistillid er funktionelle ækvivalenter, ved at de er sociale ordensydelser, der reducerer social kompleksitet. Hvor tillid forøger handlemulighederne betragteligt, ved at man leverer et "forsku" af tillid i dobbelt kontingenssituationer, så reducerer mistillid handlemulighederne relativt sammenlignet med tillid. Tillid er baseret på en cirkulær forbindelse mellem intern kalkulation af eksterne betingelser plus en beslutning, der skærer igennem, og selve den kommunikative handling – det andet led i kommunikationen, ytringen (Luhmann, 1987c). Tilstedeværelsen af mistillid som alternativ gør valget mellem tillid og mistillid nemmere, den sidste øger trods alt handlemulighederne (Luhmann, 1968). Hvor tillid er den lettere psykologiske vej, giver mistillid en emotionelt spændt forventningsmodus, der adskiller den fra tillid. Når og hvis absorptionskraften slutter, kan tillid slå om i mistillid. Luhmann skriver, at repertoire ved mistillid går fra at betragte rollepartneren som fjende, der skal bekæmpes til at give afkald på alle behov, der kan afskrives. Kamp- og afkaldsstrategier muliggør en mistroisk livsførelse, som kan se målrational ud inden for de afstukne rammer. Herved kan mistillid blive rutine i en grad, at man taber bevidstheden om, at det er mistillid, man praktiserer ved sine reduktionsstrategier (ibid., p. 93). På baggrund af denne beskrivelse kan man ikke afvise, at patientens paranoia kunne være en social ordensydelse. Den kunne gælde for forskellige typer mennesker, der omgås ekstremt påholdende med penge, eller som af forskellige grunde kæmper en (retfærdig) kamp mod myndighederne. Men alligevel: Patienten ydede konstant selektionsforstærkende operationer og tilsvarende negative selektioner helt generelt af alle de aspekter, som ikke passede til hans paranoide idéer. Han må have været involveret i en del konfliktsystemer med al den mistillid, han gav udtryk for, og det blev bekræftet både af ham selv og af andre patienter.

5.11.2. Paranoia

Alle de nedenfor citerede forfattere er enige om, at de væsentlige elementer er mistillid, og at den paranoide oplever andre mennesker som ondsindede som led i en række fastlåste idéer om blive forfulgt (Arieti, 1974, pp. 675-685; Hausgjerd, 1990, 148-161; Mors et al. (red.), 2017; Poulsen (red.), 2010 (red.), pp. 248-249; Ruf, 2005, pp. 259-273; Simonsen & Møhl (red.), 2010, pp. 320-325; 2017). Liv Strand (2016) skriver, at forfølgelsesidéerne let skaber udstødning og dermed en endnu større begrundelse for at holde fast i idéerne om forfølgelse (ibid., p. 115). Ruf (2005) bekræfter, når han skriver, at de paranoide skaber en omverden, som bekræfter denne antagelse, idet de med deres adfærd foranlediger ærgrelse og tilbagetrækning (ibid., p. 263). Han skriver videre, at mistro står i forgrunden, forbundet med den ramtes tendens til at fortolke andres neutrale eller venlige handlinger som fjendtlige eller ondsindede (ibid., p. 259). De citerede forfattere er alle enige om, at behandling er yderst vanskelig, da behandleren risikerer at blive en del af forfølgessyndromet. De fleste af de citerede forfattere er enige om, at det er en typisk mandlig lidelse, jeg bruger derfor det personlige pronomen i hankøn i det følgende. I sin redegørelse for den psykodynamiske mekanisme bag forfølgelsesidéerne skriver Arieti, at de bygger på et ønske om hævn over undertrykkeren. Patienten skifter sit had fra den oprindelige undertrykker, som gjorde hans liv uudholdeligt, til imaginære personer i nutiden. Den projektive rekonstruktion er båret af en dyb skyldfølelse og indebærer et ønske om selvafstraffelse. Patienten må endvidere demonstrere, at forfølgelsesidéerne har basis i fakta (Arieti, 1974, pp. 677-679). Løchen (1976) citerer en psykiater, når han skriver om paranoide patienter: ”Problemet med disse paranoikere er, at det jo er helt umuligt at afgøre, hvornår de har ret, og lidt ret har de altid” (ibid., p. 56) – det er en vigtig pointe, man kan ikke uden videre afskrive alle udsagn som fri fantasi. Patientens mistillid eller hans paranoide syndrom var samtidig, ifølge Myers & Roberts (1959), en typisk psykisk sygdom for arbejder- og underklassen, hvor de følte sig udnyttet og udviklede en overdrevet form for deres sædvanlige mistænksomhed (ibid., pp. 226-231). Hausgjerd (1990) skriver, at patienten demonstrerer realitetsbrist i en intens følelse af at blive modarbejdet, truet eller trakasseret (ibid., p. 149). Her er tale om langvarige, ikkeforbigående tilstande, hvor symptomdannelsen er forskubbet fra sit oprindelige fokus, og hvor indbildte opfattelser af andre menneskers intentioner giver sig udtryk i mistænksomhed og fjendtlighed (ibid., pp. 150-153). Hausgjerd mener, at det altid er massiv krænkelser af selvrespekten, der ligger bag, men at krænkelserne hverken leder til

vrede eller sorg, de ville begge resultere i et rensset sely, men til bitterhed (ibid., pp. 154-156).

5.12. Patienterne som ”ustabile” og den uklare patientrolle

Jeg præsenterer her nogle observationer, som jeg umiddelbart forstod som svingende i kontakten for nogle patienters vedkommende – hvor de svingede mellem ekstrem tilbagetrukkethed og kontaktafvisning, som i de to første hændelser, hvor det sidste drejede sig om en patient, der snarere var noget manisk. Her kommer et par hændelser:

En patient i Kvadratets dagcenter, Marianne, som sad ved siden af mig, og som jeg havde haft en livlig snak med første gang, jeg var der, hilste knap nok på mig. Hun virkede sky, reserveret og ikke indstillet på kontakt (Feltnoter, 16.8.1989). Sofie kom ind i Kvadratets dagcenter og satte sig ved Hannes bord. Hun så sky ud og var svær at kontakte. Hun så ikke på mig, da hun sagde ”dav”, selvom jeg tidligere havde haft en god kontakt med hende (Feltnoter, 29.12.1989). En patient på Cirkelns dagcenter, som jeg tidligere havde haft en god og rolig kontakt med, hilste dårligt nok på mig. Hun virkede lidt manisk, grinede, da hun gik rundt og slog til en lampe, så den gyngede (Feltnoter, 16.3.1991).

Senere i analyseprocessen fandt jeg ud af, at patienterne står i skæringspunktet for forskellige forventninger. Har det, jeg umiddelbart oplevede som svingninger i kontakten, forbindelse til den uklare patientrolle, hvor patienterne ikke har faste kriterier for, hvordan de skal forholde sig i forskellige situationer, og for, hvordan de bliver psykosocialt velfungerende igen? Eller hænger min oplevede kontaktsvingning sammen med den identitetsforvirring, som diagnosen giver anledning til? Eller til den mangefacetterede rolle, hvor de både er passive og aktive patienter, som Parsons (1951a, pp. 439-443) beskriver den generelle syge- eller patientrolle, og hvor de samtidig er underordnede i relation til lægen, her personalet på dagcentrene? Løchen (1976) skriver, at patienterne har tre forskellige slags forventninger rettet mod sig i en uklar patientrolle, og redegør for de modsætningsfyldte skift mellem den passive og den aktive patientrolle. Den tredje forventning går på underkastelse i relation til personalet som indlagt, altså

en upersonlig rolle. Patienten er kun helt passiv, når hun modtager et psykoaktivt medikament – det kan klart afgrænses og tager ikke moralsk stilling til patienten. Patienterne kan mærke, om medikamenterne virker eller ej, og om der er bivirkninger. Behandlingen er klart rettet mod en kropslig tilstand. De miljøterapeutiske interventioner var meget mere omfattende og uklare. På den ene side kunne teammedlemmerne legitimt interessere sig for alle sider af patientens personlighed, rollen kunne derved blive grænseløs. Patienten var patient i alle situationer, og alt, som foregik, var terapi. Det kunne være provokerende for patienten, som kunne opleve, at personalet vidste alt om hende, herunder hendes svage punkter. Og hvorfor skulle daglige aktiviteter som opvask og oprydning være terapeutiske i dagcentrene, når de ikke havde samme status derhjemme? På den anden side kunne patienterne ikke klart definere konkrete virkninger af miljøterapien og forholde sig til, hvad de skulle gøre for at få det bedre. Patienterne kunne på vej mod bedring opleve svingninger mellem opstemthed og nedslåenhed og blive urolige og tvivlende (ibid., pp. 170-177). En patient på Kvadratets dagcenter spurgte prøvende: ”Er vi her, fordi vi er psykisk knækkede?” Patienten var åbenbart ikke klar over grunden til sin tilstedeværelse på dagcentret som patient, på trods af sit eget spørgsmål om at være ”psykisk knækket”. Her kommer en ytring fra et interview med en patient i Kvadratets dagcenter: ”Jeg savnede i starten vejledning omkring det at være patient, og hvilke muligheder man har. Jeg havde unødvendige spekulationer om, hvordan jeg skulle forholde mig til de andre patienter og til personalet [...] det var forvirrende de første to måneder, at der ingen klar holdning var til måden at gribe tingene an på, jeg oplevede, at patienterne blev behandlet forskelligt”. Løchen (1976) gør yderligere rede for uklarhederne og skriver, at patienterne ikke ved, hvad der virker, og spørger, om bedringen kommer af sig selv (ibid., pp. 170-172). Han efterlyser også en effektiv sondring mellem terapeutisk relevante og terapeutisk irrelevante tolkninger (ibid., p. 214). Interventioner rettet mod patienterne kunne virke efter hensigten, delvist virke eller ikke virke, de skulle alle igennem patientens bifurkation til accept, delvis accept eller afvisning (Luhmann, 1984, pp. 203-207; 1987c, p. 116; 1997, pp. 227-237; 2002a, pp. 303-306). Den tredje forventning som underordnet til personale og teammedlemmer blev aktuel til undervisningssessioner og husmøder, som jeg kunne observere på begge dagcentre. Her blev patienterne opfordret til at optræde offentligt i grupper og til at snakke frit om deres problemer – mens både andre patienter og måske overordnede personalemedlemmer hørte på og kommenterede. Løchen (1976)

skriver, at denne form for deltagelse i et behandlingssystem er unik for psykiatriske patienter, og at de sociale censurmekanismer var åbenlyse. For patienterne kunne det samtidig være en opløsning af skellet mellem offentlig og privat – som de måske ikke accepterede fuldt ud (ibid., p. 172)¹¹⁹.

Jeg har kombineret redegørelsen af den uklare patientrolle og det, jeg umiddelbart oplevede som patienternes manglende stabilitet i kontakten, for at illustrere pointen om, at patienterne kan være genstand for multiple, krydsende forventninger. Ringer (2013) har nogle betragtninger om det, hun kalder ”The Instability Discourse” (ibid., pp. 152-155). Her beskriver Ringer en situation fra en supervisionsseance. En sygeplejerske klager over, at en patient har afvist hende. Supervisoren begyndte at spørge ind til konteksten og til relationen mellem de to involverede, men opgav undervejs og konkluderede i stedet, at folk med psykisk sygdom svinger en del, de er meget ustabile, og vi (personalet) er meget stabile. Grunden bliver som i dette tilfælde altid lokaliseret inden i patienten i overensstemmelse med den overvejende biologiske model, som psykiatrien arbejder ud fra (ibid., p. 160) – hændelsen viser, at Løchens (1976) diagnostiske kultur stadigvæk lever i bedste velgående (ibid., pp. 211-232). De psykisk syge er per definition uden for kontekst, ustabile og uforudsigelige, de udelukkes fra det normale felt, og diskursen om ustabilitet bliver for personalet et bekvemt instrument til at undgå ansvar – jf. den pågældende supervisor. Det er forhåbentlig ikke alle supervisorer, der udtrykker sig lige så kategorisk som i citatet ovenfor. Luhmanns tidsdimension angiver samfund i konstant bevægelse, og tilsvarende er hverken ”ustabile” patienter eller såkaldt stabile personalemedlemmer hhv. ”ustabile” eller ”stabile” uforanderligt gennem hele livet. Skønmæssigt står minimum 10 % af den danske befolkning til en diagnose for psykisk sygdom på et tidspunkt i deres liv. Man kan med Topor (2001, pp. 127-128) se ”normalitet” som en proces, der kontinuerligt udvikler sig, som Luhmanns tidsdimension også angiver. Topor ser normalitet på linje med recovery, som heller ikke kan ses som en tilstand, men som en proces i tidsdimensionen. Her støtter han sig til Deegan, som skriver, at alle kan få et psykisk sammenbrud. Hvis det medfører kontakt til

¹¹⁹ Løchen (1976) anfører senere nogle historiske bemærkninger om oprindelsen til de ideelle roller, som patienterne kunne have svært ved at tilpasse sig. Når den psykiatriske patient for det første modtager medicinsk behandling, svarer det til lægens mandat, for det andet, når hun skal behandles som ”person”, foregår det efter idealer fra psykoanalysen, psykoterapi og det terapeutiske samfund. For det tredje, når den psykiatriske patient betragtes som ”indlagt”, er det en realitet i det medicinske system, som patienten så nogenlunde retter sig efter (ibid., pp. 184-186).

det psykiatriske behandlingssystem, vil senere kontakter med psykisk sammenbrud blive betegnet som ”tilbagefald” – som et tegn på ”sygdommens” kroniske karakter, i lighed med fx diabetes (Deegan, 1993). Det vil så være en falsk lighed, al den stund ”sygdommen” her udtrykker sig som en psykosocial forstyrrelse uden en klar identifikation af årsagen – i modsætning til en somatisk sygdom som diabetes.

5.13. ”Psykiatrisk dagligstuesnak”

Det er velkendt blandt både patienter og personale i psykiatriske institutioner, at personalet en gang imellem stopper ”sygdoms snak”¹²⁰. ”Psykiatrisk dagligstuesnak” er en term, der hovedsageligt benyttes af personalet, patienterne skal åbenbart helst ikke tale for meget om ”det negative”, dvs. deres psykiske sygdom/psykosociale forstyrrelse. Jeg inkluderer afsnittet om teammedlemmer, der stopper sygdoms snak, i dette kapitel, fordi de, der forlader interaktionssystemerne, kan være de mest psykosenære og dårlige patienter. Teammedlemmernes adfærd kunne i dette tilfælde på den ene side modificere dagcentrenes funktion som fristed. På den anden side var de som personale forpligtede på en omsorgsfunktion (Heinskou og Schjødt, 2010; Hummelvoll, 2013). Man kan så sætte spørgsmålstegn ved, om de to hensyn altid var i balance. Jeg kunne spore en vis aversion hos teammedlemmerne i begge dagcentre mod fænomenet, der omfattede kaffe, smøger, medicin- og symptomsnak. Et teammedlem sagde til et eftermiddagsmøde på Kvadratets dagcenter om en patient, at ”han lugtede ”kronisk””, og en anden refererede til en patients ”skizolugt”. Ved et besøg på Kvadratets dagcenter af en repræsentant for Galebevægelsen refererede hun på et tidspunkt lidt misbilligende til ”[Navn]-gårdens tilstande” – dvs. kaffe, smøger og medicinsnak. Set fra patienternes side kunne teammedlemmernes afbrydelse af interaktionerne om medicin og symptomer virke som utidig indblanding eller som en lettelse, det sidste gjaldt for nogle patienter på Kvadratets dagcenter – eller som noget, der bare hørte med til dagligdagen på dagcentrene. Dag Album (1996) behandler temaet om

¹²⁰ Med deltagelse i Psykiatritopmødet den 4.10.2019 i en dialoggruppediskussion med temaet ”Hvordan sikrer man et godt liv efter/med psykisk sygdom?” fik jeg bekræftet, at det stadigvæk er tilfældet. Her nævnte flere deltagere, at personalet kunne afbryde interaktioner om ”sygdom”.

sygdomssnak for somatiske patienter, han skriver, at det at udveksle informationer om sygdomme danner et uformelt hjælpesystem for patienterne, og stiller spørgsmålet: ”Hvordan ville det være på et sygehus, hvis patientkulturen ikke fandtes?” Patienterne udveksler information om de sygdomme, de hver især lider af, og andre sygdomme af interesse, som medpatienter lider af. Herved øger de forståelsen af, hvad det vil sige at være syg, hvad behandlingen går ud på, hvordan deres sygdom kan passes ind i deres liv, og hvordan livet fremover kan forme sig. Tilsammen giver interaktionerne med de andre patienter den enkelte patient bedre forståelse af og bedre kendskab til sin sygdom. Album kalder patientkulturen, hvor sygdomsinteraktionerne foregår, for en bemestringssituation (ibid., pp. 221-223). Personalet så åbenbart neutralt på sygdomsinteraktionerne, for Album noterer ingen steder, at de bliver afbrudt af personalet. Helt så glat gik det ikke på dagcentrene. Teammedlemmerne så ikke altid med velvilje på ”sygdomssnak” og ”psykiatrisk dagligstuesnak”, og Albums spørgsmål om ”hvis patientkulturen ikke fandtes?” er her åbent – patienterne fik følgelig ikke altid mulighed for at bemestre deres psykiske sygdom ved frie erfaringsinteraktioner med andre patienter. Her kommer en observation fra Cirkelens dagcenter: Jeg observerede en gang, hvor jeg selv var en del af interaktionssystemet, at et teammedlem skred ind og stoppede en ”sygdomssnak”. Den begrundelse, jeg fik efterfølgende, var, at netop de to patienter hidsede hinanden op, når de kom i gang med en interaktion. At dømme efter det antiterapeutiske indhold af den specielle interaktion, var det nok rigtigt (Feltnoter, 13.3.1991).

En del patienter på Kvadratets dagcenter udtrykte ønske om en samtalegruppe, der skulle inkludere patientspecifikke erfaringer, fordi de spontane udvekslingers forløb ofte var afhængigt af omgivelsernes reaktion. Der var enkelte patienter, især på Kvadratets dagcenter, der nærmest flygtede eller lukkede af, når temaet om ”sygdom” blev slået an. På samme dagcenter stoppede teammedlemmerne ikke interaktioner om ”sygdom”, når jeg var der – efter aftale? – men jeg kunne se af patientinterviewene, at de gjorde det jævnlige, når jeg ikke var til stede. William sagde i interviewet: ”Somme tider har personalet det med, at vi ikke må snakke for meget om sygdom i dagcentret, for at skåne nogen. Men det er en stor del af vores liv, ligesom folk snakker om deres arbejde, fordi de går på arbejde. Det betyder meget for mig at have nogen at snakke med, problemet er, at man ikke skal snakke om sygdom hele tiden. Vi kommer somme tider langsomt ind på emnet, sidder og snakker om det, en stille og rolig snak, de andre må så fjerne sig,

hvis de ikke kan holde det ud [...]. Der er ingen lokaler til at fjerne sig, hvis nogen taler om sygdom og andre ikke kan lide at høre det”. Uffes udsagn gik i samme retning, han sagde som svar på et spørgsmål i interviewet om erfaringsudveksling i dagcentret: ”Jeg snakker indbyrdes med de andre patienter om vrangforestillinger [...] nogle blev dårlige af at høre på det, personalet skred ind for at stoppe det – det er rart at få luft af og til”. En tredje patient fra Kvadratets dagcenter sagde: ”Det er en form for tryghed i dagcentret, vi udveksler erfaring, jeg får større kendskab til psykosen. Det er det eneste sted, hvor man åbent kan snakke om det, og det er naturligt at snakke om det her. Jeg lukker munden uden for dagcentret”. Begge de to første patienter refererer til andre patienter, der dels ikke kunne holde det ud og dels blev dårlige af at høre på det. Det kan have været nogle af de mere eller mindre psykotiske patienter eller i hvert fald nogle ”porøse” patienter, der havde en dårlig periode og derfor ikke kunne holde ud at høre andre patienter snakke om sygdom. Det er helt legitimt, men hvad med de andre patienter, der gerne ville have fortsat interaktionstemaet? Hvis patienterne nu optrådte ansvarligt ved at snakke om ”sygdom” og derved skabte et ”uformelt hjælpesystem”, som Album (1996, pp. 221-223) kalder det? Det kunne de ikke, når personalet afbrød dem og stoppede udvekslingerne. De benyttede i hvert fald deres status som overordnede til at stoppe patienternes interaktion – og patienterne rettede sig som regel efter instruksen. Teammedlemmerne havde ligesom patienterne en dobbeltrolle: en forpligtelse til at vise omsorg og til at beskytte patienterne på den ene side, og på den anden side at opfordre dem til at vise ansvar (Heinskou & Schjødt, 2010, pp. 627-644; Hummelvoll, 2013, pp. 589-633). Det var også en dobbeltrolle, der konstituerede sygerollen, ifølge Parsons (1951a, pp. 439-443), og som accentueredes ved psykisk sygdom. Her kom den i spil for det psykiske system, hvor patienternes tilstand kunne appellere til omsorg, men hvor de på den anden side havde mulighed for at optræde ansvarligt. At dømme efter interviewnoterne hilste nogle patienter teammedlemmernes initiativ velkomment, alternativt fjernede de sig frivilligt fra interaktionssystemet – herunder de patienter, der ”blev dårlige af at høre på det”. Andre patienter stillede sig uforstående – som det fremgik af de tre citerede interviews.

Dagcentrene skulle ellers være det sted, hvor patienterne kunne tale frit om deres psykiske sygdom, som den sidste patient gjorde opmærksom på. Uden for dagcentrene i majoritetssamfundet var det ikke altid muligt, det ville have afstedkommet mere end løftede øjenbryn, hvis en patient begyndte at tale om sine

”syn” (visuelle hallucinationer) eller stemmer i ikkespecialiserede sammenhænge. Luhmann (1984) beskriver i *Sociale Systemer* den afstand, der historisk set har udviklet sig mellem det moderne samfund og de højt specialiserede organisationer, som dagcentrene er en del af (ibid., pp. 551-592; 1987a). De beskrevne fænomener udgjorde en begrænsning for fristedets-funktionen. Alle interaktioner af denne art var sociale ordensydelse, patienterne kunne deltage i interaktionssystemer og gjorde det – bortset fra de patienter, der fjernede sig. Der var udviklende, bearbejdende og bemestringsrelevant potentiale i interaktionerne, men også mekanismer, der kunne fastholde i patientrollen. Det sidste kunne være tilfældet, hvis en gyserhistorie om et ophold på lukket afdeling blev fortalt for effektens skyld eller som adgang til fællesskabet, og når udvekslingerne blev en vanemæssig deltagelse i de faste interaktionstemaer. Dermed kunne deltagelsen og interaktionerne om patientspecifikke erfaringer bidrage til at cementere patientstatus og patienternes institutionelle tilhørsforhold (Goffman, 1961a). Det ville have været en god løsning med formaliserede interaktionssystemer med patientspecifikke erfaringer som tema, som på Cirkelns dagcenter – den gruppe var så kun for mandlige patienter. En del tyder på, at patienterne på Kvadratets dagcenter så personalets tilstedeværelse som en garanti for, at symptomudtryk blev holdt under kontrol, og at kommunikationen ikke løb af sporet. Man kan så stille spørgsmålet, om der lå en infantilisering af patienterne bag, når teammedlemmerne – mere eller mindre berettiget – afbrød en interaktion om ”sygdom” (Barrett, 1996; Goffman, 1961a; Jacobsen, 2006; Sundin, 1974; Szasz, 1961).

5.14. Opsamling

Jeg har struktureret kapitlet i relation til arten af patienternes psykosociale forstyrrelser. Når de som udgangspunkt udviste store forstyrrelser, kunne patienterne ikke gøre sig forståelige, set enkeltvis havde deres ytringer mest kommunikativ værdi for personale, der var uddannet til at interagere med dem på det symbolske plan. Disse sociale uordensydelse præger de psykiatriske institutioners funktion. I kapitlet har jeg præsenteret uforståelige ytringer fra patienter i psykotiske og nærpsykotiske tilstande som sociale uordensydelse. Til sammenligning har jeg anført forståelige ytringer fra patienter, når de blev fremsat

som sociale ordensydelse om de samme fænomener. Der var stor forskel på de to dagcentre, som jeg forbinder med deres placering i hhv. et kommunalt distrikt med kommunens højeste socioøkonomiske status, Kvadratet, og det andet, Cirklen, i et distrikt med lav socioøkonomisk status. På Kvadratet havde patienterne en afvisende holdning til medpatienters udtryk for psykosociale forstyrrelser, på Cirklen var patienterne mere tolerante, men de havde alligevel grænser, som beskrevet. De mest almindelige hallucinationer ved funktionelle psykoser er de auditive (Simonsen & Møhl (red.), 2017, pp. 1009-1010). Jeg anfører flere hændelser med stemmer. Det samme gælder for visuelle hallucinationer. Ingen af delene kan valideres konsensuelt (Arieti, 1974, p. 215). Gennem kapitlet tematiserer jeg hhv. et psykotisk udbrud med vrangforestillinger, proxemics-forstyrrelser, psykotiske talestrømme, smerte, lidelse og forpint, selvdestruktive handlinger og kommunikationen omkring dem, de dårlige og de tavse patienter, bizar adfærd og kommunikation, brud på basisforventninger i relation til personlig hygiejne, omgang med mad og påklædning. Dertil beskriver jeg en patient og hans klager, mest på basis af et interview med ham, men inddrager ligeledes feltnoter. Klagerne kan ses som udtryk for en systematisk mistillid til den sociale omverden, i en grad, så det her udmønter sig i paranoia. Sidst i kapitlet beskriver jeg det, som jeg først oplevede som svingninger i kontakten med patienter – som forbundet med den uklare rolle, patienterne må takle på dagcentrene. De er ingenlunde altid ”ustabile”, som en supervisor fra Ringers (2013) fremstilling vil gøre dem til, ej heller er personalet altid ”stabilt” (ibid., pp. 152-155). Topor (2001) beskriver ”normalitet” på linje med recovery, som heller ikke kan ses som en tilstand, men som en proces (ibid., pp. 127-128). Jeg slutter kapitlet med ”psykiatrisk dagligstuesnak”, hvor personalet ser det som deres opgave at stoppe udveksling af det hjælpesystem, som de mest robuste patienter forsøger at etablere. Det er der forskellige holdninger til hos patienterne, det er ikke alle, der kan tåle det. I forbindelse med Sofies udbrud tematiserer jeg personalets moralske bedømmelser. Der er et hierarkisk system i psykiatriske institutioner, hvor personalegrupper med høj status tenderer til at opfatte patienternes udtryk for psykosociale forstyrrelser ”symptomatisk”. Hvor personale med lav status, som fx plejere i dansk psykiatri, og ”prosumers” hos Dobransky (2014), tenderer til at fremsætte ”sund fornuft”-vurderinger og dermed give udtryk for, at patienterne har frihed til at vælge deres udtryk. Er det tilfældet?

Overgangen til næste kapitel beror i høj grad på et skøn fra min side, al den stund jeg ikke har klare kriterier for, i hvilken grad patienterne er

funktionsdygtige, dvs. om de overvejende leverer sociale (u)ordensydelser – der er mange mellemformer. Jeg observerede psykotiske ytringer blandet med sociale ordensydelser. Det afgørende var, om patienterne kunne gøre sig tilstrækkeligt forståelige til at indgå i interaktionssystemer. Mange af patienterne har bevæget sig fra psykotiske ytringer uden individuel kommunikativ værdi (Rowland, 1938, pp. 334-335) til overvejende sociale ordensydelser.

Kapitel 6:

Patienter med mindre kommunikationsforstyrrelser

I dette kapitel har patienterne tilstrækkeligt modificerede former for psykosociale forstyrrelser til, at de kan gøre sig forståelige nok til at indgå i interaktionssystemer. De er nogenlunde i kontakt med reflektiv perception (Luhmann, 1984, pp. 560-566) og med de reflektive forventningsstrukturer (Luhmann, 1984, pp. 411-417) – med enkelte undtagelser i perioder i interaktionssystemerne. Enkeltstående vrangforestillinger har begrænset kommunikativ værdi, men det lykkes alligevel for patienter at indgå i interaktionssystemer. Til en begyndelse fremstiller jeg nogle enkeltstående vrangforestillinger samt en patient med kraftig angst i rå form. Derefter tager jeg et tema op, som jeg jævnligt mødte på begge dagcentre, nemlig inddelingen af verden i godt og ondt, her kan patienterne ubesværet knytte an til den samme modsætning i kristendommens historie. Jeg beskriver først fire hændelser, der viser det gode og det onde som sociale uordensydelse, der efter alt at dømme bunder i tidlige skader, hvor patienterne ikke har kunnet integrere deres indre objektrelationer på stabil vis (Hausgjerd, 1985, pp. 159-161; Killingmo, 1988, pp. 69-70). Bagefter beskriver jeg to hændelser på det gode og det onde som sociale ordensydelse og trækker en parallel til Geertz (1983) og Albums (1996) ”erfaringsnære begreber”. I afsnittet om tvangsfænomener præsenterer og diskuterer jeg det obsessive-compulsive disorder-syndrom, ludomani og spiseforstyrrelser. Jeg diskuterer dernæst det udbredte misbrug i Cirkelns distrikt med lav socioøkonomisk status, hvor også en del af patienterne var misbrugere. I den forbindelse sætter jeg spørgsmålstegn ved det psykiatriske personales holdning til patienter med lav socioøkonomisk status og spørger, om der er en forbindelse til Bernsteins (1964; 1974) to sprogekoder. De tre afsnit om hhv. ”ansvar, ambivalens og eksponering”, ”diskontinuitet” og ”lille klaus og store klaus”

handler om undgåelse. Det første hovedsageligt om undgåelse af ansvar, det andet hovedsageligt om undgåelse af "forpligtende" kommunikation, og det sidste om undgåelse af angstskabende situationer. Der kan også være et element af kedsomhed involveret i diskontinuiteten. "Kedsomhed" bliver temaet for det følgende afsnit; på Cirkelns dagcenter forløb diskussionen om kedsomhed ikke uden dramatik. Derefter afsnit om de "porøse patienter" og om "de svages forsvar" og til sidst en beskrivelse af julefrokosten og forberedelserne til den på Cirkelns dagcenter.

6.1. Enkeltstående vrangforestillinger

Her kan patienterne gøre sig tilstrækkeligt forståelige i hverdagssemantik til at deltage i interaktionssystemer. Rowland (1938) skriver, at vrangforestillinger står i modsætning til social interaktion (ibid., 334-335), men her var deres indflydelse begrænset af kontakt med refleksiv perception og med refleksive forventninger. Arieti (1974) skriver tilsvarende, at både de enkeltstående vrangforestillinger og forestillinger om selvreference er svagere symptomer end hallucinationer, både auditive og visuelle (ibid., p. 577). Hausgjerd (1985) skriver, at vrangforestillingernes funktion er at holde noget af realitetskontakten på afstand (ibid., pp. 103-106). Han skriver også, at de psykotiske symptomer er en beskyttelse mod noget, der er endnu mere uudholdeligt (Hausgjerd, 1985, p. 290), vrangforestillinger kan ligeledes være en angstreduktion, men knap så omfattende, den drejer sig "kun" om afgrænsede områder hos en patient. I de følgende hændelser var patienterne i stand til at indgå i interaktionssystemer. Derimod kunne deres vrangforestillinger ikke valideres konsensuelt, som Arieti (1974, p. 215) skriver. Angstreduktionen kan her manifestere sig ved, at patienterne bruger konkretisering (Arieti, 1974, p. 578), "tankefjernende piller" og "Jesus" for Beate, et gardin for Jane, en atombombe i Israel for Bitten, en avisartikel for Charlotte og "bippere" for Robert. Så angsten bliver om ikke "brugbar", så i det mindste til at leve med til daglig. Den giver dog problemer, når de kommunikerer den. Der bliver forstyrrelser i sagsdimensionen og somme tider i socialdimensionen, men tidsdimensionen kan være mere eller mindre intakt, som i de følgende fem tilfælde.

6.1.1. ”Tankefjernende” piller og Jesus

I caféen i Kvadratets dagcenter sad jeg ved bord med Beate, Maria, Bent og Lone.

Beate spurgte, om jeg ville hjælpe hende. Jeg ville vide med hvad, Beate svarede: ”Jeg skal have nogle piller, der kan fjerne mine tanker”. Jeg svarede, at det kunne jeg ikke hjælpe hende med, og rådede hende til at tale med sin primærbehandler om det. Efter lidt småsnak om caféen med de andre tre patienter, og da jeg lidt tilfældigt fik øjenkontakt med Beate, sagde hun pludselig med lidt hævet stemme: ”Du skal ikke være bange, han har talt til alle, der er ingen grund til at skjule det”. Jeg spurgte: ”Hvem?”, hun svarede: ”Jesus”. Lone forlod bordet, og Maria og Bent fik det specielle udtryk på, som om de ikke de ikke var opmærksomme på, hvad Beate havde sagt – og som jeg havde lært at fortolke som frygt og undgåelse over et nærpsykotisk fænomen (Feltnoter, 16.2.1990).

Jeg svarede indirekte ved at henvise Beate til hendes primærbehandler, jeg var deltagerobservatør og som sådan virtuel adressat. På trods af sin nærpsykotiske tilstand konnekterede og synkroniserede Beate med undertegnede, men ikke med de tre andre patienter. Vrangforestillingen havde så heller ikke ret meget kommunikativ værdi. Hendes introduktion af temaet var lidt pludselig, men hun var ikke mere fortabt i sine idéer om piller, der kunne fjerne tanker, og om Jesus, end hun kunne give meningsfulde svar på mine spørgsmål. Jeg registrerede hendes kommunikation om tankefjernende piller og Jesus som nærpsykotisk symptom. Det gjorde de tre andre patienter åbenbart også. Beate leverede en social ordensydelse, ved at hun synkroniserede med undertegnede. I den sidste del af kommunikationen talte hun ud fra sine vrangforestillinger uden afstand – jeg gik ind i refleksiv kommunikation for at finde ud af, hvem hun talte om. Måske skelnede Beate mellem selv- og fremmedreference, måske ikke. Hendes ytringer ville have været et delvist brud på mine basisforventninger, hvis de var forekommet halvandet år tidligere. Men nu havde jeg vænnet mig til, at psykiatriske patienter kunne bryde basisforventninger, og indrettet mine kognitive forventninger derefter. På Bales & Slaters (Parsons & Bales, 1956, p. 267) skala ligger de tre patienter på 10 eller 11 i negative reaktioner, de udviser passiv afvisning og trækker sig tilbage.

6.1.2. ”Gardinerne”

Til en af sessionerne i psykologiundervisningen på Kvadratets dagcenter diskuterede vi autisme, afvisning og angst. På et tidspunkt sagde Jane, at over for psykologer var det, ”som om jeg sidder bag et gardin”. Psykologen formulerede det som ”tilbagetrækningsberedskab”, man trækker sig tilbage fra at have følelser, det vil sige fra at mærke noget overhovedet, at man er usikker på, hvem man er. Et par gange, mens psykologen talte om temaet, vendte en patient, Jane, sig om mod mig.

Første gang spurgte hun, om man kunne komme med klager til mig. Jeg sagde: ”Ja, blandt andet”. Hun sagde: ”Så vil jeg gerne snakke med dig bagefter”. Jeg sagde ok. Lidt senere holdt hun mig fast på det. Da undervisningen var slut, sagde hun, at hun skulle snakke med et af teammedlemmerne først. Jeg gik med op til Åbent Rum bagefter. Gik lidt rundt, satte mig og snakkede med Ida. Jane kom og satte sig bagved og ”trak”. Jeg snakkede lidt videre med Ida, men var meget opmærksom på Janes tilstedeværelse. Jeg rejste mig lidt efter, og gik hen til hende, vi ledte efter et tomt lokale. Der var ikke noget, vi gik ned i Caféen, der var tom, så længe det varede. Jane var synligt nervøs og sagde, at hun var overfølsom over for støj. Hun havde i psykologiundervisningen sagt i forbindelse med ”autistisk”, at hun trak et gardin ned i sig selv, når hun var til samtale med psykologer. Det, hun ville fortælle mig, var, at jeg skulle være opmærksom på én ting: At det var, som om de offentligt ansatte behandlere trak et tæppe ned i den tid, der var til samtale. Det skulle jeg være opmærksom på. Jeg bad hende forklare lidt mere. Hun sagde noget om, at der var afsat tre kvarter, og at det måske var det. Hun havde gået til en psykiater, og det var ligesådan. Madholdet kom ind i Caféen og begyndte at skramle rundt. Jane var synligt påvirket af larmen og af situationen. Jeg spurgte, hvad der skulle til, for at det ville være tilfredsstillende for hende med en samtale. Det vidste hun ikke rigtig. Hun sad og vred sig og kunne ikke være nogen steder. Jeg vidste ikke, om hun råbte på hjælp, eller om hun ville være i fred. Der blev ikke meget mere snak, cirka ti minutter i alt. Jeg sagde, det var godt, at hun fortalte mig det, og at hun kunne komme tilbage til det. Vi gik op i Åbent Rum igen (Feltnoter, 5.10.1989).

I socialdimensionen bad jeg hende uddybe, hvad hun mente, jeg gik ind i refleksiv kommunikation. Hendes vrangforestilling var af begrænset kommunikativ værdi. I tidsdimensionen var der ingen nævneværdige forstyrrelser, hendes bidrag faldt, som de skulle. Derimod var der en forstyrrelse i sagsdimensionen, der inviterede til fortolkning. I socialdimensionen var jeg til stede med min sædvanlige

dobbeltrolle. Jane talte om et gardin, der blev trukket ned i samtaler med offentligt ansatte og psykologer. Var det en vrangforestilling eller en forestilling om selvreference? Jeg mindedes psykologens ”tilbagetrækningsberedskab” og observerede en angst hos Jane, måske angst for at mærke noget, hun sad og ”krampede” lidt. Jeg snakkede senere på dagen med et teammedlem og udtrykte min rådvildhed med hensyn til, hvordan jeg skulle forholde mig til Jane. Teammedlemmet grinede og sagde, at de andre teammedlemmer heller ikke kunne få hende ned på jorden – jeg var ikke helt tilfreds med svaret. Hun fortalte, at Jane går til samtale med en af psykologerne én gang om ugen nu (Feltnoter, 5.10.1989). Den polsk-schweiziske psykolog Alice Miller har skrevet en bog om fænomenet ”ikke at mærke” (Miller, 1981). Den reaktion kunne passe på Jane. Hausgjerd (1985) skriver om tilbagetrækningens selvforstærkende cirkel, at den bunder i et ønske om en uforstyrret, forskelsløs symbiotisk enhed med omgivelserne, hvor det gennemgående tema er en manglende evne til at udholde skuffelser (ibid., p. 285). Selv ”moderate” krænkelse kan blive for meget for nogle patienter. Personer med den holdning, som frekventerer psykiatriske institutioner, stilles dagligt over for skuffelser, hvor afstanden mellem det ønskede og deres muligheder er betydelig (ibid., p. 262). Skuffelse skulle, som vi ved fra Luhmann, ideelt føre til normative eller kognitive forventninger i dobbelt kontingenssituationer. En fortolkningsmulighed her er, at patienterne fastholder bestemte forventninger som normative og dermed skuffelsesresistente, hvor forventningerne kan basere sig på egne vrangforestillinger og hallucinationer.

6.1.3. En vrangforestilling og forløbet omkring den

Vi havde lige haft en diskussion til et teammøde om morgenen på Kvadratets dagcenter, om man som teammedlem skulle gå ind i patienternes virkeligheder eller afvise dem.

En patient, Bitten, drillede en anden patient, Anna, med, at hun var spion. Et teammedlem tog det op med Bitten, men hun var ikke korrigerbar. Teammedlemmet fortalte om hændelsen i en personlig interaktion samme dag. Senere på dagen observerede jeg en interaktion mellem teammedlemmet og Bitten, der sad lidt fra mig ved Det store Bord. Bitten sagde, at der var en atombombe i Israel, og at hun vidste, hvor den var. Hun gav udtryk for, at det var et tungt ansvar at bære. Samme teammedlem svarede Bitten, da hun talte om det tunge ansvar, der fulgte med: ”Hvis der er en atombombe, er den nok afmonteret”. Bitten faldt

ned, og teammedlemmet kommenterede efterfølgende: ”Jeg gik ind i det” (Feltnoter, 4.12.1990).

Ellers var holdningen på teammødet, at man ikke skulle bekræfte patienternes vrangforestillinger, men forholde sig neutralt og give udtryk for empati med deres oplevelser. Vrangforestillinger kan, ud over at have ringe kommunikativ værdi, være konfliktskabende, hvis indehaveren insisterer på at kommunikere om dem, som Rowland beskriver det. Luhmann opfatter konflikter som overintegreerede sociale systemer, der begrænser deltagernes handlingsradius. I dette tilfælde drejede det sig om interaktionssystemer. Det var den situation, teammedlemmerne ville undgå. Teammedlemmet gik imod teammødets holdning, men hun var bevidst om, at hun gjorde det. Det så umiddelbart ud som den letteste løsning, og det havde en afslappende effekt på patienten. Bitten havde problemer med at skelne mellem selv- og fremmedreference, men teammedlemmets intervention gav resultat på kort sigt, ”Bitten faldt ned” – det er imidlertid et åbent spørgsmål, hvad resultatet ville være på langt sigt. Måske skulle der mere aktivitet til efterfølgende fra en kontaktperson eller fra en psykoterapeut for at bringe patienten tættere til refleksiv perception og refleksive forventninger.

6.2. Forestillinger om selvreference

Problemer med at skelne mellem selv- og fremmedreference kan give anledning til forestillinger om selvreference.

6.2.1. Charlotte og avisudklippet

Jeg sad ved Det store Bord og spillede kort med en patient, Lone, på Kvadratets dagcenter.

En anden patient, Charlotte, kom og viste mig et avisudklip og sagde, der stod noget om hende i avisen. Hun viste mig udklippet, det var en kort artikel med en beskrivelse af en vordende brud, der en sommermorgen lå i det våde græs og sansede alt omkring sig. Charlotte, der havde vist mig udklippet, sagde, at det passede lige på, hvordan hun somme tider havde det. Men hun havde sagt, at det

var hende, der stod noget om i avisen. Hun virkede halvt klar over, at det ikke var møntet specielt på hende, og samtidig mente hun, at det var det nok alligevel. Lone læste det også og havde hørt Charlottes bidrag. Hun fik travlt med at distancere sig ved at sige, at hun ville have taget sine høretelefoner på, hvis hun havde haft sin walkman med. Charlotte hørte bemærkningen, men reagerede ikke på den (Feltnoter, 11.5.1990).

Lone afviste det, hun hørte, som et udtryk for en psykosocial forstyrrelse. Charlottes forestilling om selvreference havde ikke meget kommunikativ værdi, men den begrænsede hende ikke mere, end hun var i stand til at kommunikere, og jeg synkroniserede med hende. Jeg anerkendte Charlottes empati over for hende, og efter en kort interaktion fortsatte jeg mit kortspil med Lone. Jeg kommenterede ikke hendes – delvise – overbevisning om, at artiklen handlede om hende selv, det kunne have skabt en konflikt. Det ville også have været påtrængende og ude af trit med min diskrete rolle som deltagerobservatør. Charlotte må have været ret overbevist om sin lighed med den vordende brud, hun havde klippet artiklen ud af avisen, rejst sig fra sin stol og kom hen til Lone og mig med en intention om at kommunikere om sit tema. Charlottes kommunikation var normal i tidsdimensionen. Men der var udfald både i sagsdimensionen og i delvist socialdimensionen, her færdedes hun delvist uden for reflektiv perception og uden for reflektive forventninger, men ikke helt, i og med at hun ytrede sig, så meddelelsen blev forstået. I socialdimensionen lykkedes det hende delvist at kommunikere sin forestilling om, at det var hende, avisen havde skrevet noget om – det var en forestilling om selvreference. Charlotte konnekterede på temaet og synkroniserede, men hendes private forestillingsverden var blevet stærk nok til delvist at skubbe den sociale omverden ud. Hun attribuerede dertil ”handling” delvist eksternt, hun troede, at avisen skrev noget, der var tiltænkt hende selv, og skelnede kun delvist mellem selv- og fremmedreference. Hun gav udtryk for en psykosocial forstyrrelse i sagsdimensionen, fordi hun både troede og ikke troede, at artiklen handlede om hende selv. Og i delvist socialdimensionen, fordi hun udtrykte sig forståeligt, jeg forstod meddelelsen og registrerede det som en forestilling om selvreference uden at tage eksplicit afstand, jeg optrådte her i min beskrevne dobbeltrolle. Lone genkendte det som et udtryk for en psykosocial forstyrrelse i overensstemmelse med Horwitz’ (2002) teori om, at mennesker i områder med høj socioøkonomisk status vidste, hvordan symptomer på psykisk sygdom udtrykte sig. Hun forholdt sig afvisende til fænomenet. På Bales & Slaters (Parsons & Bales, pp. 259-306)

skala ville det være 10 eller 11 i negative reaktioner. Patienterne i den næste kommunikative hændelse forholder sig anderledes.

6.2.2. Roberts ”bippere”

Vi sad nogle stykker ved Det tætte Bord på Cirklens dagcenter, Robert, Bøje, Georg, Alice og undertegnede.

Robert pjattede på et tidspunkt med sine selvlysende golfkugler med indbyggede bippere, det havde han også gjort ugen før. Jeg overvejede, om han var paranoid, eller om han tog strøm på os. Men Georg sagde sagte, henvendt til mig, at det var, fordi han var paranoid, det med bipperne, han troede, der var radiosendere alle vegne. Robert nævnte nogle kendte navne, der også spillede med den slags kugler på golfbanen i Dyrehaven, hvor han tidligere havde arbejdet. Bøje sagde, at der havde han også arbejdet, men kommenterede ikke, om der var bippere i golfkuglerne eller ej (Feltnoter, 29.11.1990).

Jeg var som nævnt i tvivl om, hvad Robert mente. Der var to temaer i interaktionssystemet, golfbanen i Dyrehaven og golfkugler med bipperne, det sidste var en vrangforestilling af ringe kommunikativ værdi. Men Georgs bidrag opklarede sagen, han konnekterede på Roberts tema, men konstaterede blot, at han var paranoid, uden at afvise udtrykket. Han gav udtryk for accept ved at konnektere med en ikkemodsigende kommentar. Derefter fortsatte Robert med et bidrag om, at forskellige kendte navne spillede med den slags golfkugler, det vil sige med radiosendere i. Han skelnede ikke klart mellem selv- og fremmedreference i sagsdimensionen. Bøje konnekterede til temaet om golfbanen i Dyrehaven, men ikke til bipperne eller radiosenderne, som var den potentielt konfliktskabende del af temaet – en vrangforestilling – han synkroniserede udelukkende med den konfliktfri del af temaet – og gav udtryk for accept ved at konnektere med en ikkemodsigende kommentar. Det sidste tema, de andre patienters reaktion på Roberts vrangforestilling: Så vidt jeg kunne se, konstaterede de en forstyrrelse i sagsdimensionen, men accepterede ellers tavst forstyrrelsen i socialdimensionen – undtagen Georg, som sikkert kun forklarede mig det, fordi jeg kom udefra og ikke var vant til Roberts vrangforestilling. Alternativt forestiller jeg mig, at det var gået upåtalte hen. De tre patienter accepterede Robert i socialdimensionen – som et fuldgældigt kommunikationsrelevant medlem af ”vennerne”. Luhmann skriver, at det er et af kriterierne for, om en person er

ekskluderet eller inkluderet, når man er kommunikationsrelevant, er man inkluderet (Luhmann, 1994). Jeg ser det som en hændelse, der bekræfter, at patientfællesskabet vægtede højere end en enkelt vrangforestilling. De tilstedeværende patienter og andre patienter har formodentlig været i byen med Robert mange gange og har intentioner om at fortsætte med det. De startede ikke en konflikt ved at modsige hans vrangforestilling – bortset fra Georgs lavmælte kommentar til undertegnede – når de stadigvæk gerne ville have ham til at blive ved med at deltage i patientfællesskabet, i dagcentret eller andre steder. Bøje konnekterede til temaet om golfbanen i Dyrehaven, og interaktionen fortsatte fredeligt.

Rowland (1938) beskriver en gruppe tilbagetrukne patienter, der har udviklet konfliktundgåelse efter dårlige erfaringer med at tematisere deres vrangforestillinger (ibid., pp. 333-335). I dette tilfælde kan man ikke betegne Robert som "tilbagetrukket", men han har formodentlig haft dårlige erfaringer med at give udtryk for sin vrangforestilling på et tidligt tidspunkt. I den situation var han blevet afviger i relation til de interaktionssystemer, han har deltaget i, og de andre deltagere har formodentlig forsøgt at få ham til at opgive vrangforestillingen, dvs. "afvigelsen" (Festinger et al., 1950, pp. 101-103, pp. 172-174; Sherif & Sherif, 1956, pp. 242-245; Sjølund, 1965, pp. 75-77). Men det aktuelle interaktionssystem havde givet op, da de fik erfaring for, at Robert fremturede, og reagerede nu blot med konfliktundgåelse ved ikke at tematisere vrangforestillingen. Her var det ikke indehaveren af vrangforestillingen, der undgik konflikten, modsat i Rowlands eksempler, men derimod interaktionsgruppen, der valgte at se bort fra vrangforestillingens mangel på kommunikativ værdi. Strand (2016) taler om en afgrænset paranoid problematik hos en ellers velfungerende person (ibid., p. 115). Goffman (1961a) og Album (1996) omtaler den type aktivitet som socialt reparationsarbejde (ibid., pp. 71-73). Man kan ligeledes fortolke (vrang)forestillingen om at blive overvåget konstant som et sammensværgelsessyndrom, som ifølge Myers & Roberts (1959) skal være typisk for arbejder- og underklassen. Holdningen var samtidig en hændelse, der viste, at patienterne på Cirkelns dagcenter var mere taktfulde end patienterne på Kvadratets dagcenter – de sidste tenderede til at tage kontant afstand fra de patienter, der gav udtryk for psykosociale forstyrrelser. Som ved den ovennævnte hændelse og ved mange andre hændelser gik patienterne på Cirkelns dagcenter med en medpatients selvagtelse i stedet for imod den i interaktionssystemer (Luhmann, 1987b). På Bales & Slaters (Parson & Bales,

1956, pp. 259-306) skala ville de andre patienters reaktion ligge på 2 eller 3 under positive reaktioner.

6.3. Fravær af vrangforestillinger – en patient og hendes angst

Til morgenmødet på Kvadratets dagcenter havde teammedlemmerne sagt, at en patient ville komme på besøg fra stamafdelingen i dag, som overgang til, at hun skulle udskrives.

Senere samme dag så jeg hende først i gangen fra kontoret og blev chokeret, hun var fuldstændig stenet af medicin, havde langsomme bevægelser og reaktioner. Hun var nærmest plyset, håret var dog lidt længere i nakken. Ved Det store Bord henholdsvis satte og rejste hun sig og gik lidt rundt. Hendes udtryk og krampagtige bevægelser var ikke så voldsomme som tidligere. Til gengæld virkede hun svære at komme i kontakt med. Jeg var ret opmærksom på hende i tidsrummet, hvor jeg sad sammen med hende og Ninna, som sad ved bordet med sin avis. Jeg snakkede først lidt med Ninna om de aktuelle avisoverskrifter. Patienten satte sig ved siden af mig, faldt sammen og så meget ked ud af det. Ninna, som sad inden for hørevidde, så ud, som om hun var noget usikker på situationen, og passede sin avis. Jeg henvendte mig til patienten: ”Du ser ked ud af det, kan jeg hjælpe dig?”, hun svarede: ”Nej”, jeg spurgte: ”Du skal snart udskrives?” Patienten svarede: ”Ja, til hvad, til min egen angst?” Hun sagde noget om, at hun fik for meget medicin, jeg foreslog, at hun snakkede med en af Kvadratets psykiatere om det (Feltnoter, 21.1.1991).

Det var en social ordensydelse, at patienten selv kunne formulere sit problem på trods af (over)medicineringen. Her så det ikke ud til, at patienten på nogen måde havde forsøgt at konkretisere eller reducere angsten (Arieti, 1974, pp. 576-580), hun tog den frontalt ind uden spor af vrangforestillinger eller undgåelse. Ninnas usikkerhed ved situationen fik hende til at koncentrere sig om avisen, hun konnekterede ikke. Temaets kommunikative værdi var så også begrænset for en medpatient, der havde egne problemer at tage stilling til.

6.4. Det gode og det onde som sociale uordensydelser

De store temaer om liv og død, det gode og det onde og om at være rask og syg var aldrig langt væk på de to dagcentre. Modsætningen mellem det gode og det onde går som en rød tråd gennem hele vores kristne kultur. Temaet om det gode og det onde er nært knyttet til den polariserede oplevelse af den sociale omverden eller af selvet. Det specielle i denne kontekst er, at det finder sted i psykiatriske institutioner, hvor patienterne ofte har selvoplevede erfaringer med det gode og det onde, både i deres biografi og fra deres psykosociale forstyrrelser (Arieti, 1974; Cullberg, 2004; Crafoord, 1994; Hausgjerd, 1985; 1990; Mors et al. (red.), 2017; Poulsen (red.), 2010; Simonsen & Møhl (red.), 2010; 2017). Luhmann (1993) gør opmærksom på at ”fundamentalismer er underkomplekse” (ibid., p. 24). Det samme kan man sige om denne beslægtede – polariserede – oplevelse af omverdenen. Når en patient kalder et teammedlem for ”led”, er det et udtryk, det vil være nærliggende at fortolke som ”ond”. Der er moralske aspekter i temaerne i form af respekt som knyttet til det gode, og ringeagt som knyttet til det onde (Luhmann, 1978a).

6.4.1. ”Det onde” i et interaktionssystem

Ved et besøg på Cirkelns dagcenter observerede jeg, at et interaktionssystem kan forløbe ”normalt”, selvom patienterne i dette tilfælde blandede deres bidrag til temaet med vrangforestillinger.

Der var fuldt hus ved Morgenmadsmødet på Cirkelns dagcenter, jeg sad ved bord med Dora, Laura og Doris, som så dårlig ud. Hun sad og grisede med maden i en sort, hullet kjole. Laura sad overfor, og jeg havde dårligt sat mig, før hun spurgte, hvad det var for en undersøgelse, jeg lavede. Jeg forklarede kortfattet. Laura begyndte skiftevis med Doris at fortælle om et nyligt ophold på en lukket sektion på stamafdelingen. Doris havde også lige været indlagt på stamafdelingen, men på en sektion for alkoholikere. Hun var kommet ud og hjem, og så var hendes kæreste der ikke. Hun græd, jeg trøstede og sagde, han kom jo hjem i aften. Laura var vred, nogle af plejerne var onde mennesker, der glædede sig over, at andre havde det dårligt. De raslede med nøglerne på en betydningsfuld måde. Der var også nogle af dem, hun godt kunne lide og havde snakket med. Men opholdet havde været slemt. Hun havde hørt plejerne sidde inde på kontoret og planlægge, de ville overfalde hende. Og hun havde set en kvindelig plejer sidde og se en krimi i

fjernsynet, se sadistisk ud og trække overlæben op over tænderne – Laura efterlignede mimikken – da der var en, der blev slået ihjel. Indimellem var Doris på banen med erfaringer fra opholdet. ”Der var nogle af plejerne, der gik i seng med mig”, sagde hun. Og der havde været nogle fulde alkoholikere, der bare havde grinet af hende og mobbet hende. Et af teammedlemmerne tyssede på os. Jeg var lidt klemt mellem Laura og Doris og kom skiftevis med reaktioner, uden at bekræfte deres paranoide forestillinger, og med svar a la ”Det kan jeg ikke tage stilling til, jeg var der ikke”. Laura snakkede videre om lukket afdeling. Den tredje tilstedeværende patient, Dora, rejste sig fra bordet sammen med de andre efter mødet, hun havde ikke reageret negativt på de to fortællinger, men hun havde muligvis fulgt med i mødet og ikke været opmærksom på deres interaktion hele tiden (Feltnoter, 13.3.1991).

De to patienter indgik i et interaktionssystem, der ville have været normalt, hvis det ikke var for den fremtrædende rolle, deres vrangforestillinger spillede i det. Lauras tema om, hvordan plejerne planlagde at overfalde hende, og gav efterfølgende en beskrivelse og efterligning af den kvindelige plejer, der så sadistisk ud, da hun så et mord i fjernsynet. Ligeledes Doris’ påstand om, at nogle plejere gik i seng med hende, det var ikke sandsynligt. Interaktionssystemet var præget af midlertidige sociale uordensydelse i sagsdimensionen i form af de udtrykte vrangforestillinger, som er udtryk for psykosociale forstyrrelser. Når de udtrykte vrangforestillingerne, skelnede de to patienter ikke mellem selv- og fremmedreference. I både tids- og socialdimensionerne var interaktionen sociale ordensydelse, hvor de kommunikerede efter regelværket i et interaktionssystem. I dette tilfælde havde vrangforestillingerne imidlertid kommunikativ værdi for interaktionspartneren, da hun selv tilbød egne vrangforestillinger som kommunikationspræmis, som partneren kunne knytte an til og valgte at gøre det. Rubington (1972) beskriver antiterapeutiske grupperinger på en psykiatrisk hospitalsafdeling. De skaber disjunktive relationer med normer og værdier, der fungerer modsatrettet af miljøterapiens retningslinjer. Han skriver, at paranoide patienter danner basis for antiterapeutiske klikker i en afdeling – in casu i et dagcenter. Bevægelse fra en antiterapeutisk gruppe til en gruppe med terapeutiske værdier kan tages som indikator på forbedring i en patients mentale status og som en justering til interpersonelle relationer (ibid., pp. 287-288). De to patienters vrangforestillinger centrerede sig om forfølgelsesidéer – og de havde ingen afstand til dem, men talte ud fra dem. Endvidere kom vrangforestillingerne i spil med udgangspunkt i en polariseret opfattelse af omverdenen, her det onde, hvor det

gode ikke umiddelbart kom ind i billedet. Hausgjerd (1985) taler om en ”byttehandel med afspaltede fantasier”, det kunne godt passe på de to patienters interaktionssystem (ibid., p. 183). Begge patienter knyttede symbolsk an til de kulturelle modsætninger mellem godt og ondt, der er lige ved hånden i en kristen kultur.

6.4.2. Det onde øje og det gode øje

Ved et besøg i Kvadratets dagcenter blev jeg opmærksom på en patient, der sad og arbejdede med en figur i ler.

I Åbent Rum satte jeg mig hen til en patient, Mikkel, for at se på den lerfigur, han havde siddet og lavet. Jeg spurgte, hvad det var. Han sagde, det var et træ, der var en stor gren på den ene side, jeg spurgte, hvad det var for et træ, og foreslog lidt senere en hængepil og pegede på den nedadvendte gren. Det rykkede lidt i ham, men han gik med på det, og vi gik i enkeltheder med idéerne, han var somme tider lidt længe om at svare. Lidt efter spurgte han: ”Har du forstand på syn?” ”Syn?”, spurgte jeg. ”Ja, jeg ser ondt i det ene øje og godt i det andet”, svarede han. ”Mine eller dine øjne?” spurgte jeg. ”Mine”, svarede han. Han begyndte at stille generelle og svævende spørgsmål om syn og øjne, som jeg havde svært ved at svare på, jeg kunne ikke konnektere med verbaliserede svar, imidlertid synkroniserede jeg ved ytringer, der tilkendegav, at jeg lyttede. Mikkel ville have sine øjne undersøgt, han klagede over synsforstyrrelser i det ene øje og spurgte, om en psykolog kunne hjælpe. Jeg henviste ham til at snakke med sin primærbehandler om sine synsproblemer og om at tale med en psykolog, medmindre han ville til øjenlæge. Det sidste var han ikke interesseret i (Feltnoter, 22.9.1989).

Det var en næsten normal interaktion i den første del om, hvilket træ det drejede sig om i sags- og socialdimensioner, men i tidsdimensionen var han langsom. Da han skiftede tema til øjne og syn, var jeg i tvivl om, hvis syn han talte om, og spurgte, hvis syn det drejede sig om, det var refleksiv kommunikation. Derefter kunne jeg ikke svare meningsfuldt på hans mange svævende udsagn og spørgsmål, dels fordi han talte relativt hurtigt, hvor jeg ikke forstod hele meningen, og jeg kunne heller ikke svare meningsfuldt på de mange spørgsmål, der fulgte med, men jeg lyttede intensivt og markerede det ved ”lytte-lyde”. Mikkel var – momentant i hvert fald – opslugt af sin egen private forestillingsverden og gav udtryk for en vrangforestilling med sine ytringer om det gode og det onde øje. Der var ikke så meget, jeg kunne konnektere til, hans ytringer manglede i høj grad kommunikativ

værdi. Der var forstyrrelser på alle tre meningsdimensioner i den anden del af interaktionen om øjne og syn, og jeg faldt af både i sags- tids- og socialdimensionen og kunne kun delvist konnektere. Sidst i interaktionen kunne jeg igen både konnektere og synkronisere og henviste Mikkel til sin primærbehandler til videre opfølgning. Mikkel knyttede, som i hændelsen med de to patienter på Cirkulens dagcenter, an til de kulturelt betingede modsætninger i godt og ondt. Når Mikkel ikke ville gå til øjenlæge, kunne det tyde på, han selv havde en fornemmelse af, at her var der noget andet og mere end øjne og syn på spil. Man kan med Hausgjerd og Killingmo og andre se det som en fejludvikling, der skyldes svigt på et givent stadium i det stadie, hvor positive og negative introjekter udvikles (Bion, 1962; Crafoord, 1994; Hausgjerd, 1985, pp. 159-160; Killingmo, 1988, pp. 69-70; Strand, 2016; Winnicott, 1965; 1971). Jeg registrerede det som et udtryk for en polariseret privat forestillingsverden, hvor han kunne se ondt med det ene øje og samtidig se godt med det andet. Hvor jeg vagt opfattede det som en symbolsk formulering, ser Arieti (1974) det anderledes. Han opfatter det som en konkretisering, hvor patienten eliminerer det abstrakte til fordel for det konkrete. Alternativet havde måske været en generaliseret, uudholdelig angst. Ved konkretiseringen til øjnene blev Mikkels angst begrænset til et mindre forstyrrende område – her i form af øjne, hvoraf det ene så godt og det andet så ondt. Her er der endnu en hændelse, der viser, at angst kan reduceres til noget konkret, og som derfor bevæger sig fra en overvældende og uudholdelig angst til en håndterbar og udholdelig angst (ibid., pp. 268-269). Hausgjerd (1985) anfører en betragtning om syn og øjne. En patient, der sagde, hun havde en øjensygdom, der fik hende til at se dobbelt og leve i to verdener. Hun spurgte: ”I hvilken verden hører jeg til?” (ibid., p. 108). Jeg kan forestille mig, at Mikkel kunne have stillet det samme spørgsmål. Han angav en konkretisering af polariserede kræfter, der var lokaliseret i hans øjne, som godt og ondt.

6.4.3. Langsomheden

Mikkels bidrag til temaet var lidt for langsomme, også i den normale del af interaktionen om, hvilket træ det var. Hans langsomhed var en social uordensydelse, men han havde trods alt leveret de fire obligatoriske ordensydelse, der gav adgang til dagcentret. Jeg havde selv tidligere konstateret, at Mikkel kunne være langsom. Da jeg ved et af de første besøg på dagcentret kom lidt for tidligt, stod han der allerede. Jeg spurgte, hvor længe han havde stået og ventet. Han var

et øjeblik om at svare, jeg blev opmærksom på, jeg skulle være lidt varsom (Feltnoter, 25.8.1989). Noget lignende gentog sig mange gange i løbet af de to år, jeg gennemførte deltagerobservation i Kvadratets dagcenter. I dagcenterteamet var Mikkel kendt for sin langsomhed. Ved et møde fortalte et teammedlem, at hun havde spillet Trivial Pursuit med ham. Hun havde hanket op i ham det meste af tiden, men én gang havde hun ladet ham vandre derudad, efter han havde slået terningen, og så ventet på, at han kom tilbage og blev nærværende, så terningen og tog stilling til, hvad der skulle ske – det havde taget adskillige minutter (Feltnoter, 28.11.1989). Mikkels langsomhed og vrangforestillinger gjorde ham i perioder marginaliseret i dagcentret, han holdt sig for sig selv, men jeg kunne ikke spore negative sanktioner mod ham, som Rowland (1939b) beskriver for de marginaliserede patienter i sin population (ibid., p. 265). Hausgjerd (1985) siger om personer, som tænker og taler meget langsomt og omstændeligt, at de kan lide under en følelse af tvang i relation til tænkning og samtale. De oplever det som farligt at slippe tankerne løs og bruger meget energi på at kontrollere tanker og følelser. Han ser det som en form for mangel på modenhed af de indre objektrelationer (ibid., p. 139).

6.4.4. ”Det onde” og ”det liderlige smil”

På Kvadratets dagcenter lagde jeg mærke til Jane, der sad og krøb sammen i Caféen.

Jane sad og krøb sammen ved bordet ved siden af, da jeg sad i Caféen, jeg spurgte, om hun ikke skulle have noget at drikke. Da alle andre var væk, begyndte hun at græde. Jeg fortalte det til et teammedlem, der stod i køkkenet, da jeg hentede et glas vand til hende. Jeg satte mig hen til hende med glasset og trøstede lidt. Først kom der noget om, at hun hele tiden skulle glatte ud for det onde, hun gjorde over for folk. Det gik over i ”det liderlige smil, som ikke må være der”. Hun var betaget af et kvindeligt teammedlem og også gal på hende. Hun sagde, hun følte sig som en lille pige, når teammedlemmet forklarede hende noget. Teammedlemmet fra køkkenet kom lidt efter og overtog samtalen med hende (Feltnoter, 11.1.1990).

Jane var i besiddelse af et tilstrækkeligt niveau af sociale ordensydelse til at indgå i en interaktion. Hun sagde ikke noget, jeg ikke forstod. Men hun måtte hverken være ond eller have en seksualitet. Det var ikke indlysende, hvorfor hun skulle være ond, eller hvorfor det skulle være forbudt at have en seksualitet. Men sådan

følte hun det åbenbart, begge dele var tabuiserede områder for hende. Og hun følte sig lille, når det kvindelige teammedlem forklarede hende noget. Interaktionsmæssigt var der en forstyrrelse i sagsdimensionen, jeg kunne ikke helt følge (vrang)forestillingerne om hendes påståede ondskab, tabuiseret seksualitet og lidenhed og havde svært ved at konnektere. Hun havde et påfaldende kropssprog og sad og smågræd under hele interaktionen. I tidsdimensionen var kommunikationen ikke helt intakt, det var næsten kun Jane, der talte. I socialdimensionen var jeg til stede med min sædvanlige dobbeltrolle både som "virtuel adressat" og som "normal" med en portion skepsis i relation til psykosociale forstyrrelser. Jane polariserede sine oplevelser, og her var hun så mest optaget af den onde side af sig selv. Det kunne tyde på, at hun har oplevet svigt i udviklingen af sine objektrelationer (Hausgjerd, 1985, pp. 159-160; Killingmo, 1988, pp. 69-70). Jane opfatter sig selv som "lille". Tysk psykiatri har en præcis betegnelse for det, man kunne kalde lidenhedsvanvid, nemlig "Kleinheitswahn". Måske er Jane på vej til en form for tilknytning. Hausgjerd (1985) skriver, at beundring af, efterligning af, identifikation med eller ligefrem forelskelse i et teammedlem eller en anden medarbejder er tegn på en begyndende tilknytning. Ønsker om nærhed, kærlighed og ømhed betegner i sig selv en åbning for aspekter, som måske hidtil har været ukendte for patienten (ibid., pp. 288-291). At være gal på en medarbejder kan ligeledes ses som en form for tilknytning. Det gælder for den næste hændelse, jeg vil præsentere.

6.4.5. Det "lede" teammedlem

Nede i Caféen på Kvadratets dagcenter hørte jeg ud af det ene øre en patient, Karin, råbe tværs gennem lokalet til et kvindeligt teammedlem: "Jeg elsker dig", hvorefter hun sad og talte om at være forelsket til de nærmest siddende (Feltnoter, 28.2.1990).

Cirka tre uger efter i Åbent Rum sagde Karin tidligere på dagen til et andet kvindeligt teammedlem: "Jeg elsker dig". Senere i Caféen ved ét af de små borde, over frokosten, så hun pludselig olmt på det samme teammedlem tværs over bordet og sagde: "Hvor er du led. Det er så ledt, så jeg aldrig har været ude for noget lignende", hun gentog det et par gange. Teammedlemmet svarede: "Jeg sidder stille og roligt og drikker min kaffe, det er ikke særlig ledt". Karin hidsede sig mere op. Et andet teammedlem brød ind: "Så er det godt, styr dig, ellers må du gå hjem". Der sad to andre patienter, Bent og Kristine, ved et andet bord, men inden for

hørevidde. Det andet teammedlem sagde noget lignende et par gange, til sidst smed hun Karin ud på en pæn måde, "Nu er klokken 13.30, tak for i dag". De to teammedlemmer mente bagefter til teammødet, at Karin måske var hallucineret, det var derfor, hun ikke kunne styre sig (Feltnoter, 19.3.1990).

Karin råbte til det første teammedlem tværs gennem lokalet, det er sjældent befordrende for en interaktion, men det var muligvis heller ikke hendes intention at fortsætte den. Ved det andet teammedlem havde hun først sagt, "Jeg elsker dig", få timer efter slog hun om i både sagsdimensionen og socialdimensionen. Her gav hun udtryk for den stik modsatte holdning ved at kalde samme teammedlem for "ledt" uden en synlig anledning. I tidsdimensionen fremtrådte hendes bidrag som en – ophidset – monolog, som var svær at konnektere til. Karin fortsatte med samme tema i ophidset tilstand, hvor hun hverken var styret af refleksiv perception eller af refleksive forventninger. Hendes kommunikation mandede ikke ud i konnektion hos de to tilstedeværende patienter ved det andet bord. Hendes udsagn havde så også begrænset værdi, da det var udtryk for vrangforestilling. De to teammedlemmer tog begge afstand fra hendes ytringer. Til sidst greb det sidste teammedlem ind og sendte hende ud på en pæn måde. Karin skelnede ikke mellem selv- og fremmedreference. I sagsdimensionen er "at elske" som tema udtryk for, at man synes en anden person er elskværdig, altså en positiv vurdering, "god". "Led" giver udtryk for det modsatte, for noget "ondt". Begge dele er udtryk for en polarisering af den sociale omverden. I socialdimensionen lagde hun sig tæt op ad teammedlemmet ved at sige "Jeg elsker dig". Et par timer efter gav hun udtryk for det modsatte, "Hvor er du led", her bragte hun sig i konfliktposition til teammedlemmet, som imidlertid nedtonede den potentielle konflikt med sit svar. Hele forløbet kunne tyde på, at hun havde oplevet lignende svigt i udviklingen af sine objektrelationer, som patienterne i hændelserne ovenfor (Hausgjerd, 1985, pp. 159-160; Killingmo, 1988, pp. 69-70). Jeg vil igen citere Hausgjerd, der siger, at idealisering af et personalemedlem kan være tegn på begyndende tilknytning, ligesom det at være vred på et personalemedlem kan være det (Hausgjerd, 1985, pp. 288-291).

6.5. Det gode og det onde som sociale ordensydelser

6.5.1. Den ”onde” veninde

Jeg var faldet i snak med Sanne i Åbent Rum på Kvadratets dagcenter.

Hun fortalte om en veninde, som hun også havde nævnt tidligere, som hun sagde var ond, og som havde magt over hende. Sanne spurgte, om det var hende, som havde knækket hende? Jeg sagde, at der var mange ting, der spillede ind, der var ikke kun én grund. Sanne kendte veninden fra tidlig barndom, hendes forældre opmuntrede hende til at tage kontakt med veninden stadigvæk, det gjorde hun så. Men hun syntes, veninden var ond (Feltnoter, 20.2.1991).

Interaktionen var en ordensydelse på alle tre meningsdimensioner. Det var også et forsøg på at forstå, hvad der var sket med hende selv. Til et morgenmøde med teammedlemmerne sagde de, at Sanne mente, det var medicinens skyld, at hun var blevet psykotisk (Feltnoter, 21.1.1991). Imidlertid formulerede hun sig efter regelværket, og hendes bidrag havde dermed kommunikativ værdi. Et af de resultater, Album (1996) præsenterer i sin afhandling, er, at somatiske patienter havde en tydelig trang til at tildele skyld til nogen eller noget for deres sygdom (ibid., p. 177). Sannes spørgsmål, om det var venindens ondskab, der havde ”knækket” hende, viser, at det ikke kun er somatiske patienter, der har trang til at placere skyld på nogen eller noget, det gælder også for psykiatriske patienter. I Sannes version kunne det være den onde venindes magt over hende, der var skyld i, at hun blev syg. Lindell (2003) refererer sine patienter for tilsvarende betragtninger (ibid., pp. 104-114; pp. 285-287). Løchen (1976) skriver, at patienterne kunne diskutere deres livssituation med sig selv og andre og prøve at finde ud af, hvorfor tragedien lige havde ramt dem (ibid., p. 173). Det ligger på linje med mange patienters forsøg på at forstå deres psykiske sygdom, hvor den kommer fra, om det bunder i erfaringer fra barndommen, eller om det er fra valg, de har truffet i løbet af deres liv.

6.5.2. Berømte onde mænd.

Vi havde en snak hen over Det store Bord på Kvadratets dagcenter om briller og kontaktlinser med mere.

Lidt senere lagde Ida ud med et tema om magt, had og kærlighed. Det blev til en diskussion om berømte onde mænd, der var sindssyge, fx Napoleon og Hitler. De fik altid deres straf, mente Ida. Jeg modlagde med Franco og Salazar, de var blevet syge i deres sidste leveår, men de var ikke blevet straffet for deres gerninger. Astrid sagde, at Stalin heller ikke havde fået sin straf for alle de mennesker, han havde slået ihjel. Eva og Kristine kom ind og afbrød, de kom lige fra svømning og ville snakke om de oplevelser, de havde haft i svømmehallen (Feltnoter, 11.1.1990).

Interaktionen var ordensydelse uden forstyrrelser på nogen af de tre meningsdimensioner. Den forløb efter reglerne med konnektion, synkronisering, levering af passende bidrag i et passende tempo. Temaet skiftede undervejs, som det normalt gør i uformelle interaktionssystemer. Nogle psykiatriske patienter har selvoplevede erfaringer med det gode og det onde fra deres biografi og psykosociale forstyrrelser, der kan resultere i en polariseret opfattelse af selv og omverdenen. Geertz (1983) introducerede begrebet om erfaringsnære begreber i *Local Knowledge* (ibid., pp. 55-70). Album (1996) tog begrebet op og udarbejdede det i sin beskrivelse af, hvordan patienter taler om og begrebsætter deres kropslige erfaringer i tæt forbindelse med selve erfaringen. Han beskriver kommunikationen mellem to mænd, der lå på stue sammen, de havde begge fået fjernet en del af tarmen som led i en behandling af kræft. De to patienter delte erfaringer om, hvordan man lå mest behageligt med operationssårene, om der var tegn på betændelse, om der var kommet luft ind i tarmen ved operationen etc. Patienterne dannede begreberne, de brugte, i virkelighedsnær repræsentation af det umiddelbare indtryk (ibid., pp. 155-159). Med psykiatriske patienter går der så længere tid, før erfaringerne bliver bearbejdet og kan manifestere sig som begreber, der kan udtrykkes som sociale ordensydelser i en interaktion. Her udgør det onde og det gode formodentlig selve erfaringen; når de så efterfølgende optræder i et interaktionssystem, kan begreberne om det gode og det onde referere tilbage til de personlige erfaringer i patienternes selvrekursive systemer.

6.6. Tvangsfænomener

Tvangsfænomener kan bruges både om individuelle symptomer som i de beskrevne hændelser og om kollektive fænomener, som fx tvangsarbejde. I Luhmanns (1975e) fremstilling af magt bestemmer han "tvang" til at gøre noget

konkret, nøje bestemt (ibid., p. 9). Ved tvangsarbejde er magt som kommunikationsmedium involveret, ved tvang bliver den tvungnes valgmuligheder reduceret til nul – der er ingen alternativer. Tvang er relateret til magt, men mens magt i kollektive kontekster vedrører dobbelt kontingens (ibid., pp. 4-18), så forsvinder den dobbelte kontingens ved individuel tvang fra patienten selv ved en psykosocial forstyrrelse. Ved individuelle symptomer er det personen selv, der udøver ”magt”, mens den dobbelte kontingens mangler. Det påfaldende ved den tvangsstyrede er, at patienten selv sørger for hele kompleksitetsreduktionen, den kommer derved til at fremstå som tvangssektioner, både i tanke og handling. Det gælder to patienter fra Cirkelns dagcenter, Marius lider under sine tvangstanker, og Bruno kan ikke lide at vække opsigt med sine tvangshandlinger, da det ville afsløre hans hemmelighed. På Kvadratets dagcenter havde Anna et tvangsforhold til sit xxxxspil, og Grete og Hanne havde et tvangsforhold til mad, henholdsvis bulimi-anoreksi og anoreksi. Hanne var så tynd, så hun måtte vække opmærksomhed også uden for dagcentret. Her ville andre så ikke udgøre en ”fare”, fordi offentligheden med det samme kunne se, at der var noget galt med hende. Jeg fik ikke rigtig en relation til Hanne, så jeg kunne kun observere hendes adfærd på afstand og høre, hvad teammedlemmerne sagde om hendes anoreksi til teammøderne. Jeg udelukker hende fra patientgruppen, der prøver at hemmeligholde deres tvangsfænomener. Det passer med Hausgjerds (1990) skelnen mellem det offentlige og det private ved spiseforstyrrelser. Anorektikeren offentliggør sit symptom til almindelig beskuelse, hvor bulimikeren bærer sit symptom som en hemmelighed (ibid., p. 258). I det sidste tilfælde kommer andre mennesker til at udgøre en fare, fordi de kan afsløre bulimien. Jeg observerede ingen patienter på Cirkelns dagcenter med spiseforstyrrelser. Attributionen for tvang er intern, det vil sige, at det drejer sig om (tvangs)tanker- og handlinger, der kommer fra patienten selv. Alle fire patienter, Bruno, Marius, Grete og Anna, leverede sociale ordensydelse i interaktionerne. De oplevede, at de ikke havde et valg ved deres symptomer, og de forsøgte at holde deres tvangshandlinger skjulte, fordi de følte dem som pinlige, og derfor blev andre mennesker potentielt farlige af de ovennævnte grunde. Alle fire patienter var klar over, at der var tvang involveret i deres handlinger, og at de var styret af reflektive forventninger, for så vidt som de var klar over, de skulle holde deres tvangssymptomer hemmelige uden for dagcentrene for ikke at blive stigmatiserede. På Cirkelns dagcenter tematiserede to patienter, Marius og Bruno, i interviews deres tvangstanker og -handlinger og klagede over manglende

samtalebehandling for dem. På Kvadratets dagcenter konnekterede og synkroniserede to patienter, Anna og Grete, om deres tvangshandlinger, Anna om det, hun selv kaldte ”xxxxmisbrug”, og Grete om et tvangsmæssigt forhold til mad. Anna sagde, at hun ikke kunne holde op, og Grete var klar over, at hun brugte både under- og overspisning som flugt fra depression, men kunne alligevel ikke lade være med nogen af delene. De to patienter fra Kvadratets dagcenter inddrog kun andre, i det omfang det var nødvendigt for at opretholde tvangshandlingerne. Anna havde sine xxxxeninder, og Grete købte is i forretninger, hvor hun formodede, ekspedienterne havde gennemskuet hende. Nogle underinddelinger trænger sig på her i form af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD), ludomani og spiseforstyrrelser.

6.6.1. Obsessiv-kompulsiv tilstand

Den ene patient fra Cirkelens dagcenter, Marius, sagde om sine forventninger til dagcentret: ”at komme under behandling for tvangstanker, med psykolog eller psykiater, måske i samtalegruppe. Der er ingen behandling for os, der kommer her til daglig, jeg savner det i høj grad”. Da jeg spurgte, hvad hans tvangstanker gik ud på, svarede han: ”at jeg tænker ”dumme svin” om buschaufføren, jeg får tvangstanker og synes i høj grad, de er ubehagelige. Psykiateren siger, der ikke er medicin for det. Jeg har snakket med (patientens kontaktperson) om dem, hun siger, jeg må leve med dem”. Patienten havde valgt at tage sagen i egen hånd og gik til privat psykoterapi, som han betalte for af sin førtidspension. Den anden patient, Bruno, som både led under tvangstanker og tvangshandlinger, sagde: ”Det er pinefuldt med tvangshandlinger og tvangstanker [...] jeg skodder en cigaret, vender tilbage til den, folk begynder at kikke, jeg sætter et glas, skal sætte det igen og igen. Jeg vil gerne fjerne årsagerne i stedet for at snakke om symptomerne”. Hans kontaktperson sagde, at det var der ikke tid til. De to patienter var kommet over det stadium, hvor de talte ud fra de vrangforestillinger, som tvangsfænomenerne udgjorde, hvor de ikke ville have haft kommunikativ værdi i sig selv, i interviewene leverede de begge sociale ordensydelse, og deres ytringer blev dermed både konnekter- og synkroniserbare. Bruno ville gerne have haft sin kontaktperson til at bearbejde både sine tvangstanker og -handlinger, men forgæves. Marius havde valgt et psykoterapeutisk forløb for at eliminere den forstyrrelse, som hans tvangstanker udgjorde. Her kan jeg anføre Luhmanns (1988b; 1990d; 1995a) teori om psykoterapi. Han skriver, at psykoterapi kan

tilsidesætte forstyrrelser, ved at psykoterapeuten skaber irritationer i patientens psykiske system ledsaget af forslag til, hvordan patienten kan bearbejde dem. Irritationerne skal være stærke nok til at blokere det autopoietiske – her det psykiske – systems fortsættelse, så bevidstheden i løbet af den tid, et psykoterapeutisk forløb varer, bliver ”tvunget” til at bearbejde de irritationer, der kan tilsidesætte forstyrrelserne – her patientens tvangstanker (Luhmann, 1988b, pp. 124-138; 1990d, pp. 648-653; 1995a, pp. 90-93). Fænomenet kan ses som en parallel til børns læring ved socialisering (Luhmann, 1990d, pp. 40-41). Baggrunden er den gensidige interpenetration mellem psykiske og sociale systemer, hvor vi forudsætter hinanden som kropsbeboere (Luhmann, 1977, pp. 172-192; 1984, pp. 286-345; 2002a, pp. 264-266). Både Bruno og Marius gav udtryk for læringsparathed, de havde besluttet at begynde et nyt liv – det er en beslutning, der kun kan tages af individet selv (Luhmann, 1995a, p. 91).

Thomsen skriver i sit kapitel om obsessiv-kompulsiv tilstand (i Simonsen & Møhl (red.), 2010, pp. 383-397), at ”tvangstanker er tanker, idéer, forestillinger eller billeder, som vender tilbage i patientens bevidsthed igen og igen. De er ubehagelige i indhold og erkendes af den OCD-ramtes egen tankevirksomhed eller tilskyndelser og således ikke som tanker, der er påført udefra. Helt centralt i definitionen af en tvangstanke er det faktum, at dens indhold af patienten erkendes som overdrevent eller urimeligt. Ofte vil den OCD-ramte forsøge at gøre modstand mod tvangstankerne ved at ignorere eller undertrykke dem, men uden held. Tvangshandlinger er repetitive handlemønstre, ofte med stereotypt præg, som OCD-patienten føler sig tvunget til at udføre igen og igen”. Tvangstankerne medfører lidelse og påvirker den sociale funktionsevne (ibid., p. 384). Arieti (1967) skelner mellem obsessions – tvangstanker – og compulsions. De første er emotionelt ladede idéer, som hyppigt dukker op i bevidstheden, og som ikke kan fjernes ved en viljeshandling. De udtrykker sig som visuelle billeder, der jævnlige fokuserer på katastrofescenarier, i andre tilfælde har de et obscønt eller blasfemisk indhold, der får patienten til at føle sig skyldig og uren. Compulsions – tvangshandlinger – udtrykker sig som handlinger, der er bestemt af indre impulser, der opleves som uimodståelige. Patienten føler, hun må udføre bestemte handlinger for at fremme bestemte begivenheder eller for at forhindre dem. De kan få magisk karakter som forsvar mod tvangstanker. Det symbolske indhold af både tvangstanker og tvangshandlinger kan afdækkes ved psykoterapi (ibid., pp. 306-309). Det fik den ene af patienterne fra Cirklens dagcenter så ikke mulighed for at efterprøve. Arieti (1974) skriver i et senere værk, at en ekstrem angsttilstand

kan lattes ved at anvende et enormt system af tvangshandlinger, hvor patienterne benytter ritualer til formålet (ibid., pp. 316-317). Arieti nævner eksempler, hvor forældres krænkende indblanding kan skabe frygt hos patienten for at gøre noget, der ville være forkert i en forældrefigurs øjne. Frygten for at gøre det forkerte, set med forældrefigurens øjne, var altid nærværende (ibid., p. 319). Uanset hvad grunden kan være, fremtræder en frygt for usikkerhed som dominerende, hvad der får patienterne til at søge absolut sikkerhed. Endvidere bliver de bange for at være spontane, de føler skyld, hvis de gør, hvad de har lyst til, derfor gør de det ikke (ibid., pp. 324-325).

6.6.2. Ludomani

Her kommer en hændelse fra Kvadratets dagcenter:

I Kvadratets dagcenter fortalte en ældre patient, Anna, at hun skulle til xxxx i weekenden, det gjorde hun næsten hver weekend. Hun havde nogle veninder dér, men ikke nogen, hun kunne bruge til andet. De vidste ikke, hun gik her, de var rent socialt samlet om at gå til xxxx og spille. Hun spillede jævnlige på en énarmet tyveknægt lige til lukketid og til den sidste 25-øre. Om lørdagen forberedte hun sig til xxxx ved at læse alle aviserne. Søndag eftermiddag var de så derude. "Spil" var som en sygdom, en flugt fra virkeligheden, sagde hun og så ked ud af det og alvorlig ud. Hun kunne ikke holde op. Hun lød meget klar og realistisk. Hun fortalte om sin barndom, hendes far havde mishandlet hende og hendes søskende fysisk og psykisk. Moderen var død tidligt. Naboerne havde anmeldt faderen, og de blev tvangsfjernet (Feltnoter, 9.3.1990).

Nogle uger senere:

Anna kom op ad formiddagen, hun så ked ud af det. Hun svarede, da jeg spurgte, at det var nedturen efter onsdagens xxxx. Det havde hun talt om nogle gange, at hun fik det dårligt efter sit xxxxmisbrug, hun følte sig styret af spillet og var ude af stand til at stoppe (Feltnoter, 29.3.1990).

Det var en social ordensydelse, at hun selv kunne formulere sit problem og sætte det ind i en sammenhæng som virkelighedsflugt fra en belastet barndom, der trak lange spor. Anna sagde selv, at hun ikke kunne stoppe, hun kalder aktiviteten for xxxxmisbrug.

Simonsen & Møhl ((red.), 2017) skriver i deres kapitel, at man kan opfatte spillelidenskab som en misbrugslidelse, og at den har et tvangspræget element, der knytter den til OCD-spektrret. Der er spænding forbundet med spillet i form af et ritualiseret, gentagende adfærdsmønster. De skriver videre, at i psykoanalysen fortolker man ludomani som en afhængighed, hvor den syge ”ønsker” at tabe for at kunne føle skyld og dermed aktivere et strafbehov (ibid., pp. 461-464). Det er en mulighed, men i dagcentret kunne jeg blot se, at hun var ked af det, når hun havde en nedtur efter xxxmisbruget. Både det tvangsprægede og misbrug uden stoffer passer til Annas fremstilling.

6.6.3. Spiseforstyrrelser

Der var flere patienter med spiseforstyrrelser på Kvadratets dagcenter, på Cirkelns dagcenter observerede jeg ikke nogen.

En patient stod der pludselig og sagde noget om mad på en bevæget, vred og ked-af-det-måde, og at hun ikke kunne holde sin anoreksikur. Hun er faktisk utrolig tynd. Jeg fik ikke fat i, hvad det drejede sig om. Hun har et vagtsomt, intenst og til tider forpint udtryk. Forrige gang snakkede hun om sin paranoia (Feltnoter, 25.8.1989).

Hos denne patient var anoreksien eller bulimien ikke et dominerende problem som hos de to næste patienter. Patienten er til den tynde side, men ikke så påfaldende tynd som Hanne. En dag i Kvadratets dagcenter på 2. sal ved et af de små borde sad jeg ved siden af Grete.

Hun lukkede pludselig op af sig selv. Hun fortalte, hvor plaget hun var af sine spiseforstyrrelser. Hun tænkte på mad konstant, over-åd og brækkede sig, det havde stået på i ti år. Hun stjal i butikkerne og var bange for at blive opdaget – hun brugte et par hundrede kroner på mad hver dag og havde ikke råd til det, da hun var på førtidspension. Hun spiste is hele dagen, og nu havde hun hovedpine og kvalme og sad og ventede på, at et teammedlem skulle komme med piller. Hun havde spist mange piller i går, nu kom eftervirkningerne. Hun fortalte, hun havde fået antidepressiver et andet sted, fordi et af teammedlemmerne ikke ville give hende dem – hun tog dem sammen med Hexalid. Hun fortalte, hun havde været ked af at opgive sin uddannelse. Hun havde fået beroligende piller i mange år, Stesolid, men var holdt op med dem for fem år siden. Hun havde haft forskellige symptomer siden, over-åd og brækkede sig bagefter for ikke at blive deprimeret.

Det blev hun, når hun var alene hjemme, hun var klar over, at hun brugte mad som flugt fra depression. Det hele var, fordi hun led af epilepsi, hun gik i konstant angst for anfald. På et tidspunkt begyndte hun at tale om de ”skizofrene”, godt, hun ikke havde det sådan, de følte pludselig, deres tanker blev taget fra dem. Hun beskrev i enkeltheder, hvordan det føltes. Hun må selv have kendt det, tænkte jeg. En anden patient sad ved siden af og grimasserede kraftigt, da vi snakkede, hun var inden for hørevidde og var ikke optaget af andre ting. Hun havde ellers haft mulighed for at flytte sig, hvis hun ikke kunne lide, hvad hun hørte, men hun blev siddende (Feltnoter, 10.7.1990).

I caféen et par måneder senere havde jeg en lang snak med Grete, hun fortalte blandt andet:

– at ingen kunne forestille sig, hvor flovt og anstrengende det var at skulle skjule det (tvangsspisningen) hele tiden. Før madproblemerne havde hun brugt alkohol. Hun havde i nogle år indtil for nylig spist for cirka 200 kr. hjemmelavet is om dagen og brækket det meste op igen. Hun var flov, i de forretninger, hvor hun købte isen, kendte de hende efterhånden og tænkte nok deres (Feltnoter, 8.10.1990).

En måneds tid efter fik jeg et galgenhumoristisk svar fra Grete, der skiftevis led af anoreksi og bulimi.

I Caféen svarede hun, da jeg spurgte, om hun ville have mere suppe: ”Ja, hvis jeg må brække mig bagefter”. Svaret var så overraskende, at jeg ikke kunne lade være med at grine (Feltnoter, 14.11.1990).

I alle interaktioner leverede Grete sociale ordensydelse. Et teammedlem refererede Grete for at sige, at hun er bange for den tætte kontakt med sin primærbehandler. Han fortalte, at han havde en aftale med Grete om, at hun kun brækker sig én gang om dagen, og at hun ruinerer sig på mad, som hun brækker op igen. Det går lidt fremad, hun har spist ost i dag uden at brække det op igen (Feltnoter, 11.4.1990). Jeg tilføjer beskrivelsen af Hannes anoreksi her, da jeg så nemmere kan behandle de to tvangsformer for hhv. over- og underspising sammen. Den gav anledning til stor bekymring til møderne i teamet i hele perioden fra 28.11.1989, hvor jeg observerede hende første gang. Hun holdt sig konsekvent for sig selv og ville kun have kontakt til teammedlemmerne. Hun var i hele min observationsperiode tavs og inaktiv og sad med ryggen til resten af Åbent Rum. I juni 1991 refererede teammedlemmerne hende for at sige, at hendes

ben ikke kunne bære hende, at hun var så træt, at hun ikke kunne stå på benene, om hun gerne måtte gå tidligere hjem, om hun måtte få fri nogle dage etc. Et teammedlem sagde, at Hanne havde lovet, hun nok skulle spise og drikke, hvis hun til gengæld kunne slippe for at få taget prøver hele tiden. Den lægeligt ansvarlige konstaterede, at der kun var sket en minimal forbedring i løbet af indlæggelsen. Teammedlemmerne havde en lang diskussion om hendes dårlige psykiske tilstand og om for og imod indlæggelse. Men da der ikke havde været væsentlige forbedringer, sidst hun var indlagt, ville de ikke forsøge at få hende indlagt igen, men satte hende under skærpet opmærksomhed.

Jensen & Møhl skriver i deres kapitel om spiseforstyrrelser (i Simonsen & Møhl (red.), 2017, pp. 477-497), at patienterne har en forvrænget oplevelse af deres egen krop, og at det drejer sig om at få kontrol over vægten og indtagelse af mad. Ved anoreksi ønsker patienterne at slanke sig, selvom de allerede er undervægtige. Bulimi ytrer sig i spiseanfald med tilhørende kontroltab, hvor patienterne søger kompensation ved at kaste det spiste op igen, overmotionere og evt. bruge laksativer. Forfatterne refererer til Hilde Bruchs analyser af spiseforstyrrelser, hvor patienterne har et forstyrret kropsbillede med en tilsvarende forstyrret evne til at fortolke kroppens signaler (ibid., p. 479). Begge spiseforstyrrelser er typiske kvindefænomener, forfatterne citerer det psykiatriske centralregister, der siger, at kvinde-mand-ratioen for anoreksi er 8:1, og for bulimi 20:1. Der er en overdødelighed for anoreksi-patienter mellem 25 og 29 år på 5,86 i forhold til normalbefolkningen (ibid., p. 488). Anoreksikerne synes ikke, de har et problem, men det gør deres omverden, der så foranlediger behandlinger. Det varer som regel længere tid, før bulimi-patienter kommer i behandling, fordi de udadtil fremtræder upåfaldende. Episoderne med overspisning og efterfølgende opkastning fremtræder som kontroltab, der følges af skam og selvlede. Patienterne i begge typer spiseforstyrrelser bruger kroppen til at regulere vanskelige følelser, som de ikke mener, de kan justere på mere hensigtsmæssige måder. Forfatterne skriver, at "det perfekte er blevet det nye normale". De peger på en udvikling mod stadigt større krav til især unge kvinder om perfektion til udseende, til præstationer og til succes på alle livsområder. Det sætter selvsagt unge kvinder under pres (ibid., pp. 489-492). Hausgjerd (1990) skriver, at anoreksi ofte er vanskelig at behandle, fordi patientens beslutsomhed er så stærk. Normalt skal psykoterapeuten forholde sig til patientens problemer, men her kommer patienten med løsningen. Hausgjerd citerer ligeledes Hilde Bruch, som mener, at anorektikeren er bange for kontakt, bange for afhængighed, bange for seksualitet

og i det hele taget bange for at blive voksen som sin mor og måske bange for selv at blive mor (ibid., p. 254). Hausgjerd skriver videre, at ved anoreksi kommer patienten til psykoterapeuten med slet skjult ligegyldighed og opviser uoprigtighed i engagementet i terapien. Det bunder i, at hun egentlig ikke ønsker forandring i sine spisevaner og situation i det hele taget. Hausgjerd karakteriserer indstillingen som en "negativ terapeutisk reaktion". Han refererer videre til udviklingen af en bestemt type systemisk familierapi, initieret af Selvini i Milano, der skulle kunne bryde "det krigslignende strategispil", som let udspiller sig mellem anoreksipatienten og hendes behandlere. Her gælder det om at bryde de regler, som magtspillet i familien styres af, gennem uventede og paradoksale tolkninger, idet forældrene kan have været grænseoverskridende i deres engagement i anorektikeren forud for symptomets udvikling. Heraf kommer anorektikerens paniske angst for invasion, hvor der muligvis er gået reelle grænsekrænkelser forud (ibid., pp. 253-257). Endvidere sammenligner Hausgjerd anoreksi og bulimi (ibid., p. 258). Anorektikeren bærer sin lidelse ud til offentlig beskuelse. Ved bulimi forekommer i mindre grad end ved anoreksi et spil af magt og kontrol. Ved anoreksi kan patienten presse terapeuten med sit symptom, med at sulte sig ihjel i sidste konsekvens, hvorimod der ingen fare er for, at en bulimiker skal gøre det samme. Bulimi kommer af "bovis" for okse(hunger). Den sidste type patient er først og fremmest præget af grådighed, hun lider under sit symptom og er selv klar over det (ibid., pp. 258-260). Arieti (1974) skriver om anoreksi, at patienterne har en enorm appetit, men at de sulter sig (ibid., pp. 685-687), og taler om "food-grabbing" i forbindelse med bulimi. Han konstaterer, i overensstemmelse med Selvinis beskrivelser, at patienter kan alternere mellem bulimi og anoreksi (ibid., pp. 686-687).

6.7. Misbruget i Cirklens distrikt

Ved Det tætte Bord på Cirklens dagcenter blev der snakket en del om forbruget af tjald og guldbajere, jævnligt fra aftenen før. Nogle af patienterne var på stoffer i perioder, og der var et uofficielt medicinforbrug ved siden af den psykofarmaka, som Cirklen udleverede. Nogle af patienterne mødte jævnligt op i stærkt påvirket tilstand. Det var svært for teammedlemmerne at kontrollere forbruget af uofficiel medicin, stoffer og alkohol. Jeg går ud fra, at der var en del patienter på Cirklens

dagcenter med "dual diagnosis" (Jessen-Petersen, 1994), jeg observerede i hvert fald patienter, der både var stofmisbrugere og mere eller mindre psykotiske, den sidste patient fra afsnittet om proxemics var en af dem. Politikken fra dagcenterteamets side var, at patienterne ikke måtte tage noget, mens de var i dagcentret, men man sendte dem ikke væk, hvis de kom i påvirket tilstand. Teamet sendte dog af og til en patient væk, hvis vedkommende havde en meget larmende og voldsom adfærd som følge af indtagelse af stoffer og medicin. En dag efter morgenmadsmødet i Cirkelns dagcenter sad jeg tilbage sammen med Kim,

Han fortalte, at han lige var flyttet ind i kvarteret, i [vejnavn]. Det var en kommunal ejendom i det område, som distriktsundersøgelsen pegede på som disintegreret og ghettoiseret. Han ville begynde på et nyt liv, efter han havde røget hash i tolv år, seks til otte piber om dagen. Han havde været på besøg hos genboen, overboen og underboen, som havde vist ham deres pistoler og haglgøvere. Han syntes også, de drak for mange bajere. Han ville gerne have normale venner og havde planer om at melde sig ind i en sportsklub. Han var dagpatient på stamafdelingen efter indlæggelsen og halvanden måned frem, det var meningen, at han helt skulle overføres til Cirkelns dagcenter (Feltnoter, 16.4.1991).

Hans beskrivelse af nærmiljøet i denne belastede del af distriktet svarede til de andre informanternes i distriktsundersøgelsen (Knudsen et al. 1992, pp. 39-72). Her kan jeg anføre udsagn om, hvordan sagsbehandlerne i hhv. bistand (Interview, 29.8.1990) og pension (Interview, 17.9.1990) beskrev forholdene i en mindre del af distriktet. De fortalte, at der var en ekstrem ophobning af alle former for belastning: kaotiske opvækstvilkår, incesterfaringer, evt. tidlig hjerneskade, dårlig begavelse og funktionel analfabetisme og generelt dårlige sociale forhold. Desuden var mange af deres klienter bange for at bo i distriktet. Implikationerne af interaktionen med Kim var, at han ikke kunne satse på nærmiljøet, hvis han skulle bygge et nyt liv op. Der var for meget med våben og bajere, han ville i stedet for forsøge sig med en sportsklub. Det krævede, at han lagde sine aktiviteter uden for nærmiljøet i den del af distriktet. Et bedre integreret nærmiljø i distriktet kunne måske for ham betyde et mindre institutionaliseringsbehov, hvis han af og til kunne indgå i sociale relationer med naboerne. Det var ikke realistisk her, hvis han skulle realisere sine idéer om at få normale venner. Han kunne ikke satse på nærmiljøet som en ressource. I distriktsundersøgelsen fremgik det, at de fleste lokalsamfund i Cirkelns distrikt var stærkt disintegrerede (Knudsen et al. 1992, pp. 62-69). I de nederste samfundslag forekommer en stærkere eksklusion end i

de øverste samfundslag, idet personer her i højere grad er ekskluderet fra arbejdslivets organisationer (Luhmann, 1994; 1997, pp. 618-634). Det bliver til ekskluderede miljøer, hvor voldsberedskab og misbrug er udbredte daglige foreteelser – som i Kims beskrivelse. Det var ekstra påkrævet med støtte til patienter, der levede i et nærmiljø præget af stoffer, alkohol og våben. Det var jævnligt svært for dagcenterteamet og ambulatoriets personale at skelne mellem paranoide elementer og virkelighed fra de patienter, der levede i de ghettoiserede nærmiljøer i distriktet. Personalet skulle have et godt kendskab til de lokale forhold og være opmærksomme på problematikken.

6.7.1. Dual-diagnosis-patienter og intentionalitets-problematikken

Der er tilsyneladende et forklaringskrævende skift mellem intentionel og ikkeintentionel adfærd ved såkaldte dual-diagnosis-patienter, dvs. patienter, som har en dobbelt diagnose som misbrugere og funktionelt psykotiske: hvordan kan de både være mere eller mindre psykotiske, hvad der jo implicerer ikkeintentionel adfærd og kommunikation, og så på den anden side gå målrettet efter at skaffe stoffer og alkohol – altså udføre intentionelle handlinger? Jacobsen (2006) behandler temaet i sin afhandling fra en retspsykiatrisk afdeling på Sankt Hans Hospital (ibid., pp. 161-179). Hun beskriver, hvordan personalet på afdelingen betragter de retspsykiatriske patienter som ”sociale børn” (ibid., p. 173) og beskriver hændelser, hvor patienterne infantiliseres i den forstand, at de er afhængige, og at andre træffer beslutninger for dem (ibid., pp. 172-174). Hendes spørgsmål er, om patienterne kun bliver behandlet som voksne, ansvarlige mennesker, når de bryder reglerne ved at skaffe og bruge stoffer eller alkohol (ibid., p. 161). Forfatteren skriver, at ”patienterne kan være særdeles passive og tilbagetrukne. Men når det kommer til stoffer og forsøg på at smugle dem ind, kan de samme patienter udvise en handlekraft, der sjældent ses i andre områder af livet på afsnittene” (ibid., p. 175). Hvordan kommer det paradoks i stand? Jacobsen tematiserer derefter den sociale kontrol som afgørende, idet det netop er den, patienterne forsøger at bryde (ibid., pp. 176-177). Det passer imidlertid mindre godt på dagcentrene, som i modsætning til Sankt Hans Hospitals retspsykiatriske afsnit var tilbud baseret på frivillighed. Men problemets kerne er der stadigvæk – hvordan kan den sidste patient fra proxemics-afsnittet og andre patienter med dual-diagnosis både være psykotiske og aktivt skaffe stoffer? Eller er det psykiatriens menneskesyn generelt, der ser psykisk syge personer som alt for

passive, fordi det psykiatriske personale vil knytte patienternes handlen til symptomer på en psykisk sygdom/psykosocial forstyrrelse? Barrett (1996) skriver, at der er to konkurrerende fortolkningsrammer i psykiatriske institutioner, hvor den ene går på, at patienten er et passivt objekt for en psykiatrisk sygdom, og den anden fortolkningsramme implicerer, at patienten kan engagere sig i bevidst motiverede handlinger, og at hun er moralsk ansvarlig for disse handlinger. De to opfattelser skulle ifølge Barrett udgøre en underliggende spænding i den psykiatriske diskurs og bunder i forskellige traditioner i psykiatrien, den videnskabelige og den moralske (ibid., pp. 11-12). Patienterne med dual-dagnosis (Jessen-Petersen, 1994) opviser et forklaringsproblem: Hvordan kan de gå fra sociale uordensydelser til sociale ordensydelser, i og med at de går fra mere eller mindre ikkeintentionelle handlinger, når de er psykotiske til at skaffe stoffer, altså agere intentionelt? Jessen-Petersen berører ikke kerneproblemet – set fra et intentionelt aspekt – med sin kvantitative undersøgelse af problematikken, men refererer til en undersøgelse af Cohen, hvor resultatet var, at der var flere psykotiske blandt moderate stofmisbrugere og flere karakterafvigere blandt storforbrugere af stoffer. De psykotiske skulle mangle de sociale færdigheder, som var nødvendige for at opretholde et alvorligt stofmisbrug (ibid., p. 21). Alkohol skulle være det mest udbredte misbrugsmiddel blandt alle patienter med psykoser (ibid., p. 23). Det forekommer logisk, man behøver ikke andre sociale færdigheder end at gå ind i et supermarked eller på et værtshus og købe øl eller spiritus. Crafoord (1994, p. 40) skriver, at misbrug kan ses som et kronisk acting-out-symptom hos en tidligt skadet person (ibid., p. 117).

6.8. Den sociale og kulturelle kløft mellem patienter og personale

Personalet skulle have et godt kendskab til de lokale forhold og være opmærksomme på problematikken med, hvordan nærmiljøet påvirker patienterne. Med dagcenterteamet som en undtagelse var et indgående kendskab til distriktet ikke en selvfølge for alle behandlende personalemedlemmer i Cirklen. Finn Jørgensen (1993) skriver i sin bog om distriktspsykiatri, at kroniske patienter med multiple problemer har få ressourcer, de udskilles og udstødes til distrikter præget af social og kulturel desorganisation (ibid., p. 63). Beskrivelsen svarer til

forholdene i Cirkelens distrikt. Finn Jørgensen (1993) skriver videre, at der i mange tilfælde er en kulturkløft mellem patienter og behandlere, fordi patienterne ”er hyppigt præget af mangelfulde kulturelle og sociale færdigheder, dels som følge af social arv og dels som følge af de mange institutionsophold, der under tiden begynder i barndommen”. Samt at deres sociale isolation forværrer prognosen (ibid., pp. 64-65). Rogers and Pilgrim (2014) beskriver i samme spor den kulturelle kløft, der kan være mellem patienter og deres behandlere. Personer fra de lavtrangerende klasser har større sandsynlighed for at blive behandlet medikamentelt, hvor personer i de højere klasser får tilbudt psykologisk og psykoterapeutisk behandling. De første har også en større sandsynlighed for at få en skizofreni-diagnose, de bliver afvist til psykoterapi og er generelt mere udsat for tvang (ibid., pp. 32-33). Ovenstående udsagn fra 2014 kan være en indikation på, at Bernsteins restringerede sprogkode stadigvæk er relevant for socialklasse 4 og 5 – eller i hvert fald i lommer af den restringerede sprogkode. Det er en del af billedet fra undersøgelser om mentalt helbred i fattige områder (Hollingshead & Redlich, 1958; Leighton et al., 1959; Myers & Roberts, 1959; Srole et al., 1975 & 1977). Personer fra klasse 1, 2 og 3 får et mindre stigmatiserende stempel, som bipolar eller affektiv forstyrrelse. Rogers and Pilgrim (2014) mener, at her samtidig er professionelle interesser på spil i den måde, nogle ledende personalegrupper administrerer deres rolle og klassespecifikke kognitive verdensbillede på. De formulerer fattige patienters psykiske sygdomme i termer med slet skjulte værdidomme. Fattigdom og andre klasserelaterede problemer ser Rogers & Pilgrim (2014) som negligerede aspekter i lærebøger og træning af de professionelle grupper i psykiatrien. Det psykiatriske personale kender ikke de lavere klassers forhold og livsbetingelser, hverken fra deres sekundære socialisering som professionelle, og for de flestes vedkommende heller ikke fra deres primærsocialisering, da de selv er vokset op under – helt – andre omstændigheder end flertallet af deres patienter (ibid., pp. 32-33). En del patienter fra socialklasse 4 og 5 er vokset op med brudte familier, alkoholiserede eller stofmisbrugende forældre og/eller forældre, der har brugt vold eller krænket børnene seksuelt (ibid., pp. 27-33). Der er meget lidt opmærksomhed i lærebøger i psykiatri og psykologi om problematikker relateret til uligheder i klasse, race og køn (Rogers & Pilgrim, 2014, p. 33). Derimod er der kun en lille eller ingen kulturel kløft til personer i socioøkonomiske områder med høj status. Her flourer diagnoser og forslag til dem, ifølge Horwitz (2002). Folk i disse områder har forståelse for, hvad tegn på psykisk sygdom er, og hvordan de giver sig udtryk i symptomer (ibid., pp. 47-51;

pp. 63-70). Horwitz beskriver ligeledes, hvordan social og kulturel afstand mellem befolkningslag påvirker "labeling" – stempling: jo større afstand, jo mere negativ stempling, jo kortere eller ingen afstand, jo mere positiv stempling (ibid.). Han beskriver endvidere, hvordan de normer, psykiatriske professionelle benytter til at definere psykisk sygdom, afspejler den konventionelle, dominerende kultur. Mine observationer gik på, at psykiaterne var den personalegruppe, der tilbragte mindst tid sammen med patienterne, men de havde stor magt over diagnose, medicinering og behandling. De dele af litteraturen, der behandler temaet, bekræfter fænomenet. Rhodes (1991) skriver, at psykiaternes status var korreleret med mobilitet, privatsfære og afstand til patienterne, og at de – af alle personalegrupper – havde den højeste grad af kontrol over sted og tid, samt at de kunne arbejde på deltid fra deres private kontorer (ibid., p. 30). Barrett (1996) skriver tilsvarende, at psykiaterne, der fremtrådte som den mest magtfulde og autonome profession, opretholdt en tidsmæssig og rumlig afstand til patienterne. Samme distance kombinerede de med patienternes private oplysninger til at fremstille et dybdeperspektiv, som om tilfældet fremstod med en indre kerne. Det kunne de så betragte som deres privilegerede praksis og kundskabsområde (ibid., p. 274). Løchen (1976, pp. 50-94) formulerer problemet i mere generelle termer, psykiateren er "lidt læge, lidt psykoterapeut og lidt vogter" (ibid., p. 91). Han mener, de forskellige normative forventninger til psykiateren er modstridende, som fx mellem nærhedskrævende behandlingsopgaver på den ene side og på den anden vogteropgaver, som kræver en vurdering af det miljø, patienten skal ud i. Er patientens familie klar til at tage imod hende, og kan hun gøre skade på sig selv eller andre? Løchen skriver, at i psykiaterens rolle flyder en stadig strøm af individuelle og sociale hensyn, hun må afveje dem i forhold til hinanden, og hun må i langt højere grad end somatiske læger tage hensyn til tolerancegrænser i andre sociale systemer (ibid., p. 55). Patienter fra arbejder- og underklasse får sjældent tilbudt psykoterapi, en væsentlig grund kan være, at psykoterapeuter bruger en ekstrem version af den personlige sprogkode. Det begrundes min formodning om, at Bernsteins restringerede sprogkode – eller i hvert fald lommer af den – stadigvæk gælder. Patienterne i Cirklens dagcenter kom hovedsageligt fra socialklasse 4 og 5, hvor de var mere fortrolige med den restringerede kode fra deres opvækstfamilier og overvejende formulerede deres hverdagssemantik i den. Psykoterapi passede derimod patienterne fra socialklasse 1, 2 og 3 i Kvadratets dagcenter fint, de var i forvejen vant til den personlige kode, og tre-fire patienter gik i psykoterapi i længere tid (Bernstein, 1964; 1974). Schnitzer (1996) fortsætter

med samme fokus på den kulturelle kløft mellem behandlergrupperne og de fattigste patienter. Hun taler om giftigheden af et liv i fattigdom (ibid., p. 574) og gør opmærksom på, at klassebaserede privilegier kan være knyttede til – såkaldt – almindelige ting som adgang til telefon (artiklen er fra USA i 1996), som letter kommunikation, eller at have en bil, der mindsker transportproblemer (ibid., p. 577). Behandlerne fokuserer på enkeltpersoner og (for)dømmer ofte deres klienter/patienter fra de nederste sociale lag med kliniske termer. Schnitzer gennemgår tre af de almindeligste fordomme om dårligt stillede patienter, hvor hun beskriver sætninger, hun har hørt gentagne gange: ”They don’t come in”, ”They are so disorganized” og ”They don’t care”. De giver hver især anledning til at opfatte dårligt stillede patienter som hhv. uansvarlige, kognitivt inkompetente og moralsk defekte. Her kan man notere sig en inddeling i ”dem”, og det modsatte må jo så være ”vi” – altså en polarisering mellem personalet, der har fast arbejde, og de fattige. De fattigste patienter bliver ofte betragtet som ”ubehandlelige” på grund af deres massive problemer (ibid., p. 575)¹²¹. Der er så forskelle på fattigdom mellem amerikanske forhold og danske, men tendensen er sigende.

6.8.1. Forskelle i sprogkoder?

På Cirkelns dagcenter var der ud fra mine felt- og interviewnoter kun en patient, der gik til psykolog. I interviewet sagde patienten: ”Psykolog? – det var godt i begyndelsen, til sidst pissede de på mig [...] senere [fik] den nye psykolog [...] mig til at bryde sammen. Hun var uforskammet, jeg sagde fra efter tre gange”

¹²¹ Den første fordom giver anledning til at kalde ”dem” for upålidelige og uansvarlige, fordi behandlerne ikke har tilstrækkelig sans for de daglige vanskeligheder, som personer fra de dårligst stillede lag har at kæmpe med. Fx en mor, der havde ventet i fire timer på en aftale med sine børn og til sidst gav efter for den yngstes plagen om en snack. Lige på det tidspunkt kom lægen, før moderen kom tilbage, og hendes fravær blev opfattet som et tegn på uansvarlighed, og en rapport om ”neglect” blev påbegyndt. Den anden fordom sætter spørgsmålstegn ved de dårligst stillede patienters kognitive kompetence. Fx fortalte en seks år gammel pige sin psykiater, at hun havde set en stor rotte i sit skab om natten. Han forstod det som en hallucination, som støttede en skizofrenidiagnose. Barnets psykoterapeut indvendte, at der faktisk var store rotter i familiens lejlighed. For barnet var diagnose og behandling afhængig af, om det drejede sig om ”intern” psykopatologi eller om eksterne forhold. Her anfører Schnitzer (ibid., p. 575), at det kan være nemmere at diagnosticere psykose end at fjerne familien fra den rotteinficerede lejlighed. Den tredje fordom fokuserer på behandlernes perception af ligegyldighed hos dårligt stillede patienter. Fx en hvid læge, der diagnosticerede en hiv-infektion hos en afroamerikaner, og som ikke syntes, at han reagerede chokeret nok. Et afroamerikansk teammedlem prøvede at forklare: ”Det er bare en ting oven i alt det andet” for ham og hans dårligt stillede familie.

(Interviewnoter, 7.6.1991). Han var den eneste patient på Cirkkens dagcenter, der fik psykologsamtaler – behandlingen mislykkedes som citeret med begge psykologer. Det kan være tilfældigheder, der har gjort, at jeg ikke opfangede andre af Cirkkens patienters psykologbehandling i feltnoterne. Der var imidlertid nogle stykker på Kvadratets dagcenter, der fik psykologsamtaler, det fremgik både af feltnoter og interviewnoterne. I hvert fald forekom det sjældnere på Cirkkens dagcenter end på Kvadratets dagcenter, at patienterne blev henvist til en psykolog, selv om mange patienter på Cirkkens dagcenter udtrykte ønske om det – der var så også flere patienter indskrevet på Cirkkens dagcenter end på Kvadratets dagcenter. Myers & Roberts (1959) skriver om problemstillingen, at socialklasse 3-patienter kan have været bedre i stand til at verbalisere deres subjektive følelser, så de fremtrådte mere vigtige for terapeuten end deres andre klager, og de anerkendte de psykologiske og interpersonelle komponenter i deres funktionelle psykiske sygdom – hvor socialklasse 5-patienter stort set kun anerkendte deres (psyko)somatiske symptomer som patologiske (ibid., pp. 229-230). Bernstein (1964) har en sprogkodevinkel på, hvordan psykoterapi kan mislykkes med socialklasse 4 og 5 patienter¹²². Som argument for, at sprogkoderne – eller i hvert fald lommer af dem – stadigvæk betyder noget, kan jeg anføre observationer fra morgenmøder med patienterne i begge dagcentre. I Kvadratets dagcenter blev patienterne væk, hvis teammedlemmerne forsøgte sig med tvangsudskrivning til de praktiske opgaver, så kom de først op ad formiddagen. I Cirkkens dagcenter – når teammedlemmerne spurgte de enkelte fra en ende af – argumenterede patienterne enten for, hvorfor det var umuligt for dem lige den dag, eller de påtog sig opgaven. Forskellen var åbenbart den status som overordnede, patienterne i Cirkkens dagcenter tilskrev teammedlemmerne. De var vant til autoriteter, der gav instrukser, det var en del af deres livsvilkår som de nederste lag i hierarkiet. I Kvadratets dagcenter virkede teammedlemmernes autoritet ikke, patienterne var med deres højere uddannelsesniveau ikke vant til at efterkomme instrukser, de ville selv tage stilling. En yderligere observation, der peger i retning af solidaritet – og dermed indirekte på sprogkoden eller lommerne i den – fremgik, når patienterne på Cirkkens dagcenter ikke gik deres vej, hvis de kedede sig, de blev

¹²² Arbejderklassen udgjorde i 2009-tal 47 %, og underklassen 20 % af befolkningen, 67 % er stadigvæk en betragtelig del af befolkningen 24 år efter den første opgørelse fra 1985. Da udgjorde de to grupper hhv. 58 % og 18 % af befolkningen, det vil sige 76 % (Olsen et al., 2012, p. 14). På den baggrund – med 9 %'s forskel på 24 år – er der grund til at tro, at det – hvis tallene følger samme tendens – ikke har ændret sig mere end nogle få procent i de sidste ni år.

siddende og kedede sig sammen. De var vant til fra deres sociale liv, at hvis de skulle sætte deres rettigheder igennem, skulle det ske på kollektiv basis – det er måske den holdning, der slog igennem også ved et så specielt fænomen som kedsomhed på et psykiatrisk dagcenter. Patienterne på Kvadratets dagcenter havde tendens til at gå deres vej, når de kedede sig – der var dog også andre og måske mere dominerende problemer involveret.

Bernstein (1964) skriver om psykoterapi, at den er en ekstremvariant af den personlige sprogkode. Det er imidlertid over halvtreds år siden, Bernstein begyndte at udgive sine skrifter, og i Danmark med vuggestuer, børnehaver og skoler, hvor sprogekoden er til den personlige side, må der være nogle modifikationer. Men i det følgende tillader jeg mig at sætte tingene på spidsen og gengiver Bernsteins problemstillinger for at give et klart billede af de problemer med psykoterapi, patienter fra socialklasse 4 og 5 kan komme ud for. Vi så i teorikapitlet, at den restringerede kode bygger på en klar struktur af autoritetsrelationer, hvor status i aldersrelationer og køn gav utvetydige opskrifter for passende adfærd, og at den fokuserer på konsekvenserne af handlingen snarere end på dens intentioner (ibid., pp. 60-62). Den restringerede kode hjælper til at opretholde solidaritet på bekostning af verbal signalering af unikke erfaringer og forskelle i gruppen (ibid., p. 56), den udarbejder ikke verbalt en persons unikke mening og erfaring, den forbliver implicit og fjerner samtidig talerens behov for at udarbejde den (ibid., p. 63). Koden er relevant og effektiv i patientens egen sociale gruppe, men den orienterer ikke patienten i en speciel relation som psykoterapi. Den sidste bygger på en antagelse om, at de betingelser, der gav anledning til den psykiske sygdom, kan forbedres i en relation, hvor kommunikationen mellem patient og psykoterapeut er afgørende. Luhmann (1984, pp. 193-201; 1987c, p. 114) kalder fremgangsmåden at dekomponere kommunikationen ved refleksive operationer. Han skriver, at det er en ”dyr” procedure, som kan teste tålmodigheden hos deltagerne i et almindeligt interaktionssystem. Men psykoterapi har netop til formål at dekomponere kommunikationen – at gøre den refleksiv – ved at spørge ind og sætte spørgsmålstegn ved enkeltheder i patientens fremstilling. Bernstein (1964) skriver, at det vil være et usædvanligt interaktionssystem for en patient, som er mest fortrolig med den restringerede kode. Det var måske den kode, der taltes i hendes opvækstfamilie. Psykoterapeuten forventer, at patienten verbaliserer sine intentioner, motiver og begrundelser for, at hun handlede, som hun gjorde. De forventninger vil patienten imidlertid have svært ved at leve op til, da hun ikke er

vant til at formulere dem verbalt¹²³. Den restriungerede kode faciliterer ikke en vedholdende interesse i processer, især ikke i motivationelle processer, og selvet bliver sjældent genstand for verbal undersøgelse (ibid., p. 63). Stillet over for en patient, der er mest fortrolig med den restriungerede kode, skaber interaktionssystemet spændinger i patienten, der udmunder i passivitet og afhængighed. Psykoterapeuten bliver tilsvarende presset ind i en rolle, der er mere aktiv og dominerende, end hun – formodentlig – bryder sig om. Hvis en psykoterapi skal være vellykket, medfører det en ændring i patientens kode, og på psykoterapeutens side kan manglen på ”passende” kommunikation begunstige udviklingen af en større sensitivitet og tilpasningsforsøg til patientens sprogkode (ibid., pp. 63-64). Hvis patienter, der er mest fortrolige med den restriungerede kode fra deres opvækst, kommer ind i et psykoterapeutisk forløb, kan de blokere for ekstremvarianten af den personlige sprogkode, som psykoterapeuten benytter (Bernstein, 1964; 1974), før hun overhovedet kan nå at skabe irritationer i patienterne med det endelige formål at eliminere deres psykosociale forstyrrelser (Luhmann, 1988b, pp. 124-138; 1990d, pp. 648-653; 1995a, pp. 90-93) – hvis psykoterapeuten ikke er opmærksom på forskellene i sprogkoderne. Det kan have været det fænomen, der var på spil med ovennævnte patient fra Cirklens dagcenter og psykologen – ligesom det kan relatere sig til de klienter/fhv. psykiatriske patienter, som respondenterne fra Kirkens Korshær beretter om i næste afsnit. De kunne ellers have fået biografisk plausible forklaringer, hvor de ikke ville kunne glemme indsigten igen (Luhmann, 1990d, pp. 651-652), hvis psykoterapeuterne eller psykologerne havde været sensitive i relation til den restriungerede sprogkode.

6.8.2. ”Den kulturfattige gruppe”

Finn Jørgensen (1993) specificerer problemstillingen, når han skriver om distriktspsykiatrien, ”ligesom man fortsat mangler at udvikle psykoterapeutiske metoder og teknikker, som er egnet over for denne kulturfattige gruppe” (ibid., p. 87). Der var nogle få på Kvadratets dagcenter og lidt flere på Cirklens dagcenter, som man kunne betegne som ”kulturfattige”. Distriktsundersøgelsen pegede på nogle af dem, der færdedes uden for Cirklens dagcenter, men som

¹²³ Her vil jeg gøre opmærksom på Bernsteins beskrivelse af de mange forskellige roller, piger kan påtage sig i løbet af deres opvækst, hvor drengenes rolle er mere entydig (Bernstein, 1974, p. 161). Det ville være på sin plads her at skrive ”han” i stedet for ”hun” om patienten. Men det har jeg valgt ikke at gøre for at fastholde det generelle princip.

alligevel er relevante i denne kontekst. To respondenter fra den afdeling af Kirkens Korshær, som lå i Cirkelens distrikt, fortalte om klienter, der holdt til i varrestuen. Nogle var blandingsmisbrugere, de var tyndhudede og for op, hvis nogen kom til at skubbe til dem. Aggressionerne sad uden på tøjet, de var dårlige til at lytte og afbrød hinanden hele tiden. De var lidt flove over, at de kom i varrestuen. En del af dem havde været i terapigruppe på et psykiatrisk hospital, ”hvad de slet ikke kunne klare”, fortalte respondenterne. Det drejede sig således om tidligere psykiatriske patienter. De fleste var bosat i distriktet, men de udeblev fra Cirkelens dagcenter, selvom de kunne være indskrevne. Respondenterne fortalte, at de nævnte klienter manglede ord til at udtrykke sig, og at de sagde om terapien, ”det er noget pladder”, ”pædagogfis”, ”de kan bare det hele” og ”de er så kloge”. De kunne åbenbart ikke se sammenhængen mellem det, der skete i psykoterapien, på den ene side og den tilværelse, de skulle ud til, på den anden – de to fænomener fremtrådte som adskilte for disse eks-patienter (Knudsen et al., 1992, pp. 66-67). Det kan hænge sammen med den dynamik, som Sundin (1974) beskriver fra en institution, hvor terapeuter og klienter levede i adskilte verdener. Terapeuterne betonedede middelklasseværdier som individuelle præstationer og fremtidsrettede aktiviteter. Klienterne levede i en verden domineret af mistro: ”Man kan ikke stole på nogen, og alle er efter én. Derfor bliver det vigtigere at leve dag for dag, man ved alligevel aldrig, hvad der sker senere” (ibid., pp. 131-132). De havde ligesom de ovenfor nævnte klienter svært ved at se sammenhængen mellem terapien og den tilværelse, der ventede, og blev kun mere forvirrede af det, de oplevede som værdier, der var kulturelt fremmede for dem selv.

Jeg mener, man kan betragte Jørgensens (1993, p. 87) observation som en kommentar til klasse- og sprogkodeproblematikken. De svenske (social)psykologer Sundin (1974) og Schulze (1967) fremsætter nogle forslag til gavn for ”de kulturfattige” psykiatriske patienter. Sundin (1974) henviser ligeledes til Bernsteins sprogkoder og fortsætter, at børn, der er opvokset med den restringerede sprogkode, har tendens til hurtigt at forlade samtalebehandling, da sproget aldrig har haft en vigtig plads i deres liv (ibid., pp. 160-163). I de tilfælde, hvor psykoterapi er gået godt (for personer fra socialklasse 4 og 5), er man normalt gået frem på specielle måder. Begge parter har først lært hinanden at kende gennem uformelle kontakter og praktiske fælles aktiviteter – i beskyttede værksteder, i distriktspsykiatriske værksteder, på pensioner, bosteder og lignende. Først når klienten/patienten føler sig accepteret, som han er, og et tillidsforhold udvikler sig, kan psykoterapi begynde (ibid., pp. 160-163). Schulze (1967)

uddyber, når han beskriver socialt handikappede og hjemløse mænds situation. Socialforvaltningens medarbejdere har tendens til uofficielt at betragte dem som ”håbløse tilfælde” og anviser arbejde og boliger til mænd, der flere gange har bevist, at de ikke kan administrere en sådan ”normal” hverdag. Socialarbejderne ser dem derfor som ”ikkerehabiliterbare” og mener, det er nok at behandle dem nogenlunde menneskeværdigt og møde dem på en ikkefordreende måde. Klienterne/patienterne derimod møder gentagne fiaskoer og taber deres sidste rest af selvtillid (ibid., pp. 83-84). Angående spørgsmålet om personaleressourcer argumenterer Schulze, at det lykkes for de personer, det her drejer sig om, at komme i uføre så tilpas hyppigt, at det i det lange løb kunne spare ressourcer hos politi, domstolspersonale, somatisk og psykiatrisk personale, personale hos socialforvaltningen og personale på herbergerne. Alternativt kan man ansætte personale, der rent faktisk kan frembringe resultater for de dårligst stillede personer i underklassen, som kan forbedre livskvaliteten for de pågældende – idet de fleste har et bredt udvalg af psykiske lidelser. Det kan gøres i små enheder, hvor metoderne bliver tilpasset klientellet og ikke omvendt. Schulze nævner hændelser, hvor det i hvert fald delvist er lykkedes – blandt andet ved indledende socialmedicinske og socialpsykiatriske udredninger. Det skyldes, at man satser på personlig kontakt og tiltag, der faciliterer den, så klienterne føler sig trygge og hjemme i fællesskabet. Herfra kan de afprøve nye adfærdsformer og lære at løse konflikter på socialt acceptable måder. Man skal ikke regne med resultater efter et par måneder, men snarere regne i minimum et år, da det drejer sig om personer med et langt livs mislykkede erfaringer (ibid., pp. 86-91). Eriksson (1998) har i sin artikel om ”Svarte Petter” nogle beskrivelser af klienter/patienter, der ikke havde overskud nok til at tage deres krænkende barndom og opvækst på sig. De fremtrådte som fastlåste og ”æltede” videre på de samme problemer i resignation på den afvisning og mangel på relationer, de oplevede (ibid., pp. 139-142). Jeg har en begrundet formodning om, at ovenstående citater fra klienter hos Kirkens Korshær kommer fra personer, der blev hængt af et psykiatrisk hospitals tilbud om psykoterapi af grunde, der kunne relatere sig til den restriungerede sprogkode, og til et behandlingstilbud, der ikke var tilpasset til denne gruppe. Det samme kunne gælde for nogle af de klienter, Eriksson (1998) beskriver, og som passer med resultaterne fra Bernstein (1964; 1974), Schulze (1967) og Sundin (1974)..

6.8.3. Mere om psykoterapi

I min undersøgelse kom temaet om psykoterapi op i forbindelse med patienternes kommentarer i interviewene til utilstrækkelig behandling – det fremgik, at nogle patienter fra Cirklens dagcenter var motiverede for psykoterapi. Jeg har refereret til to af dem i afsnittet om tvangsfænomener. En tredje patient fra Cirklens dagcenter havde regnet med at være i en gruppe med et terapeutisk formål og vælge sig ind på programmet. Men den eneste samtalegruppe var for mandlige patienter, og hun var kvinde (Interviewnoter, 13.6.1991). Her var tre patienter, der var udpræget behandlingsmotiverede, men der var ingen tilbud til dem. En af de refererede, Marius, havde imidlertid taget sagen i egen hånd og selv skaffet sig psykoterapi på privat basis. I de første to tilfælde – refereret under tvangsfænomener – var det pres på teammedlemmerne i dagcentret, der havde opgivet at gå i dybden med patienternes symptomer. De nævnte patienter havde i alle tilfælde haft høje forventninger, som dagcentret ikke kunne honorere i praksis. Hvis man sammenligner forholdene og behandlingen på Cirklens dagcenter med Kvadratets dagcenter, så var de gennemgående bedre på Kvadratets dagcenter på grund af den mindre psykosepopulation i distriktet, og fordi patienterne var mere fortrolige med den personlige sprogkode. En patient fra Kvadratets dagcenter sagde i interviewet:

”Jeg havde en forventning om at komme til at tale med en psykolog. Jeg gik tidligere til psykologsamtaler hos XXX på Sankt Hans. Jeg spurgte XXX (psykiateren), om jeg kunne få det her. Hun virkede fantastisk irriteret, da jeg spurgte, hvad jeg mente forskellen mellem en plejer (patientens nuværende primærbehandler) og en psykolog var, og jeg svarede ”uddannelsen”. Jeg spurgte, hvad de brugte psykologer til, XXX svarede ”til visitationer og gruppeterapi”. Men Astrid har fået samtaler med psykolog, efter XXX (patientens primærbehandler) holdt op” (Interviewnoter, 4.2.1991a).

En anden patient tematiserede noget tilsvarende:

”... at det ikke er en ergoterapeut (patientens nuværende primærbehandler), det skal være en sygeplejerske eller en læge. Det er nedladende med en ergoterapeut, jeg kunne lige så godt snakke med min mor. De har bare handlet, som de selv syntes. Når man kommer fra gaden og er syg, vil man gerne snakke” (Interviewnoter, 8.3.1991).

Løchen (1976) skriver, at det kan give jalousireaktioner og animositet blandt patienterne, hvis de finder ud af, at andre patienter får mere individuel terapi, end de selv gør hos en psykiater eller psykolog. De to sidstnævnte kan med deres virksomhed – hvor det ikke nødvendigvis er overskueligt for patienterne, hvad der giver anledning til det – komme til at skabe et hierarkisk arrangement blandt patienterne, som har en antiterapeutisk effekt. Patienterne kunne være stærkt optaget af denne sociale inkonsekvens og kunne opfatte det som et system til belønning og straf (ibid., p. 87; p. 174).

6.8.4. Hændelser med blandede sprogkoder

For at dokumentere, at sprogkoderne efterhånden er blevet blandede, så patienterne på Kvadratets dagcenter også udtrykte sig i anekdoter, og at patienterne på Cirkelens dagcenter kunne udtrykke sig personligt og erfaringsbearbejdende, vil jeg anføre to hændelser. Jeg observerede Charlotte, der underholdt hele Caféen i Kvadratets dagcenter en eftermiddag:

”Hun havde været nede på en lokal politistation med et sjovt kort til dem, hun kendte dem, og de kendte hende ... Noget med, at før i tiden kunne hun klare lidt af hvert, ”før jeg blev syg”. Lidt senere, ”Nu er jeg alt for sensitiv”, og ”Jeg er som en fugl med stækkede vinger”. Hun havde boet i USA i tretten år, blandt andet et par steder i Californien. Hun havde været servitrice og havde senere haft en restaurant derovre” (Feltnoter, 1.6.1990). Beretningen fortsatte et par måneder efter for en tilhørerskare ved Det store Bord på 2. sal, ”Hun var blevet indlagt på stamafdelingen, men de lod hende gå igen. Det var i februar, hun havde gået rundt på bare fødder, ligget i en park om natten nogle gange, hendes fødder var helt ødelagte. Hun havde ikke sovet i tre måneder. Til sidst kom politiet ind i hendes lejlighed, ”Kom så, vi skal ud og køre en tur”, og så havde de kørt hende til stamafdelingen. Hun havde skåret ledninger over til telefon og fjernsyn derhjemme, det var ikke nødvendigt med strøm for at få det til at virke” (Feltnoter, 7.9.1990).

Her fremsatte Charlotte beretningerne som sociale ordensydelse, hvorved de fik kommunikativ værdi. Det var en fortælling, der beskrev nogle psykotiske forestillinger, der var ingen af de andre patienter, der tog afstand fra hendes beretninger – det gjorde de andre patienter som regel kun ved direkte symptomudtryk. Eller Georg, der skabte flere interaktionssystemer på kort tid en formiddag i Cirkelens dagcenter.

Vagn og undertegnede var til stede ved det første: ”Han (Georg) havde det skidt, med tankemylder, han rystede og havde sovet dårligt. Han havde været indlagt på stamafdelingen for nylig, hvor han fik en stor dosis Truxal. Han klagede over abstinenser, det kløede i hovedbunden og alle vegne i huden. Han skældte ud på en sygeplejerske, fordi hun ikke ville give ham noget (der kunne modvirke abstinenser og kløe), det var ydmygende at skulle vente og have det så dårligt. Han fortalte, at han fik det bedre og glemte tankemyldret, hvis han koncentrerede sig om badminton. Det var så ikke muligt her, men vi tre begyndte at spille kort, ”Olsen”. Georg sagde, han var for dårlig til at lære mig reglerne, det måtte Vagn klare, han blandede sig dog alligevel af og til, men stod af efter andet spil. Han gjorde en sag ud af sin tilstand og formåede at engagere andre i den. Bagefter tog jeg nogle tyrkiske plakater ned med hjælp fra Vagn. Georg ville gerne have to af dem med hjem og bad mig rulle dem sammen for sig. Jeg forstod, han rystede for meget på hænderne til selv at gøre det. Han kom dog med nogle elastikker, da jeg bad ham om det. Lidt efter fik han en kvindelig patient til at klippe sine negle for sig, han rystede stadigvæk for meget (Feltnoter, 7.2.1991).

Jeg opfattede interaktionerne fra Georgs side som en personlig beretning, måske let dramatiseret? Men han rystede rent faktisk på hænderne. Hele kommunikationsforløbet bestod af sociale ordensydelse. Det dokumenterer dog ikke, at der ikke stadigvæk er lommer i de nederste socialklasser, hvor patienterne er mest fortrolige med den restringerede sprogkode (Bernstein, 1964; 1974).

6.9. Undgåelse

6.9.1. Ansvar, ambivalens og eksponering

På begge dagcentre havde teammedlemmerne problemer med at få de daglige opgaver afsat – bortset fra madlavning i Praktisk Gruppe, som var aftalt på forhånd. De havde forskellige strategier for at få de daglige opgaver delt ud. Det medførte ansvar at påtage sig en praktisk opgave, selv en tilsyneladende beskednen af slagsen som at tømme en opvaskemaskine, at lave kaffe og te eller rydde af bordene efter frokost. Det veg nogle patienter tilbage for, de prøvede at undvige det ansvar, der fulgte med opgaven. Her kommer to hændelser fra Cirkelns dagcenter:

På et morgenmadsmøde var det gået rimelig nemt med at få patienterne til at melde sig til de praktiske opgaver, men kaffebrygningen var stadig ledig. Mødelederen henvendte sig til Ask som den første. Han protesterede og sagde, at det gjorde han altid. Mødelederen sagde med et grin: ”Gider du godt gøre det alligevel?” Ask accepterede (Feltnoter, 7.11.1990).

En anden dag gik det ligeledes tungt med tilmeldingen til de praktiske opgaver til morgenmadsmødet:

Mødelederen var raden rundt, Otto meldte sig ret hurtigt til afrydning efter frokost. Men de forskellige resterende opgaver var vanskelige at få afsat. Georg sagde, han var for syg, Bøje havde et ærinde i byen, Markus og Ask sagde begge, at de havde aftaler, Bruno meldte sig til sidst til at vaske viskestykker og håndklæder og til at tømme opvaskemaskinen. Et teammedlem kommenterede bagefter, da vi stod for os selv, at patienterne var bange for at tage et ansvar (Feltnoter, 31.10.1990).

Interaktionerne var sociale ordensydelse med synkronisering og uden forstyrrelser på de tre meningsdimensioner. Det skortede heller ikke på hændelser fra Kvadratets dagcenter. Her anfører jeg et af dem:

Til morgenmødet skulle de praktiske opgaver fordeles. En af opgaverne var opvasken fra dagen før i tekøkkenet på 2. sal. Lederen af morgenmødet spurgte, hvem der ville påtage sig opgaven. Efter et par gange vil-vil ikke med korte mellemrum meldte Dorte sig. Jeg fulgte trop og meldte mig også til opgaven, men jeg skulle bruge alle mine overtagelsesevner for at få hende med ud i tekøkkenet. Efter et par minutter slappede hun af. Hun vaskede kopper, tallerkener og bestik, og jeg tørrede det. Vi havde en normal snak, hvor Dorte fortalte, hun var i (navnet på en NGO) nogle dage om ugen og lavede forefaldende kontorarbejde. Tidligere havde hun ordnet tidsskrifter, hun var uddannet (betegnelsen for hendes erhverv), men det kunne hun ikke klare mere. Der var hyggeligt i NGO'en, sagde hun, og vi snakkede videre om NGO'en og andre ting (Feltnoter, 19.3.1990).

Dortes ambivalens var tydelig, hun konnekterede og synkroniserede, men tog beslutninger med det modsatte resultat et par gange. Og jeg anstrengte mig kraftigt for at få hende til at effektuere sin sidste beslutning, så vi ikke skulle tage temaet med opvask i tekøkkenet op igen og begynde forfra. Vi havde etableret et fælles projekt om at vaske op i tekøkkenet, men Dortes sidste modstand i køkkendøren var ved at kuldsejle det. Man kan se hendes ambivalens som en social

uordensydelse og ligeledes hendes modstand mod at gå ud i køkkenet som påfaldende adfærd i alle tre meningsdimensioner. Det var heller ikke indirekte kommunikation, der var hverken genkendelig information – intention – eller ytring, der var kun fysisk modstand. Lidt efter leverede hun imidlertid sociale ordensydelser med en interaktion om forskellige temaer uden forstyrrelser på de tre meningsdimensioner og med en upåfaldende adfærd. At påtage sig daglige opgaver som opvask, hvor resultatet bliver synligt for alle i dagcentrene, var et stort problem for nogle patienter. Når de selv gør tilsvarende ting derhjemme, foregår det som private hændelser. Når de samme aktiviteter foregår i dagcentret, bliver de en offentlig præstation, og det gør en forskel. Jeg ved ikke, om Dorte og de andre patienter vaskede op derhjemme hver dag som en naturlig ting. Men i dagcentret følte de sig iagttaget, og det blev de også, der var vidner til alt, hvad man foretog sig – det virkede åbenbart skræmmende på nogle patienter. Kåver (2014) beskriver den sociale angst, der kan ligge bag, og som kan få patienter til at blive bange for at dumme sig offentligt (ibid., pp. 41-43). På Kvadratets dagcenter var det teammedlemmernes erfaring, at hvis de insisterede på, at patienterne meldte sig, som teammedlemmerne på Cirkelns dagcenter gjorde det, udeblev patienterne fra morgenmødet og kom først op ad formiddagen (Feltnoter, 10.7.1990). På Cirkelns dagcenter forsøgte man først med frivillig tilmelding. Hvis den ikke gav resultater, henvendte mødelederen sig til de enkelte patienter, som så kunne få lov til at forklare, hvorfor de ikke kunne påtage sig opgaven lige den dag – eller som så påtog sig opgaven. Der var således et lidt højere forventningsniveau til patienterne i Cirkelns dagcenter end i Kvadratets dagcenter (Lamb & Goerzel, 1971). Men den var ikke så ekstrem som beskrevet i artiklen, hvor det drejer sig om et patienthjem, der stort set ikke forventer selvstændig handling fra patienternes side, sat over for de to dagcentre. Dertil kommer, at når patienterne protesterede mod tvangsudskrivningen ved at udeblive fra morgenmødet og først komme op ad formiddagen, kunne teammedlemmerne på Kvadratets dagcenter ikke stille så meget op.

6.9.2. En tegneseance

En dag på Kvadratets dagcenter var der lagt op til gruppearbejde i Caféen.

Et teammedlem havde annonceret gruppearbejde i Caféen. Hun fik os til at samle fire borde og lagde et stykke brunt karduspapir ud over det hele. Der var fire

patienter, Elin, Kristine, Marianne, Rumiana og undertegnede. Vi fik udleveret tuscher og skulle så tegne figurer, der skulle klippes ud og danne et puslespil. Vi begyndte at tegne efter teammedlemmets anvisninger. Kristine deltog et par minutter, men sagde så, at hun havde en aftale med psykiateren kl. 13, men hun ville have frisk luft først, klokken var omkring 12.50. Lidt efter gik Marianne uden at sige hvorfor. Jeg opfattede begge dele som angstreaktioner. Elin gik i stå, og Rumiana gjorde flere ting forkert, som udlænding havde hun muligvis nogle sproglige vanskeligheder. Det efterlod mig med en blokeret patient og en udlænding, der ikke havde forstået instruktionerne på dansk (Feltnoter, 28.2.1990).

Patienternes adfærd tangerede sociale uordensydelse i flere meningsdimensioner. Kristine, der forlod bordet, konnekterede, men ventede ikke på, at teammedlemmet eller de andre patienter synkroniserede, idet hun forlod Caféen. Marianne forlod ligeledes Caféen, men gjorde ikke noget forsøg på hverken at konnektere eller at synkronisere, hun gik bare uden en forklaring. Elin blokerede og afstod dermed fra yderligere aktiviteter, og den fjerde patient, Rumiana, havde som udlænding ikke helt forstået instruktionerne.

Et teammedlem kommenterede til mødet om eftermiddagen, at patienternes vanskeligheder blev tydeligere stillet over for en opgave. Det kom frem i mange sammenhænge. Det viste sig i flere sammenhænge, at patienterne undgik opgaver, fordi det påførte dem ansvar og eksponerede dem i Kvadratets dagcenter, som beskrevet af Kåver (2014). En patient, Grete, sagde på et tidspunkt: ”Så snart der er krav, får jeg det dårligt” (Feltnoter, 17.6.1991). De mange tilfælde af opgaveundgåelse og ambivalens over for opgaver pålagt af teammedlemmerne peger i samme retning. I sin bog om social angst skriver Kåver (2014), at kernen i social angst er en skræk for at blive genstand for andres opmærksomhed og for at dumme sig (ibid., pp. 39-51). Det betyder for det meste også, at man har meget høje krav til egne præstationer, en slags social perfektionisme. Kåver refererer til skellet mellem generel og specifik angst. Den generelle angst indebærer, at angsten viser sig, så snart man opholder sig blandt andre mennesker. Følelsen af at være iagttaget forekommer ofte sammen med et helt urealistisk billede af, hvem man er (ibid., p. 40). Den specifikke angst fremkommer i situationer, hvor man skal præstere noget, mens andre ser på. Det var overvejende den sidste form, jeg kunne observere hos dagcenterpatienterne. Kåver opregner fire måder, social angst kan vise sig på, en af dem er flugt og undvigelsesadfærd (ibid., p. 4). Det sidste passer meget godt på nogle af dagcenterpatienterne, de prøvede at undvige opgaven og

dermed andres – eventuelt kritiske – opmærksomhed på deres præstation. Det blev meget tydeligt med begge dagcentres patientadfærd til morgenmøderne, Dortes ambivalens og i tegneseancen i Kvadratets dagcenter. Patienterne ville ikke blotte sig og undlod derfor at tage det ansvar, der fulgte med opgaven (ibid., pp. 39-43). I sin beskrivelse af social angst anfører Kåver DSM-5's version af kriterier og benævnelse. Her står der, at rædslen eller angsten er ude af proportion med den sociokulturelle kontekst og den faktiske trussel, som situationen udgør (ibid., p. 43). Kåver anfører fysiologiske kriterier på angst. Det samme gør Simonsen & Møhl i kapitlet om angsttilstande (2010, pp. 361-382) og Poulsen (red.) (2010, pp. 52-53). Begge refererer til WHO's ICD-10-klassifikation, som angiver, at mindst et symptom som hjertebanken, sveden, rysten eller mundtørhed skal komme fra det autonome nervesystem.

6.9.3. Diskontinuitet – undgåelse af ”forpligtende” interaktion

Diskontinuitet hører til tidsdimensionen, det modsatte er kontinuitet. Mine observationsbetingelser på de to dagcentre var meget forskellige. På Kvadratets dagcenter kunne jeg i Åbent Rum registrere, hvem der forlod dagcentret, når jeg ikke var optaget af et interaktionssystem, et spil eller sad med ryggen til hoveddøren. På Cirklens dagcenter var hoveddøren placeret, så jeg ikke kunne se, hvilken af de tre muligheder patienterne valgte, når de gik ud til trappen på den anden side af hoveddøren. De kunne gå op til ambulatoriet på 1. sal eller gå ned i kælderen, eller de kunne helt forlade dagcentret. Jeg har kun et sikkert dokumenteret tilfælde af diskontinuitet på Cirklens dagcenter. En patient, Dirk, gik fra samtalegruppen for mandlige patienter, nåede at gå hjem og ringe til sin mor samt at drikke kaffe på Tages Hus – hvor jeg på lige det tidspunkt var på besøg med Socialgruppen – før han vendte tilbage til samtalegruppen. Dirk var forsvundet i en halv time, fortalte det teammedlem, der var en af lederne af samtalegruppen, senere til teammødet (Feltnoter, 7.11.1990). Mine observationer tyder på, at der var mindre diskontinuitet på Cirklens dagcenter end på Kvadratets dagcenter. En stor del af dokumentationen for den betragtning er, at patienterne på Cirklens dagcenter blev siddende, når de kedede sig og kedede sig sammen med de andre patienter. Kedsomhed kunne også være involveret i patienternes diskontinuitet på Kvadratets dagcenter; når det var tilfældet, kunne deres diskontinuitet være en social ordensydelse. Man kan opfatte den kontingente diskontinuitet som en form for indirekte kommunikation. Patienterne dannede

en intention – informationsdelen – om at forlade dagcentret, og selve ytringen/handlingen var så bevægelsen ud ad fordøren. I indirekte kommunikation er der ikke en forventning om forståelse eller svar, der kan udgøre holdepunkt for en konnektion.

Et beslægtet tema til ”ansvar og eksponering” vil være diskontinuitet, fordi det også involverer undgåelse, men her ser det ud til at være undgåelse af det, patienterne opfatter som ”forpligtende” kommunikation, nærmere betegnet konnektion og synkronisering med andre patienter. Også i de tilfælde, hvor det måske kun drejede sig om ultrakorte interaktionssystemer med tre-fire bidrag fra to involverede deltagere. Hvis og når det var tilfældet, kan man se deres diskontinuitet som udtryk for en social uordenssydelse. Nedenstående beskrivelser kommer alle fra patienternes diskontinuitet på Kvadratets dagcenter. Teammedlemmerne var ikke direkte involveret, men nogle patienter kunne bruge kommunikation fra teammedlemmer som anledning i de reaktioner, som førte til diskontinuitet. Dagcentrets lokaler var for trange til, at patienterne kunne differentiere rumlig-social placering i relation til egen tilstand den dag, som der var mulighed for på Cirkelns dagcenter. Der var meget diskontinuitet i den sociale interaktion, patienterne gik ofte fra Kvadratets dagcenter. De kom også hyppigt tilbage igen samme dag, ti minutter efter eller flere timer senere, det var en meget brugt løsning. Eller de skiftede plads i Åbent Rum, de kunne gå fra Det store Bord, hvis interaktionen eller en anden patients symptomer blev utålelige eller for uoverskuelige. Eller hvis der var for mange til stede, det kunne være angst for tæt kontakt, for meget larm, høje stemmer, som reaktion på andres symptomudtryk eller på sygdomssnak. Det var de umiddelbart synlige fænomener, der kunne få patienterne til at forlade et interaktionssystem, skifte plads i Åbent Rum eller helt at forlade dagcentret. Det var noget, jeg kun kunne observere tilnærmelsesvist, da jeg ikke med sikkerhed kunne sige, hvad der gjorde udslaget i en bestemt situation. Patienterne kunne have haft deres gode grunde til at forlade dagcentret, som jeg ikke lige kunne gennemskue, men der var for meget diskontinuitet i dagcentret til, at det kunne være tilfældigt. Jeg kunne ikke vide, hvad der foregik i deres psykiske system, det var ikke observerbart, når de ikke kommunikerede det. Luhmann skriver, at tale og at tie er den sidste kode for kommunikation (Luhmann, 1989, p. 105), det var stort set en tavs diskontinuitet, jeg kunne observere. Det ville gå ud over den diskrete rolle, jeg havde påtaget mig som deltagerobservatør, hvis jeg henvendte mig direkte til patienterne og spurgte, hvorfor de gik. Ved tilstedeværelse i dagcentret kunne man ikke

ikkekommunikere, også ved tavs tilstedeværelse kunne både man selv og andre patienter percipere reflektivt (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967, p. 22). Patienterne måtte derfor prøve at kontrollere deres fremtræden, kropssprog og adfærd, idet den kunne blive udsat for fortolkning og kommunikation. Jeg formoder, patienterne i de fleste tilfælde valgte fravær for at undgå reflektiv perception og eventuel konnektion og synkronisering. Temaet fokuserer på den kontingente kommen og gåen, som jeg hyppigt observerede i Kvadratets dagcenter. De nedenstående hændelser følger så nogenlunde den kronologiske orden. Der var jævnlige ret få til patienternes morgenmøde, fire-fem stykker, og så kom de andre patienter i en jævn strøm i løbet af formiddagen. Teammedlemmerne indskærpede til husmøderne i foråret 1991, at den officielle mødetid var klokken 9.30, ellers skulle man melde afbud til sin primærbehandler. Det var imidlertid de færreste patienter, der overholdt retningslinjerne.

6.9.4. Kontingent diskontinuitet som observeret i kronologisk orden

For ikke at trætte læserne unødigt anfører jeg i det følgende kun enkelte hændelser fra hvert af de tre år. Her kommer nogle stykker fra hhv. 1989, 1990 og 1991: Sanne kom ind i dagcentret og sagde, hun ville gå igen, men gik så ind og snakkede med et teammedlem efter et par minutter, før hun gik (Feltnoter, 20.7.1989). Et teammedlem var gået ind i sofarummet med en patient. Lidt senere kom Kristine ind i dagcentret og gik også derind. Jeg kunne høre hende råbe op, så hende komme ud gennem Åbent Rum, hun tog sit tøj og forlod dagcentret (Feltnoter, 16.8.1989). Til et teammøde var der diskussion om psykologiundervisningen, der havde fundet sted samme formiddag. Psykologen sagde, at der var et højt angstniveau blandt patienterne. Folk skulle kunne gå, når det blev for meget, hvad flere patienter da også havde gjort (Feltnoter, 12.10.1989). Til en psykologiundervisning gik Sofie efter en anden patients bemærkning om religion som straffesystem og fordømmelse og kom igen cirka et kvarter efter (Feltnoter, 26.10.1989).

På et teammøde sagde de, at Ida altid meldte afbud til den faste samtale om mandagen, og hun tog det så selv op om tirsdagen (Feltnoter, 11.1.1990). Der var mange patienter i Caféen, det virkede fyldt og lidt uroligt. Marianne kom og så plaget ud og gik igen uden at have sagt noget (Feltnoter, 16.2.1990). Marianne var i Åbent Rum først på dagen, men gik igen ud af dagcentret. Hun dukkede først op igen til frokost i Caféen (Feltnoter, 19.3.1990). Sten kom og satte sig for

bordenden af Det store Bord, han var lige kommet ind i dagcentret. Han gik igen efter et øjeblik, uden at have sagt noget, ud af dagcentret (Feltnoter, 11.4.1990). Det teammedlem, der ledte videogrupper, berettede, at patienterne af og til gik fra gruppen. Bent ”skulle altid ud at vandre”, og yderligere om den samme patient og Ninna, ”de skal have deres stimulanser”. Det vil sige, de skulle ud at have kaffe og smøger af og til (Feltnoter, 8.10.1990). Et teammedlem havde arrangeret en forevisning af ”De fire årstider” i videorummet. Et par af patienterne udvandrede tavst, en patient forlod lokalet, da der kom noget seksuelt, og en anden gjorde det samme, da forældreparret blev skilt (Feltnoter, 4.12.1990).

Jeg deltog i fire af de husmøder, dagcentret afholdt i foråret 1991, hvor alle patienter var inviterede. Der var meget uro under nogle af møderne, og flere af patienterne gik, før møderne sluttede, ud af dagcentret (Feltnoter, 6.2.1991; 3.4.1991; 8.5.1991; 19.6.1991). Sanne gik, lige før hun skulle til computerundervisning. Hun plejede ellers ikke at gå før sin undervisning (Feltnoter, 17.6.1991). Kristine udeblev fra Praktisk Gruppe, så Emil var den eneste tilstedeværende i Praktisk Gruppe. Det svinger, hvornår hun kommer, sagde de til teammødet om eftermiddagen (Feltnoter, 17.6.1991).

6.9.5. Reference til Lindells ”Mellan frisk och sjuk”

I et forsøg på at forstå problemet for de patienter, der udviste den beskrevne kontingente kommen og gåen, vil jeg belyse patienternes adfærd ved at trække på Lindells (2003) afhandling, fordi hendes materiale omfatter patienter med alvorlige funktionelle psykiske sygdomme ligesom patienterne i denne undersøgelse. Heraf har 75 % af Lindells patienter været diagnosticeret som psykotiske i henhold til DSM-III-R's klassifikationssystem (ibid., p. 52). Selvom patienterne i især Kvadratets dagcenter ofte handlede uden ord – de gik bare deres vej ud af dagcentret – har jeg en stærk formodning om, at der ligger de samme vanskeligheder bag den overvejende tavse diskontinuitet som hos Lindells patienter. Og ikke mindst fordi, i modsætning til patienterne i Kvadratets dagcenter, Lindells patienter kommunikerer om deres problemer med tilstedeværelse i interaktionssystemer i Lindells interviews med dem. Jeg vil således benytte en del af Lindells materiale til at lave en systemteoretisk analyse af denne form for kontingent adfærd. Hun interviewede 32 patienter i alt og gennemførte deltagerobservation til de såkaldte ”Storgruppe”-møder (ibid., pp. 215-241). De patienter, Lindell interviewede, havde alle arbejdet intensivt med sig selv, og jeg

formoder, at de gennemgående var kommet længere med deres sociale ordensydelse end de to patientpopulationer, jeg undersøgte. Patienterne i Lindells undersøgelse havde fået bevidsthed om deres problemer og dermed distance til deres psykosociale forstyrrelser, og de var blevet robuste nok til at kommunikere om de fænomener, de havde problemer med. I sagsdimensionen var der kun meget få, der hørte stemmer, men de pågældende havde tilstrækkelig afstand til dem, at de kunne vælge ikke at bruge dem som tema i Storgruppen. Der var heller ingen, der åbent udtrykte vrangforestillinger. De talte alle upåfaldende, men de var meget optaget af deres psykosociale forstyrrelser, som det var normalt i den psykiatriske ”øppenvård”-kontekst, hvor de befandt sig, og som interviewerens også orienterede sig efter med valg af temaer (ibid., pp. 215-241). Hvad var det, der var så svært for patienterne? Den kommunikation, som velfungerende mennesker hele tiden praktiserer uden at tænke over det, fremstår som meget hårdt arbejde for nogle psykiatriske patienter.

Lindells deltagerobservation under og interviews efter ”Storgruppen”

I kapitel 8 (ibid., 215-241) beskrev Lindell sine iagttagelser fra deltagerobservation i ”Storgruppen”. Der var et maksimum af otte personalemedlemmer og cirka ti patienter i Storgruppen, men antallet varierede fra gang til gang. Hun gør opmærksom på det paradoksale i, at den såkaldt ”naturlige samtale” blev planlagt i mindste detalje. Fra personalets side var det ment som træning i social kompetence for patienterne. Personalets planlægning omfattede konsensus om en model for formålet med gruppen – et målprogram (Luhmann, 2006, pp. 265-271), der gik ud på, at patienterne skulle støttes og bakkes op, så de ikke var bange for at bidrage til temaet og for eventuelt at dumme sig (Lindell, 2003, p. 216). Temaerne skulle være relaterede til selvoplevede erfaringer og ”hverdagslivet”. Personalet etablerede endvidere et konditionalprogram (Luhmann, 2006, pp. 263-265), hvor de enkelte psykoterapeuter selekterede patienter, de anså for egnede til inklusion i Storgruppen: Patienterne skulle kunne optræde med en vis kontrol; de skulle være klar til at deltage i Storgruppen; de skulle ikke være for dårlige til at lytte til andre; de skulle ikke agere på en måde, der skabte utryghed, splittelse og konflikter i gruppen, og sidst, men ikke mindst: De skulle kunne tilpasse sig gruppesituationen samt bidrage positivt til gruppen (ibid., p. 218; p. 240). Personalet diskuterede indgående behandlingsideologien i Storgruppen vedrørende betydningen af atmosfæren, modtagelsen og ”bemötande”- (egen oversættelse sådan cirka ”responsivitet” eller ”aktiv imødekommenhed”),

modellen og proceduren for Storgruppen (ibid., pp. 215-222). Selv på dette stadium, der måtte anses for fremskredent med hensyn til sociale ordensydelser, og hvor alle patienterne havde fået en vis distance til deres symptomer, var der brug for selektionskriterier. Efter syv møder i Storgruppen gennemførte Lindell interviews med fem af de patienter, der deltog. Det viste sig, at patienterne ikke havde de store problemer med selektionen af temaer, de vidste så nogenlunde, hvad der var henholdsvis passende og ikkepassende temaer. Derimod oplevede de selve samværet ved interaktionen som en stor vanskelighed. Deltagelse i gruppen var hårdt arbejde, og de måtte anstrenge sig meget for at kunne udfylde den rolle, de oplevede, personalet havde pålagt dem, nemlig at bidrage positivt til interaktionen (Lindell, 2003, p. 216). Der var et udtalt krav om, at alle skulle bidrage med noget positivt og dermed vise, hvem man var. I Albums (1996) analyse var det en af ”påbudsnormerne”, at være ”social” var en ”pligt” (ibid., pp. 73-80). Album beskriver i enkeltheder, hvordan det kan påvirke en lille gruppe, hvis en deltager konstant er tavs (ibid., pp. 76-79). Pligten til at være social indebar som minimum imødekommenhed og at være socialt aktiv ved at kommunikere. Det ville være uhøfligt og respektløst at trække sig tilbage og ikke følge op på andre deltageres temaer (ibid., p. 76). Det var også holdningen fra personalets side, det kunne skabe uro og øge usikkerheden i gruppen, hvis nogle var tavse (Lindell, 2003, p. 233). Et par patienterne nævnede hænderne som en bekymring: Hvor skulle man gøre af dem, når der hverken var bord eller papir, man kunne gemme dem bagved? Der var ingen skjulesteder, når stolene stod i en kreds uden et bord i midten, det virkede i sig selv provokerende for nogle. Patienterne havde imidlertid deres eget målprogram med at deltage i Storgruppen: De ville sætte gang i positive forandringer for sig selv og øge deres selvtillid. De så Storgruppen som et socialt forum mod ensomhed og isolation (ibid., pp. 237-239). At have tilstrækkelig stamina til at blive siddende i den halvanden time, som møderne varede, var en hurdle, som flere patienter nævnte i interviewene (ibid., p. 216). Det var arbejdsomt bare at sidde sammen med andre mennesker, ifølge en patient. En anden sagde, at det var ”jobbigt” at blive set og hørt. Og en tredje sagde, at alle så på en, når man sagde noget, og alle lyttede til en. Lindell tolker en patients udsagn derhen, at det var en ”anstrengende synlighed” (ibid., p. 233) (egen oversættelse fra ”påfrestande framträdande”), bare at være til stede, en slags arbejde, hvor det gjaldt om at honorere den normative forventning til præstationen: at bidrage positivt til interaktionen. Personalets dagsorden med Storgruppen gik ud på at træne patienterne i at være naturlige i

hverdagssituationer. Lindell nævner nogle kommunikationsmønstre i personalets kommunikation med patienterne. De enkelte personalemedlemmer fortalte om egne erfaringer. De bidrog dermed til at bryde den ensidighed, der ellers var reglen i patient-personale-relationer. De var heller ikke altid selv perfekte og havde deres egne vanskeligheder. De brød dermed den professionelle rolle som distanceret og upersonlig (ibid., pp. 240-241), som også Estroff (1981) beskriver. Flere af patienterne fik rent faktisk udbytte af at deltage i Storgruppen. En patient var holdt op med at rødmme, når hun kom med et bidrag til temaet i gruppen, en anden havde øget sin selvtillid, i hvert fald for en stund, en tredje følte det som en sejr for hver session, hun stod igennem, selvom hun ikke syntes, det blev lettere at begå sig i gruppen. For en fjerde patient havde Storgruppen en klar social funktion, hun fik noget at tale om med familien (Lindell, 2003, pp. 237-239).

Social angst som aftagerplage?

Patienterne i Lindells afhandling gjorde fremskridt for hver gang, de deltog i Storgruppens møder, i overensstemmelse med deres eget målprogram. Bock (2010) kalder noget tilsvarende for "tilvækst i kompetence" (ibid., p. 127). Man kunne tilføje "social" foran kompetence. Lindells patienter var bange for at gøre noget forkert. Dele af de to patientpopulationer, jeg observerede, havde ligeledes problemer med at "dumme sig" offentligt (Kåver, 2014, pp. 39-51). I Kåvers fremstilling cirkler tankerne i social angst omkring katastrofescenarier, man forestiller sig det værste, der kan ske. Skrækken er som regel helt ude af proportion med situationen (ibid., pp. 42-43). Fx når teammedlemmerne i Kvadratets dagcenter til morgenmødet opfordrede patienterne til at melde sig til de praktiske opgaver. Det affødte påfaldende ambivalens i flere tilfælde, "vil-vil ikke" med få minutters eller halve minutters mellemrum. De mange tilfælde af diskontinuitet, kontingent kommen og gåen, tyder på det samme. Hvis man ser de undvigende patienters adfærd fra et tillidsperspektiv, kan man sige, at de åbenbart ikke er villige til at påtage sig risikoen ved at indgå i interaktionssystemer med de andre patienter. Tillid udvider handlingspotentialet, og ved ikke at påtage sig den risiko, der er nødvendig i dobbelt kontingenssituationer, gav de afkald på dannelse af sociale relationer og de positive oplevelser, de kunne resultere i. Tillid forbliver et vovestykke (Luhmann, 1968, pp. 27-38). I alle tilfældene havde patienterne haft alvorlige funktionelle psykiske sygdomme, og man kan se symptomerne på social angst, både i den generelle og den specifikke form, som fænomener, der var mere godartede end deres tidligere symptomer. Hausgjerd har nogle interessante

betragtninger over det, han kalder ”aftager-plagerne”, her nævner han specifikt bulimi (Hausgjerd, 1990, pp. 258-260). Hausgjerd siger, at bulimikeren samtidig er nærmere sine egne følelser, end hun var i psykosen, og at ”bulimi er en station på vejen til et mere konstruktivt forhold til sig selv og andre” (ibid., p. 259). Jeg observerede kun en bulimiker i min tid som deltagerobservatør i Kvadratets dagcenter, og hun talte åbent om det. På Cirkelns dagcenter observerede jeg ingen patienter med spiseforstyrrelser. Jeg har ingen dokumentation for bulimi som en aftagerplage, men foreslår en anden aftager-plage. Kan Kåvers sociale angst have en lignende rolle som en station på vejen ud af psykosen? Hvor længe disse psykosociale forstyrrelser forblev de samme, eller om de efterhånden gik over til fordel for gradvist voksende sociale ordensydelse, var op til de enkelte patienters udvikling. En betragtelig del af social angst er knyttet til sproget (Kåver, 2014), det angår både forpligtelsen til at være social, egne mundtlige fremstillinger og offentlig fremtræden (Kåver, 2014, p. 36; pp. 42-43; p. 50). Sammenlignet med psykoser og psykosener tilstande må man vel også betragte social angst som en stor forbedring, en lettere lidelse, eller med Hausgjerds udtryk, en ”aftager-plage” – selv om patienterne havde problemer med at håndtere den. En del af de patienter på Kvadratets dagcenter, der udviste diskontinuitet, var unge universitetsstuderende – på universitetet har sproget som bekendt en altdominerende rolle. De studerende patienter tog muligvis sproget mere alvorligt end deres medpatienter fra socialklasse 4 og 5 på Cirkelns dagcenter. Bernstein (1974) har nogle betragtninger om ”the hesitation phenomenon” og om længere ”verbal planning” (ibid., pp. 82-92). Begge dele tyder på, at sproget er vigtigere for patienter – især for pågældende universitetsstuderende – end for de fleste patienter på Cirkelns dagcenter. De tenderer derfor til at have længere ”betænkningstid”, før de ”tør” tale i et interaktionssystem. Pointen svarer til Sundins (1974) betragtninger, som citeret ovenfor (ibid., pp. 160-163).

Jeg kan nævne, at i Eneroths (1987) fremstilling ser han det som et naturligt fænomen, at mennesker vælger nogle interaktioner fra. Det gør de hovedsageligt af tre grunde: når relationen nærmer sig en opløsning, når relationerne er ”skin”-relationer, dvs. de er rimeligt overfladiske eller ligeGYldige, og det, Eneroth kalder ikke relationer. Den sidste kategori omfatter undvigelse, afledning fra kontakt og afskærmning (ibid., pp. 83-113). De fleste af mine observationer i Kvadratets dagcenter falder sandsynligvis ind under undvigelses kategorien. Det vil være i overensstemmelse med (Watzlawick, Beavin & Jacksons (1967) udsagn om, at man ikke kan undgå at kommunikere, når man er i nærheden af andre – i dette

tilfælde på et dagcenter (ibid., p. 22). Luhmann (1984) fremsætter tilsvarende betragtninger (ibid., p. 562). For patienterne blev det, der i normale interaktionssystemer var almindelig administration af reflektiv perception, reflektive forventningsstrukturer og ubesværet kommunikation, til ”anstrengende synlighed”. Det var arbejdsomt (”jobbigt”) at blive set og hørt, syntes patienterne (Lindell 2003, p. 233). Hvor psykosocialt velfungerende personer går ind i interaktionssystemer af lyst og tilbøjelighed, og fordi det er deres arbejde, og kommunikerer ubesværet fra morgen til aften, betragtede psykiatriske patienter såkaldt ”almindelig” kommunikation som en prøvelse (Lindell, 2003, pp. 237-239). Alligevel måtte patienterne lære at kommunikere, uanset hvad det drejede sig om. Når en person vil deltage i en kommunikationsproces, må vedkommende underkaste sig regelværket, det vil sige den forventningsstruktur, der følger med, og som opbygger orden og sociale systemer. Jeg forbinder først og fremmest den kontingente diskontinuitet på Kvadratets dagcenter med kommunikationsforstyrrelser. Sekventiel synkronisering er et kommunikativt krav. Det er en kommunikationsydelse og som sådan strukturelt koblet til det talte sprog, som ligeledes er gearret til sekventialitet i de sociale systemer – idet det talte sprog er bundet til øret. Talt kommunikation foregår i en dobbelt kontingenssituation, den er afhængig af reflektiv perception og reflektive forventninger. Tale diverterer bevidstheden fra den fulde reflektive perception af omverdenen og tvinger ved konnektion og synkronisering kommunikationen ind i et sekventielt flow med en betydeligt snævrere ”båndbredde”. Med andre ord, virkningen af synkronisering gør, at perceptionen går fra frit flydende perception til at binde opmærksomheden til det taltes sekventialitet. I et interaktionssystem er der krav om konnektion og synkronisering, fokus på et tema, en lineær tidshorisont, selektionspres, krav om hurtighed og passende bidrag inden for meningshorisonten eller selektionspoolen i det specifikke interaktionssystem. Der kan dertil følge konkurrence om opmærksomhed og tavse magtkampe med.

Luhmann (1981; 1987c) beskriver de ”svære” betingelser, som mundtlig kommunikation har, og som er mere eller mindre (u)synlige for velfungerende mennesker – i uformelle interaktionssystemer, i hvert fald: Luhmann (1981; 1987c) gør det klart, at interaktionssystemernes egne lovmæssigheder kræver, at de kan kun ske i sprogform, ved at gøre krav på taletid, kun ved at trænge sig selv på, kun ved at gøre sig selv synlig, kun ved at eksponere sig selv – kan man kommunikere. Det er alt sammen svære betingelser, der er meget velegnede til at gøre kommunikativt usikre personer, som nogle psykiatriske patienter var det,

modløse. Disse elementære krav til mundtlig interaktion var for høje krav for nogle psykiatriske patienter.

6.9.6. Lille ”klaus” og store ”klaus”

”Klaus” har her fået en radikalt anderledes betydning end i H.C. Andersens eventyr af samme navn, her er det en forkortelse for ”klaustrofobi”. Jeg anfører en hændelse, der i denne situation bestod af sociale ordensydelse, men med et tema, som patienten måske ikke frit kunne anslå uden dagcentret, selv om ”klaustrofobi” umiddelbart lyder harmløst, når det bruges i hverdagssemantik (Luhmann, 1980b). I denne version udgør det en del af patientens problematik, og hun ville formodentlig støde på negative sanktioner ved at tematisere det i fuldt alvor uden for dagcentret. En dag ved Det store Bord på Kvadratets dagcenter var jeg faldet i snak med en patient, Lone.

Hun fortalte på et tidspunkt om sin ”klaus”(trofobi) en dag i Åbent Rum. Det var slemt, når vejret var så mørkt som i dag. Men det var trods alt ”lille klaus” imod, hvordan hun havde haft det for ti år siden, det var ”store klaus”. Hun gik ikke i detaljer, men jeg forestillede mig, det måtte have været voldsommere på mange måder end ”lille klaus”. Hendes ven havde det åbenbart også med ”klaus”, for de skulle have siddepladser ved gangen i toget, for ”klausens”, skyld. De skulle til Vestkysten og samle rav i weekenden, så skulle de gå langs stranden, hvor der var helt åbent (Feltnoter, 9.3.1990).

Hele interaktionen med Lone var en social ordensydelse (Luhmann, 1984, pp. 179-182), der var ingen forstyrrelser på nogen af de tre meningsdimensioner, hendes adfærd var upåfaldende og havde kommunikativ værdi. Her var hun så ikke i angstprovokerende situationer, hun refererede blot til dem. Man kan samtidig se beretningen som en hændelse, der illustrerer dagcentrets funktion som fristed. Lone kunne ikke nødvendigvis tale frit om sine ”klauser” i alle ikkespecialiserede kontekster uden at blive stigmatiseret – hun var begrænset til at tematisere det i en højtspecialiseret institution som dagcentret. Lærebøger i psykiatri rubricerer klaustrofobi under angstilstande og enkeltfobier (Cullberg, 1999, p. 111; Mors et al. (red.), 2017, p. 352; Poulsen (red.), 2010, p. 201; Simonsen & Møhl (red.), 2010, pp. 365-366). Mors, et al. (red.), (2017) nævner det situationsbetingede i enkeltfobierne, som i klaustrofobi ved flyvning, ophold i elevatorer og i lukkede rum (ibid., p. 352). Cullberg (1999) behandler fobier

under overskriften ”Fobier, angsttilstande og den ængstelige, ”evasive personlighed”” (ibid., pp. 110-111). Her beskriver han, at mennesker, der klager over tendens til klaustrofobi, ofte fortæller om tidlige uhyggelige oplevelser, hvor de har været lukket inde i garderober, kælderen og andre lukkede rum som elevatorer (ibid., p. 111). Hausgjerd (1990) skriver om klaustrofobisk angst, at omverdenen ikke opleves som en container, der tager imod og aflaster, men tværtimod bliver til et kvælende claustrum. Han mener, at man kan se både agorafobi og klaustrofobi som udtryk for en grad af svigt i internaliseret containment og dermed som versioner af samme grundkonflikt (ibid., pp. 64-65).

6.10. Kommunikation som marginal ved ikkeverbale aktiviteter

Patienterne kunne vælge ikkeverbale udtryksformer som strikning, syning, broderi, silkemaling musik, tegning, maleri og andre typer kunsthåndværk og kunstneriske udtryksformer. Her var det verbale udtryk ikke det eneste afgørende, det var resultatet af anstrengelserne, der talte. En patient, Jens, viste mig en dag sine tegninger på Kvadratets dagcenter.

De største var i A4-format, der var mange croquiser imellem. Han havde en karakteristisk streg, der var nogle sjove farvelagte tegninger med trolde i en skov og med blomster. Vi gennemgik tegningerne, han fortalte, at han jævnlige gik over på Kunstakademiet om aftenen og lavede croquis. Af årstallene fremgik det, at han havde tegnet siden 1982. Han var helt normal at tale med (Feltnoter, 17.11.1989).

Jens havde fundet en kunstnerisk aktivitet, der ikke var afhængig af verbal kommunikation. En del kvinder på begge dagcentre havde håndarbejde med, mest strikketøj. Der var silkemaling på Kvadratets dagcenter under ledelse af en ergoterapeut. På Cirkelns dagcenter havde en ergoterapeut sat syningen i system i Hobbyrummet. I et patientinterview med Line fra Kvadratets dagcenter gav hun udtryk for sin tilfredshed med tegneundervisningen, som passede med hendes uddannelse som kunsthåndværker (Interviewnoter, 8.4.1991). På Cirkelns dagcenter i kælderen var der undervisning i keramik ved en speciallærer, hvad flere patienter benyttede sig af. I et paper om ”Den Åbne Jazzhuskole” i Köln beskriver Krönig (2009), hvordan de ansatte på Jazzskolen, som har en musikuddannelse,

ikke går ind i behandling, når de har med psykiatiske patienter at gøre. De fungerer derimod som katalysatorer for musikalsk kreativitet ved at være behjælpelige med udtryk for instrumental- vokal- og ensemblepraksis. Psykiatiske patienter indgår her på lige fod med andre personer i eksperimenter med musikalske udtryk. Luhmann skriver om teknik og teknologi, at det er en tilkæmpet evolutionær erhvervelse, som er afhængig af viden til fremstillingen af en genstand, hvor kommunikation som præstation er marginal i relation til resultatet (Luhmann, 1997, pp. 517-536).

6.11. Kedsomheden

Kedsomhed på begge dagcentre var et fænomen, der havde en vis udbredelse. Somme tider var der næsten tomt i Åbent Rum på Kvadratets dagcenter, og de få tilstedeværende patienter kunne sidde med et håndarbejde, læse avis eller bare sidde og se ud i luften.

En patient, Marianne, var begyndt at kalde Kvadratets dagcenter for "Passivitetscentret" nogle måneder efter åbningen. Hun sagde i Åbent Rum, at "det er monotont, det her, det er det samme hver dag", hun kedede sig åbenlyst (Feltnoter, 28.11.1989).

Teamet tog anklagen op på et møde og besluttede, at dagcentret fremover skulle hedde "Aktivitetscentret". Nogle måneder senere gik jeg ned i Caféen til frokost:

Der var mad i Caféen ved tolvtiden. Jeg satte mig ved et langbord, det var to borde, der var sat sammen. Uffe, Maria og Troels sad der allerede. Uffe skulle over og tale med psykiateren efter frokost. Der var ualmindelig stille i Caféen under det meste af frokosten, der var kun tre-fire patienter. Måske forveksler jeg kedsomhed og stilhed. Jeg faldt ind og forblev stille (Feltnoter, 9.3.1990).

Jeg observerede jævnligt, at det så ud til, at meningen med tilstedeværelsen i dagcentrene var for fjern, at der skete for lidt, og at patienterne tit kedede sig, når de var der. Goffman (1961a) beskriver fænomenet i sin bog *Asylums*, om, hvordan patienterne i den kustodielle psykiatri keder sig godt og grundigt og opfinder forskellige aktiviteter for at komme kedsomheden til livs. Andre sociologer, der har gennemført deltagerobservation på psykiatiske døgninstitutioner, beskriver

ligeledes kedsomheden (Rowland, 1938; 1939a; Rubington, 1972). Smith & Trasher (1963) skriver, at de sociale aktiviteter, som patienter organiserede, blev sat i værk for at reducere kedsomheden, og at det var det største problem på det psykiatriske hospital for de indlagte patienter. Her kommer en hændelse mere.

Der var ret tomt, da jeg trådte ind ad entrédøren til Kvadratets dagcenter op ad formiddagen. Der var kun to patienter, Lone med sin kærestes hund, og Charlotte. Senere kom Grete, Tine, Ninna, Sofie og flere andre. Det var ret almindeligt, at patienter først kom op ad dagen, af flere grunde (Feltnoter, 7.5.1990).

Jeg har flere lignende feltnoter, som jeg ikke skal trætte læseren med. Imidlertid kan man også se den kedsomhed og stilhed, der ofte gjorde sig gældende på Kvadratets dagcenter som udtryk for befolkningssammensætningen i det distrikt, som Kvadratet dækkede. Det var Københavns Kommunes mest velhavende distrikt, og som sådan var der ikke det store pres fra en population af ”kronisk psykotiske”, som Psykiatriplanen formulerede det. Det så helt anderledes ud på Cirkelns dagcenter, der dækkede et af kommunens mest belastede distrikter, her var kun stille undtagelsesvist. Der manifesterede sig hurtigt et pres fra distriktets psykosepopulation, som førte til forskellige udslusningsstrategier. Adskillige undersøgelser har påvist, at der sker en ophobning af symptomer på psykisk sygdom i områder med den laveste socioøkonomiske status (Faris & Dunham, 1939; Cockerham, 2014, pp. 112-126; Hollingshead & Redlich, 1958; Horwitz, 2002; Leighton et al., 1959; Myers & Roberts, 1959; Rogers & Pilgrim, 2014, pp. 21-36; Srole et al., 1975 & 1977). Kedsomheden på Kvadratets dagcenter førte ikke til det åbenlyse oprør som på Cirkelns dagcenter, hvor patienternes navngivning af to lokaler truede god ro og orden. Til et husmøde på Cirkelns dagcenter gik et punkt på dagsordenen ud på, at ”Hallen” og ”Systuen”, som gik under lidt skiftende betegnelser, skulle have rigtige navne.

Mødelederen foreslog, at der blev nedsat et udvalg. Men patienterne med Alice i spidsen foreslog en forslagskasse, hun fik så til opgave at finde en kasse og gøre noget kreativt ved den. Det var et livligt møde med afbrydelser og spontane indslag, hvor mødelederen måtte skære igennem for at holde fast i temaet og mødets forløb (Feltnoter, 17.1.1991).

Nogle patienter havde lavet en fortegnelse over forslagene til opslagstavlen. På et tidspunkt så det ud til, at navne som ”Sumperummet” og ”Hængepartiet” ville vinde. Jeg spurgte teamet, hvad de ville gøre, hvis der var flertal for de to navne.

De svarede, at de ville snakke med patienterne om det. De kunne ikke bare sætte de pæne navne igennem, hvis der var flertal for noget andet. En måneds tid senere blev forslagskassen åbnet af en patient. Mødelederen læste dem op. Forslag til navne til "Systuen" og "Hallen" var blandt andet Værkstedet, Dagligstuen, Sladrestuen, Kaffehjørnet, Samlingsrummet, Slyngelstuen, Kaffestuen, Legestuen, Sumperummet, Café Sabina, Hængepartiet og Hobbyrummet. Nogle af forslagene gik igen for begge lokaler. Da det kom til stykket, vandt "Dagligstuen" og "Hobbyrummet" afstemningen (Feltnoter, 19.2.1991). Mine observationer på Cirkelns dagcenter tydede på, at patienterne som regel kedede sig sammen samtidigt i samme rum.

En dag, hvor det teammedlem, der havde ansvaret for aktiviteterne i Hobbyrummet, var sygemeldt, spurgte jeg en patient, Alice, hvad de så havde lavet. Hun svarede "sumpet", det inkluderer måske lidt hygge, men i hvert fald smøger, kaffe og kedsomhed, som jeg kendte miljøet nu. Der var en sløv stemning i Dagligstuen før frokost samme dag (Feltnoter, 7.11.1990).

En anden gang sad jeg ved Det halvoffentlige Bord en lille times tid.

Især i begyndelsen var jeg urolig, jeg kedede mig bravt og havde svært ved at blive siddende. Jeg syntes, der var for dødt, der skulle ske noget. Jeg blev siddende og kæmpede mod en trang til at snakke mig ud af uroen og holdt lav profil. Ved Det tætte Bord lå en patient ind over bordet og sov – han var alene ved bordet. Efter en halv times tid sad jeg og småsludrede med Doris. Hun var bekymret for, om hendes datter nu også kom næste søndag. Hun havde skældt både hende og kæresten ud og sagt, hun ville skilles – alt sammen, fordi hun ingen cigaretter havde (Feltnoter, 19.2.1991).

Det var en social ordensydelse, at Doris efterfølgende kunne se sammenhængen mellem den scene, hun havde lavet om morgenen, og manglen på cigaretter. Album beskriver kedsomhed i sin bog *Nære Fremmede*, hvor konteksten er et somatisk hospital (Album, 1996, pp. 101-103). Patienterne keder sig, mens de venter på forskellige ting, på at blive bedre, på undersøgelser, på behandlingsaftaler eller på et måltid. Bauch (2000) siger i *Medizinsoziologie*, at der er diskontinuitet i tidsdimensionen på grund af den funktionelle differentiering af behandlingen. Imidlertid udgør adgang til og ophold i de psykiatriske dagcentre selve behandlingen, patienterne er der som led i en resocialiseringsproces, for de flestes vedkommende efter en psykotisk episode. Album (1996) beskriver

imidlertid også, hvordan socialt inkompetente, fx senile, bliver udstødt. (ibid., p. 87). Social inkompetence var et problem på dagcentrene, men patienterne på Cirkelns dagcenter blev ikke nødvendigvis udstødt af den grund eller for at udvise symptomer på psykosociale forstyrrelser, som der var tendens til på Kvadratets dagcenter. Doehlemann (1991) oplister i sin bog om kedsomhed fire måder at kede sig på. Den situative og den ubærlige, de er begge genstandsrelaterede, de to sidste, den eksistentielle og den kreative kedsomhed, relaterer begge til selvet (ibid., pp. 46-47. Her citeret efter Hans Chr. Finks oversættelse, Reitzel, 1992). Her er det nok mest den situative kedsomhed, det drejer sig om. Den indfinder sig, når ”noget” keder én, dette noget kan handle om manglende tilfredsstillende af den menneskelige virkekrang. Man kunne omskrive det til, at patienterne følte sig handlingshæmmede ved, at de forventedes at opholde sig i dagcentret, og derfor blev de der, men de kedede sig. Var det en social ordensydelse, at de ikke gik deres vej, når de kedede sig? Luhmann (1997, pp. 789-801; 2002a, pp. 124-127) skriver, at kedsomhed opstår ved mangel på irritation. Det sidste udtryk skal forstås i systemteoretisk forstand, idet ”irritation hver gang er en systemegen tilstand, hvor der ikke i systemets omverden findes noget tilsvarende” (Luhmann, 1997, p. 792 – egen oversættelse). Kedsomhed opstår med andre ord, når patienterne keder sig selv, af mangel af stimulation. Som vi har set flere hændelser vise, prioriterede de fleste af patienterne på Cirkelns dagcenter patientfællesskabet. De forventede af hinanden, at de blev, også når de kedede sig, og det gjorde de så. Den samme forventning havde patienterne på Kvadratets dagcenter ikke, de kunne gå, når de kedede sig. Man kan spørge, om noget af diskontinuiteten hos patienterne på Kvadratets dagcenter var udtryk for kedsomhed? – den sidste var ellers tydeligst på Cirkelns dagcenter. Nogle af patienterne i begge dagcentre bruger måske også ”kedsomheden” til at sunde sig efter deres sidste psykotiske eller nærpsykotiske episode – Topor (2001) beskriver det som led i en recovery-proces (ibid., p. 349). Vi ved fra Arieti (1974), Hausgerd (1985; 1990), Lindell (2003) og Topor (2001) og mange andre, at det kræver tid at komme sig efter en alvorlig episode af psykisk sygdom. En anden – hypotetisk – slutning ville være, hvis patienterne ”kopierede” teammedlemmernes adfærd: På Cirkelns dagcenter var det altid de samme teammedlemmer, patienterne så. På Kvadratets dagcenter derimod, havde de tolv teammedlemmer forskellige mødedage. Slutningen ville være afhængig af, at man skulle påvise, hvilken tiltrækningskraft teammedlemmerne havde som rollemodeller.

6.12. De ”porøse” patienter

Det fremgik både af feltnoter og interviewene, at patienterne følte sig modtagelige for andres dårligdomme, at de blev ”smittet” af de andre patienter. Her refererer jeg udelukkende til nutiden i feltnoter og interviewene, tidligere erfaringer fra psykotiske episoder tæller ikke med. Her kan patienterne jo opleve, at de flyder sammen med omverdenen, og dermed ikke skelner mellem selv- og fremmedreference (Luhmann, 1984, pp. 57-70; 1988d). Nedenstående handler kun om episoder, hvor patienterne har nået et vist niveau af sociale ordensydelser, og hvor de kan gøre sig forståelige i interaktionssystemer, men alligevel afgiver og modtager smertefulde fænomener. Patrik sagde i interviewet, at: ”Det er tit, psykiske syge patienter smitter af på andre (patienter)”. Jeg hørte på et teammøde, at en patient, der var indlagt på stamafdelingen, havde sagt, at hun ikke ville komme på Cirkelns dagcenter mere, ”fordi der kommer så mange sindssyge fra Sankt Hans”, og at hun ikke kunne klare det. Ligeledes i interviewet, hvor Doris sagde, at ”jeg synes, jeg bliver smittet af dem” (af de andre patienter) og ”jeg får det dårligere af dem”. Jeg hørte på et teammøde, at Laust lige havde været indlagt på stamafdelingens lukkede afsnit og var gået fra det. Senere samme dag i dagcentret hørte jeg ham sige til en anden patient: ”De er for syge på lukket afdeling”. Fra Kvadratets dagcenter har jeg ligeledes flere udsagn om at blive ”smittet” af de andre patients nedture, og at de er ”syge”. Et teammedlem sagde til et teammøde: ”De er alle sammen på nakken af hinanden, de siger ”de andre er for syge””. En patient sagde i Åbent Rum, ” – og så sidder der osse de andre syge”. Her kommer et interviewudsagn fra en patient: ”Det er i orden i dagcentret (at se de andre patienter), ikke privat. Vi har vores op- og nedture. Hvis jeg har det godt, har en anden det måske dårligt, jeg vil ikke have det. Jeg kan ikke klare, at en anden er syg, jeg er bange for de andres op- og nedture”.

I Albums (1996) analyse fra somatiske hospitaler er en af ”forbudsnormerne” at give sig hen til dårlige følelser og belaste andre med dem (ibid., pp. 62-73). Det er en del af patientkulturen på somatiske hospitaler ikke at give udtryk for stærke dårlige følelser som frygt, fortvivelse, tungsind og smerte. Andre patienter opfatter det som udtryk for værdighed, især når det er de mest syge, der undlader at give udtryk for deres følelser (ibid., pp. 65-67). Selvom miljøterapeutiske principper (Hummelvoll, 2013, pp. 589-633; Heinskou & Schjødt, 2010, pp. 627-644), foreskrev, at symptomudtryk var tilladt, så gjaldt det åbenbart kun i

organiserede kontekster som psykoterapi, gruppeterapi og lignende, hvor det kan være på dagsordenen, og andre deltagende patienter kunne være forberedte på det. Ved blot at være til stede i dagcentrene, havde patienterne tendens til at reagere negativt på det. Nogle af de patienter, der ofte udtrykte deres dårlige følelser, blev udsat for undgåelse eller negative sanktioner af de andre patienter. Hausgjerd (1985) skriver om transport af smerte i belastede miljøer som psykiatriske institutioner (ibid., pp. 179-183). Han beskriver oplevelser af mangel eller af savn, som er smertefuld for patienten, og som overføres på andre, fordi patienten selv ønsker at skille sig af med den. Her vil det være relevant at betragte patienten som en person, der viderebringer smerte (ibid., p. 181). Hausgjerd skriver imidlertid, at "disse indre tilstande mister noget af deres tyngende karakter, når man delagtiggør andre i dem" (ibid., pp. 180-182). Det psykiske system kan med sproget som strukturel kobling skabe kommunikation i de sociale systemer, hvor dets indhold gøres tilgængeligt for andre (Luhmann, 1984, pp. 346-376). Hvis patienterne er indstillede på at italesætte den transport af smerte, som de afgiver eller modtager ved at kommunikere med professionelle, fx en kontaktperson, kan det i sig selv reducere den (Hausgjerd, 1985, p. 180).

6.13. De svages forsvar og idealer versus realiteter

Thagaard (2009) tematiserer problemstillingen med reference til Mathiesen og Løchen. Hun fremhæver, at fanger og psykiatriske patienter forholder sig til deres afmagtssituation ved at kritisere deres overordnede for ikke at være retfærdige og for ikke at give – her patienterne – det, de retmæssigt har krav på i overensstemmelse med institutionens egne retningslinjer (ibid., pp. 208-209). *The Defences of the Weak* er titlen på en bog af Mathiesen (1965), hvor han behandler fangernes forhold i et norsk fængsel. Fanger har ikke som arbejderne en stærk forhandlingsposition, hvor de kan true med strejke. Deres forsvar begrænser sig til at give udtryk for mangel på retfærdighed fra institutionernes side. De kritiserer fængselsbetjentene for ikke at leve op til fængslets egne standarder for retfærdighed og effektivitet. Det samme gælder for psykiatriske patienter, som heller ikke har en stærk forhandlingsposition som udgangspunkt. Thagaard (2009) diskuterer temaet om de svages forsvar med henblik på "overførbarhed", dvs. teoretisk generalisering, i dette tilfælde, hvor en sammenligning i de

underordnedes situation er afgørende (ibid., pp. 208-209). Temaet optager ligeledes Album (1996), som siger, at han vil beskrive livet for de underordnede i en organisation, i dette tilfælde patienterne i et somatisk sygehus, som ligeledes befinder sig nederst i et fagligt hierarki (ibid., pp. 19-20). Løchen (1976) beskriver fænomenet i sit værk om idealer og realiteter i et psykiatrisk sygehus i sin diskussion af forholdet mellem hjælpere og modtagere af hjælpen, dvs. mellem personale og patienter. De sidste vil måske ikke modtage hjælpernes tilbud på hjælpernes præmisser. Her bliver medbestemmelsesretten central, den er en grundsten i demokratiets selvforståelse. Løchen rejser spørgsmålet om, hvad der sker, hvis modtagerne kræver mere, end institutionen kan give? Det kan opfattes som en fare af hjælperne, hvis de mener, at medbestemmelsen går mod modtagernes egne interesser – Løchen spørger, om hjælperne så skal respektere medbestemmelsen? Og hvordan skal modtagerne forholde sig til hjælp, som udføres som behandling til modtagernes ”eget bedste” – men som umiskendeligt bærer præg af noget andet? – eller skal modtagerne bygge deres forsvar på de værdier, som institutionerne selv går ind for, ved at påpege de tilfælde, hvor institutionerne ikke opretholder dem? (ibid., pp. 246-250). Her kommer en hændelse fra Cirkulens dagcenter:

En patient sagde i en interaktion. ”Personalet er ikke retskafne, de er ligeglade, hvis der sker noget uretfærdigt”. På mit spørgsmål om, hvad han så havde brug for, svarede han, ”at de forstår at skelne mellem retfærdighed og ikke-retfærdighed”. Senere fremhævede han en enkelt undtagelse: ”Jeg blev generet med mit syn af [navn på medpatient], som kaldte mig ”nærsynet” og ”skeløjet”, jeg var ved at klaske ham en. [Navn på et teammedlem] gik imellem, og [navnet på medpatienten] fik en irettesættelse, det er den eneste gang, jeg har oplevet det” (Feltnoter, 17.5.1991).

”De svages forsvar” glider gradvist over i en problemstilling, som relaterer sig til psykiatriske institutioners mangel på ressourcer, hvor idealerne ikke desto mindre forbliver høje. Den relaterer sig endvidere til Luhmanns (1973) definition af ”hjælp” som bidrag til tilfredsstillelse af et andet menneskes behov – det levede dagcentrene kun i begrænset omfang op til. Løchen (1976) skriver, at patienterne har krav på en god behandling, og han kalder meget sigende titlen på sin bog *Ideal og realiteter* i de psykiatriske institutioner – han gør det herved klart, at der er en markant forskel mellem de to størrelser (ibid., pp. 151-186). Uretfærdigheden eller ”realiteterne” kan være – om end lidt forskubbet – relateret

til det, jeg kalder ”ekspliciteringseffekten”. Den forekommer, når de patienter, der havde læst en brochure om dagcentret, før de kom der, og troede, at der var frit valg på alle hylder efter fremstillingen i brochuren. Når de begyndte at frekventere dagcentrene, blev de konfronteret med den restriktive ”realitet”, hvor brochuren havde fremstillet ”idealerne” – det kunne virke uretfærdigt på patienterne. En patient fra Kvadratets dagcenter sagde i interviewet angående brochuren:

”Der stod gruppeterapi i brochuren, men der var ikke gruppeterapi, jeg var skuffet over, at der ikke var noget. Jeg spekulerede på, om det var manglende ressourcer eller om det var patienternes manglende opbakning ... jeg var glad for at høre de andre tale om deres angst. Det ville være en mulighed i gruppeterapi” (Interviewnoter, 21.2.1991).

En anden patient fra samme dagcenter relaterede sig ligeledes til brochuren:

”Det er skuffende, at nogle ryger hash, selvom det står i brochuren, at det ikke er tilladt med stoffer. Det er forkert, når man opdager, at nogle bruger stoffer alligevel, det undrede mig” (Interviewnoter, 25.2.1991).

Den fik måske ekstra tyngde her, fordi patienterne var i en position, hvor deres forsvar var ”svagt” (Mathiesen, 1965; Thagaard, 2009). I andre sammenhænge, hvor psykoterapi og anden behandling i privat regi ekspliciteres, men hvor folk melder sig frivilligt, kan ekspliciteringen få en mindre afgørende betydning. I denne sammenhæng drejede det sig om et kommunalt tilbud, som patienterne havde svært ved at fravælge. En patient på Cirklens dagcenter kaldte det ironisk for ”et kommunalt tvangstilbud”. I denne kontekst tilpassede alle patienterne sig dagcentrets virkelighed, om end modvilligt. Da de begyndte at frekventere dagcentret – eller i hvert fald på interviewtidspunktet – havde de nævnte patienter tilstrækkelig kontrol over deres sociale ordensydelse, til at de kunne forholde sig til niveauet over basisforventninger, nemlig til differentieringen i normative og kognitive forventninger. De opretholdt normative forventninger til behandlingen, som den kunne være, hvis den var ideel, selv om de på kognitivt niveau havde tilpasset deres forventninger til dagcentrenes realitet og praksis.

6.14. Julefrokosten på Cirkelns dagcenter og forberedelserne til den

Forberedelserne til julefrokosten startede på et teammøde sidst i oktober og blev fulgt op med uddeling af opgaver på de følgende husmøder.

På et teammøde diskuterede man forberedelser til julefrokosten. Et teammedlem mente, det skulle prioriteres, fordi det var noget, patienterne manglede i deres hverdag. Alle kunne gå hen og købe noget. Det var for at give dem en oplevelse, en bestemt stemning og duft i huset. De ville sætte juleforberedelserne ind overalt, hvor der var huller i programmet. Der skulle laves leverpostej, medisterpølse, bages småkager, laves konfekt og æbleskiver, steges frikadeller, laves borddekorationer, bordopstilling og laves julekort og plakater med annoncering af julefrokosten. Selve julefrokosten skulle foregå den 18. december, og alle udflugter i december, undtagen en allerede planlagt, ville blive droppet. Teammedlemmerne ville sætte opslag op, hvor man kunne skrive sig op til de forskellige opgaver, og annoncere det på et morgenmads møde samt følge op på det næste husmøde (Feltnoter, 29.10.1990).

Det næste husmøde, den 6. december, forløb som følger:

Et teammedlem ledte mødet. Der var en tom plads ved siden af mig, som Patrik senere satte sig på. Han kom ud sammen med det mandlige teammedlem og tørrede tårerne væk, før han satte sig. Han var ubarberet, med daggamle skægstubbe. Overfor sad Ebbe, Bøje og Rolf – sidstnævnte kom lidt senere og sad og så intenst på mig somme tider, lidt skjult, han tog øjnene til sig, når jeg så igen. Mødelederen meddelte, at alle skulle tage en gave med til julefrokosten til ti kroner. Doris spurgte et teammedlem: ”Hvad ønsker du dig?” Teammedlemmet forklarede et par gange, før hun forstod systemet. En kvindelig patient havde en slags sorte gamacher på, som var stramme foroven og fuldstændig lasede og gennemhullede ved elastikken, der var meget bart under blusen, når hun lænede sig frem. Personalet gennemgik programmet for juleforberedelserne, det var skrevet op på tavlen, hvilke datoer der skulle bages småkager, laves frikadeller m.m. Folk meldte sig til de ledige opgaver. Ved uddeling af supplerende opgaver til samme dag sagde Ebbe lidt surt på et tidspunkt: ”Der er nogen, der aldrig melder sig til noget, det er altid de samme, der tager slæbet”. Et teammedlem svarede kort og kontant: ”Det er ikke alle, der kan yde lige meget her, nogle kan klare mere end andre, det må vi leve med”. Der var lidt snak om det, men bidraget blev accepteret af de

tilstedeværende. En af patienterne, Bøje, var gammel sømand, han begyndte at fortælle en historie fra sin sømandstid til de nærmestsiddende om en kammerat, der var blevet viet til en lokal kvinde af sømandspræsten, som havde talt lovord til parret. Både præsten og Bøje havde været i kassen med damen. Et teammedlem dæmpede ham: "Nu må I vente lidt med de der saftige historier" – Bøje var til saftige historier. Et teammedlem tog de sakse, der gradvist var forsvundet fra Hobbyrummet, op – og fik sagt det på en venlig og humoristisk måde, sådan cirka: "Der var engang nogle røde og gule sakse her, de er gået hjemmefra, mange af dem, så hvis I møder nogen af dem, så tag dem med herhen". Der var ikke nogen stødende ord i hendes tema, ingen grimme ord som "tyveri" og lignende – saksene skulle bl.a. bruges til at klippe julekort med. Der var en kort interaktion mellem mødelederen og en af patienterne, Georg. Mødelederen sagde, at han ikke måtte ryge her, og lidt senere, at han ikke måtte sidde og læse avis. Georg: "Må jeg trække vejret her?" Mødelederen med et grin: "Ja, hvis du går udenfor". Georg sagde lavmælt til de omkringsiddende: "Han er ikke dum, den mand!" (Feltnoter, 6.12.1990).

Efter husmødet kaldte to teammedlemmer ind til at lave julekort:

Det var den skinbarlige råhygge, jeg deltog. Jeg meldte mig til afrydning efter husmødet, troede jeg, sammen med en patient. Det viste sig, det var efter gløgg og æbleskiver ved 14.30-tiden, hvor jeg var gået. Det mandlige teammedlem grinede: "Er der problemer med dig, Vibeke?" Så skulle jeg bytte, det blev med Dora, så jeg ryddede op efter husmødet. Doris og Patrik sad ved siden af hinanden og iagttog forløbet af oprydningen. Rolf og Georg sad med Ebbe imellem sig. Rolf tilbagelænet med en cigaret, Georg sagde: "Ask din smøg, Rolf", i den tone, der var egen for ham, nærværende, håndfast og morsom. Der skulle være juleklip bagefter, samtidig med at gløgg- og æbleskiveholdet gik i gang. Ebbe kom med en opskrift på æbleskivedej: "Det er den højere videnskab, det her", det var hans opgave. Georg skulle lave gløggen, han reflekterede over, om kernerne fra citronerne ikke godt kunne koges med, når det hele alligevel skulle sies bagefter. De var i fuldt sving i køkkenet. Senere satte Ebbe sig hen i sit hjørne ved bordet under vinduet og iagttog sceneriet med en smøg, han lavede ikke noget, han var færdig med æbleskiverne (Feltnoter, 6.12.1990).

Selve julefrokosten løb af stablen den 18.12.1990:

Jeg kom ved halvtolvtiden og hjalp til i køkkenet. Dirk troppede op lidt efter, han var stærkt påvirket, han havde taget for mange piller og sikkert noget andet, forklarede overlægen lidt senere. Han faldt i søvn fra tid til anden, men, som

overlægen sagde, han havde da i hvert fald haft sans for at tage pænt tøj på. Der var en bordplan, vi var cirka halvtreds, deraf tolv-femten personalemedlemmer fra ambulatoriet. Jeg havde Patrik til højre og Nikolaj til venstre. De tilstedeværende ved den inderste del af bordet, som jeg kunne overskue, var overlægen, Georg, Alice, Robert, Dora, Patrik, oversygeplejersken, Nikolaj, den lokale præst og Ebbe. Patrik var travlt optaget af øl og snaps. Der var to øl eller vand og en snaps til hver. Patrik fik Doras snaps og var også ude efter min, samt en halv øl, som overlægen gav ham. Jeg spurgte, hvordan han havde det, ihukommende hans dårlige tilstand et par uger før. Det gik bedre, han så også sådan ud og fortalte om sin svømning. Der lå hæfter med julesange ved hver kuvert. Et nyt teammedlem havde fået gaverne ved folks ankomst og nummereret dem. Der stod numre på undersiden af tallerkenene, viste det sig. Doris kom midt i det hele og larmede. Der kom af og til høje latterhvin fra Georgs hjørne. Overlægen holdt tale, efter den lokale præst havde læst Møllehaves udgave af juleevangeliet op. Hun var lidt taktløs, hun sagde, at vi jo alle forbandt jul med traditioner, og delte folk op i tre grupper, den sidste var dem, der måtte nøjes med at drømme om traditionerne. Det var jo så de fleste af de tilstedeværende. Patrik kommenterende højlydt umiddelbart efter: ”Det var en bedre tale end den sidste år”. Grin over hele linjen, overlægen tog det i stiv arm: ”Det var bedre, end hvis den sidste år var bedst”. Efter en af julesangene kom to personalemedlemmer klædt ud som nisser skubbende med en slæde med en sæk på, mens de bandede over, hvor tung den var. Det viste sig, at der var en julemand i den, den nye kursuslæge. Han delte gaverne ud (Feltnoter, 18.12.1990).

Næsten alle interaktioner var sociale ordensydelse. Patienterne fulgte regelværket for ordensopbyggende kommunikation i interaktionssystemer. Dirk, der kom stærkt påvirket, havde haft tilstrækkelig situationsfornemmelse til at klæde sig pænt på. Det sidste var en social ordensydelse på baggrund af en social uordensydelse. Jeg mener, at man kan læse den samlede sum af sociale ordensydelse som bekræftelse på Antonovskys (1987) antagelse om, at meningsfulde fællesskaber skaber en ”sense of coherence” og har salutogene virkninger (ibid., pp. 151-162).

6.15. Opsamling

I de ovenstående beskrivelser kan patienterne trods mindre kommunikationsforstyrrelser gøre sig tilstrækkeligt forståelige til at indgå i interaktionssystemer og mere eller mindre følge kommunikationsreglerne i interaktionssystemer. De mange temaer omfatter enkeltstående vrangforestillinger, forestillinger om selvreference samt det gode og det onde som polariserede opfattelser af patienternes sociale omverden, der kan hænge sammen med en mangelfuld udvikling af deres indre objektrelationer. Jeg observerede tvangsfænomener som OCD, ludomani og spiseforstyrrelser samt områder med undgåelse af ansvar og ambivalens, der begge kan bunde i social angst for eksponering (Kåver, 2014), herunder den megen diskontinuitet, jeg observerede på Kvadratets dagcenter. Endvidere beskrev jeg kedsomhed og de svages forsvar og slutter med en beskrivelse af julefrokosten på et af centrene. Dertil kommer fremstillinger af større problematikker, som misbruget i Cirkelens distrikt, den sociale og kulturelle kløft mellem patienter og personale samt forskelle i sprogkoder. Den sidste bygger på Bernsteins (1964; 1974) sprogkodeteorier. Planlæggerne af distriktspsykiatrien havde prioriteret forskningshensyn over behandlingsbehov (Klitgaard, 1993), følgelig blev placeringen af de to centre ikke optimal. Det betød, at kun Cirkelens distrikt var præget af en misbrugsproblematik – det kan lyde problematisk at ønske, at også det andet dagcenters distrikt havde haft et lignende præg, men det hører – som dokumenteret af litteraturen på området – sammen med levevilkårene i de områder med lav socioøkonomisk status, hvor behandlingsbehovet er størst. Derfra er der ikke langt til at beskrive en social og kulturel kløft mellem patienter og de fleste personalemedlemmer. Litteraturen bekræfter, at de hverken i deres sekundær- eller primærsocialisering, personligt har mødt de samme problemer som mennesker fra socialklasse 4 og 5, da de selv er vokset op under helt andre omstændigheder end de patienter, de har i deres varetægt (Jørgensen, 1993; Rogers & Pilgrim, 2014). De kommer til at mangle forståelse for levevilkårene i de nævnte socialklasser og kan nemmere identificere sig med patienter fra socialklasse 1 og 2 (Horwitz, 2002). Jeg identificerer en del af problematikken til at hænge sammen med (lommer af) Bernsteins to sprogkoder, som jeg har genoplivet til lejligheden. Han beskriver psykoterapi som en ekstremversion af den personlige kode (Bernstein, 1964).

I næste kapitel tematiserer jeg, hvordan stigmatisering og diskriminering præger psykiatriske patienters hverdag. Jeg tager dagcentrenes dobbelte funktion som både fristeder og stigmamarkør op og inddeler stigmaet i det usynlige og det synlige. Sidst i kapitlet gengiver jeg dels en folketingsdebat, og dels beskriver jeg nogle fund fra ”Survive”, en obduktionsundersøgelse af 500 psykiatriske patienter.

Kapitel 7:

Stigmahåndtering og diskriminering: Usynlige og synlige stigma

I dette kapitel vil jeg beskrive og analysere, hvordan det usynlige stigma, som psykiatriske patienter bærer på, giver sig udtryk. Det drejer sig både om dagcentrenes funktion som fristeder og patienternes relation til deres omverden, det vil sige dagcentrenes rolle som stigmamarkører. Ved et usynligt stigma bliver administration af personlig information afgørende. Der er nogle positive sider af stigmatiseringen – patienterne får adgang til en kontaktperson, psykofarmaka og eventuelt til psykoterapi – idet de ikke kan få specialiseret behandling andre steder end i psykiatriske institutioner. Jeg beskriver derefter de synlige stigmata, som virkningerne af psykofarmaka påfører patienterne, som rysten, rastløshed, sløvhed eller overvægt (Mors et al. (red.), 2017; Poulsen (red.), 2010, pp. 71-92; Simonsen & Møhl (red.), 2010; 2017). Derefter følger et afsnit om selvstigmatisering, der forekommer, når patienterne har internaliseret stereotyperne og dermed accepteret fordommene om den gruppe, de tilhører. Dertil nogle afsnit om den diskriminering, som majoritetssamfundets normative forventninger til de psykisk syge er udtryk for (Luhmann, 1980a, pp. 40-53; 1984, pp. 436-443). Endvidere skal der en vis magtstatus til at stigmatisere og dermed diskriminere (Luhmann, 1975e; Link & Phelan, 2001; 2013;). Afslutningsvis gengiver jeg de vigtigste punkter fra en debat i Folketinget i 2018 om retten til at blive erklæret rask fra sin psykiatriske diagnose. Til sidst anfører jeg mulige grunde til den overdødelighed hos psykiatriske patienter, der blev nævnt i Folketingets debat. Den dokumenteres i et (rets)medicinsk forskningsprojekt, ”Survive”, på basis af obduktionen af 500 afdøde psykiatriske patienter.

Begge dagcentre havde en dobbeltrolle som fristed og stigmamarkør. De var fristeder, når dagcentrene, som de specialiserede institutioner, de var, var den lokalitet, hvor det var legitimt at udtrykke psykosociale forstyrrelser og erfaringer

med psykofarmaka – der var så nogle modifikationer i fristedsfunktionen, når teammedlemmerne stoppede ”sygdomssnak”. Det ville være upassende at give udtryk for psykosociale forstyrrelser i ikkespecialiserede institutioner eller at tage ukonventionelle temaer op, som stemmer eller visuelle hallucinationer til et middagsselskab fx. De psykiatriske patienter måtte med andre ord altid have overskudskapacitet til at kontrollere den information, de gav fra sig uden for dagcentrene (Goffman, 1963a, pp. 57-58). Fristedsfunktionen er betinget af, at patienterne bliver udsat for stigmatisering uden for dagcentrene – hvor de så ikke kunne tale frit om deres psykosociale forstyrrelser og om effekten af psykofarmaka. Det medførte, at patienterne hemmeligholdt og administrerede et dobbelt bogholderi over deres status som psykiatriske patienter i forhold til omverdenen. Det dobbelte bogholderi begrænsede mulighederne for spontanitet i socialt samvær. Patienterne skulle holde regnskab med, hvem der vidste hvad, og hvem der måtte kende deres situation (ibid.). Mange patienter levede med frygten for at blive ”opdaget”. Det var de færreste, der ”vedgik”, som en patient kaldte det. Belastningen med administration af patientstatus i forhold til omverdenen skal lægges til belastningen fra pinefulde oplevelser fra psykosociale forstyrrelser og somme tider skræmmende oplevelser fra psykiatriske afdelinger. Dagcentrene var imidlertid stigmamarkører – i og med at de var en del af det psykiatriske system – når patienterne havde interaktioner med temaer om, hvordan man håndterede sin stigmatisering som psykiatrisk patient. Der var et tema, der med jævne mellemrum dukkede op og blev genstand for diskussion, og som alle patienterne på de to dagcentre kunne forholde sig til.

7.1. Det usynlige stigma – dagcentrene som fristed

Dagcentrene var et fristed, fordi her havde patienterne et interessefællesskab, hvor de kunne udveksle fælles erfaringer indbyrdes om udtryk for deres psykosociale forstyrrelser og medicinering med de angivne modifikationer. De kunne bruge dagcentrene til at interagere om, hvordan de håndterede omverdenens stigmatisering af sig selv som psykiatriske patienter. Det sidste var forbundet med dagcentrenes rolle som stigmamarkør, idet patienternes status som psykiatriske patienter kunne føre til social afstand og diskriminering fra den sociale omverden. Patienterne skulle håndtere deres prekære situation med omhu for ikke at forværre den. De kunne

dårligt give udtryk for deres specielle erfaringer andre steder. Heller ikke familie og venner – hvis de havde nogen venner tilbage i et netværk, der for de flestes vedkommende var eroderet – kunne holde ud at høre om hallucinationer og vrangforestillinger ret længe ad gangen. I patientinterviewene formulerede nogle patienter helt klart, at dagcentre var et fristed, i og med at her kunne man tillade sig at være gal eller at tale om at være det og at udveksle erfaringer om virkningerne af psykofarmaka. Næsten alle administrerede deres status som psykiatriske patienter over for omverdenen selektivt ved kun at fortælle deres nærmeste familie og nære venner om det og skjule den over for fremmede. Det betød, at de i mange situationer skulle holde en væsentlig del af deres liv og erfaringer skjult, og at de ikke kunne være spontane i socialt samvær. Både den eksterne stigmatisering og den eventuelle selvstigmatisering udgjorde en belastning for patienterne – som somatiske patienter ikke er udsat for (Album, 1996). Angående den eksterne stigmatisering kom de til at føre et dobbelt bogholderi, hvor de holdt regnskab med, hvem de havde fortalt hvad. Fortielsen om og dækmanøvrer for at skjule psykiatrisk patientskab indebærer de samme problemer som løgne (Goffman, 1963a, pp. 57-128). Den type samtaler, der her er refereret fra dagcentre, er forbundet med stigmatiseringen af psykiatriske patienter i civilsamfundet, på arbejdspladser og i den offentlige mening (Goffman, 1963a). Noget af stigmatiseringen har en reel basis i patienternes egen adfærd i kriseperioder, den kan indledningsvis have oprindelse i gentagne brud på basisforventninger, hvor en person handler uden for alle kognitive og normative forventninger for god opførsel (Luhmann, 1980a, pp. 44-45; 1984, pp. 436-443). Det er en kendsgerning, at psykiatriske patienter kan være socialt stødende, aggressive, højtråbende, asociale, stærkt forstyrrende, uhygiejniske, have uappetitlige spisevaner, være uforståelige eller farlige for sig selv og deres omgivelser. Når de fx begynder at tale højt med deres stemmer, reagerer fysisk på hallucinationer, som ingen andre kan se, og råber højt og vedholdende uden synlig anledning. Når det foregår i fuld offentlighed gentagne gange, er sandsynligheden for, at en psykiatrisk institution bliver involveret, stor (Goffman, 1963a). Da stigmatiseringen går massivt på det at have psykosociale forstyrrelser i sig selv og som patient i det psykiatriske system, tilføjes mere stigmatisering, end der er grundlag for i de funktionelt psykisk syges egen adfærd – i hvert fald når den værste krise er overstået. Stigmatiseringen går på hele personen, via stereotyperne i majoritetssamfundet, ikke blot på et aspekt af deres adfærd, og indebærer en moralsk dom af ringeagt modsat agtelse (Luhmann, 1978a). Link & Phelan (2001, p. 365) bemærker, at de fleste, der studerer stigma, ikke selv hører til en stigmatiseret

gruppe. Jeg kommer med følgende direkte observationer fra Kvadratets dagcenter, hvor temaet drejede sig om den stigmatisering, som patienterne er udsat for qua deres behandlingskontakt med det psykiatriske system. Det vil sige, at dagcentret som fristed anvendes til at interagere om dagcentret som stigmamærke. De følgende interaktioner er alle sociale ordensydelse.

Efter frokost i Caféen sad jeg og snakkede med Astrid, da de andre var gået. Hun ville ikke omgås andre patienter privat, så blev man låst fast som psykiatrisk patient, man skulle ud og omgås almindelige mennesker, det var den bedste måde at lære at klare sig på. Lidt senere ved Det store Bord på 2. sal sad jeg sammen med Eva, Kristine og et teammedlem. Kristine sagde noget om, at hun ville ud og bo blandt almindelige mennesker, hun skulle ikke ind i en pensionistghetto (Feltnoter, 9.11.1989).

Det fremgik af konteksten, at hun mente en førtidspensionistghetto, hvor der blandt andet boede andre med psykosociale forstyrrelser. Ved en snak i Caféen om samme tema hørte jeg følgende bidrag:

En patient, Eva, der sad ved siden af mig, lagde ud med: ”Jeg siger, jeg er førtidspensionist”, og ”Jeg laver ingenting”, om hvad hun svarede, når folk spurgte, hvad hun lavede. Ida sagde: ”Jeg siger, det er, fordi jeg er sindssyg, når folk spørger”, angående førtidspension. Kristine bidrog med: ”Jeg siger, jeg er paranoid”. Eva fortalte senere, at hun svarede udenom, og ”mor til fire interessante børn” kom det senere ironisk. Hun hang og så dårlig ud (Feltnoter, 28.2.1990).

Jeg observerede imidlertid ikke interaktioner på Cirkelns dagcenter om, hvordan patienterne håndterede den stigmatisering fra omverdenen, som de blev udsat for som psykiatriske patienter. Det kan være tilfældigt, eller fordi det ikke optog dem specielt, men patienterne svarede på spørgsmålet i interviewene, det fremgik, at de havde reflekteret over temaet. Klasseforskellen kan have haft en betydning, hvor patienterne på Kvadratets dagcenter orienterede sig mod normalitet og dermed holdt social afstand til andre patienter uden for dagcentret – holdningen stod i forbindelse med deres højere uddannelsesniveau og dermed højere socioøkonomiske status (Olsen et al., 2012). De fleste patienter på Cirkelns dagcenter befandt sig nederst i det sociale hierarki, derfor betød stigmatiseringen muligvis ikke en så dramatisk nedgang i status for dem som for patienterne på Kvadratets dagcenter. Det fremgik af interviewene, direkte adspurgt, at patienterne på Cirkelns dagcenter ligeledes selekterede, hvem de var åbne over for

om deres status som psykiatriske patienter. Sprogkoden kan have spillet ind, ved at patienterne på Kvadratets dagcenter havde nemmere ved at benytte den personlige sprogkode (Bernstein, 1964; 1974) og dermed var mere parate til at snakke om, hvordan de håndterede omverdenens stigmatiserende holdning. Derimod var der ingen tegn på, at den spillede en rolle for dagcentrene som fristeder, ved interaktioner om symptomudtryk og om virkningerne af psykofarmaka. I interviewene med patienterne fra Cirklens dagcenter lød det: ”Jeg kan tale om mine tvangstanker med dem [de andre patienter]”, og ”Vi snakkede om alt, meget bredt, jeg lytter til andre, snakker ikke kun om min egen sygdom. Det er godt at høre, at andre også kan blive syge uden at tage noget”.

Jeg kunne høre af interaktioner og interviews, at patienterne fra Kvadratets dagcenter var mere inkluderede i arbejdsmarkedet. Jeg bruger til denne lejlighed Lamb & Goertzels (1971) definition af integration, hvor de skriver, at patienterne er integrerede, i det omfang hvor de omgås ikkepatienter mere end andre patienter. To-tre patienter fra Cirklens dagcenter arbejdede på et lokalt beskyttet værksted, måske midlertidigt, og en fulgte et almindeligt HF-kursus. Warner (1994; 2009) beskriver den betydning, et arbejde kan have for patienter. Det er en naturlig aktivitet for voksne og en positiv kilde til identitet, det kan bringe større indkomst, flere sociale kontakter og en følelse af mening med livet. Hvorimod arbejdsløse risikerer fremmedgørelse, apati, misbrug, flere somatiske sygdomme og isolation. Warner tilføjer, at flere skizofrene patienter i den arbejdsdygtige alder bliver indlagt med psykoser, når deres tilstand forværres i perioder med økonomiske nedture (Warner, 2009, pp. 377-378). Hvis man skal bruge Luhmanns definition af integration (Luhmann, 1997, pp. 601-607; 2002a, p. 238; 2005, pp. 268-271), betyder det tab af frihedsgrader. Når patienter omgås velfungerende personer mere end andre patienter, betyder det, at de skal have tilstrækkeligt styr på deres sociale ordensydelser til at kunne gøre sig forståelige og indgå i interaktionssystemer. Det betyder en indskrænkning af frihedsgrader, i og med at der er grænser for, hvad man kan tillade sig uden for dagcentret, man skal ikke omtale sine stemmer uden at have distance til dem, og – efter flere interviewudsagn at dømme – slet ikke på sin arbejdsplads. Fire-fem af patienterne på Kvadratets dagcenter havde (deltids)arbejde, frivilligt arbejde i NGO’er, og en ung studerende boede på kollegium, mens han skrev sit speciale færdigt. ”Jeg kører et dobbeltspil”, lød det i interviewet med ham. Men de patienter, der var aktive på arbejdsmarkedet, holdt deres status som psykiatriske patienter som en hemmelighed på deres arbejdsplads, hvorved de udsatte sig for fare ved at blive

afsløret (Luhmann, 1990e; 1991a). Patienterne fra Cirklens dagcenter var ikke fuldt inkluderet i arbejdslivets organisationer på grund af deres manglende eller faglærte uddannelse. En del af patienterne søgte arbejde, som regel uden resultat, jeg hørte kun om en enkelt undtagelse. Andre arbejdede på et beskyttet værksted. Warner (2009) omtaler generelt arbejde som en positiv indflydelse og identitetsskabende (ibid., pp. 377-378).

7.1.1. De positive virkninger af stempelingen

Oven i alle de negative konsekvenser af stempelingen er der også positive konsekvenser, idet patienterne får adgang til en kontaktperson, psykoterapi og psykofarmaka, der kan hjælpe dem på vej til at levere sociale ordensydelse. Men med de positive effekter fulgte stigmatiseringen altid med. Til de positive virkninger af det, som Link & Phelan (2013) kalder "the package deal", hører forbedringer af patienternes livskvalitet i deres boligsituation, familierelationer, finansielle situation, sikkerhed og helbred (ibid., p. 528). Forfatterne skriver, at diskussionen om produktive versus kontraproduktive tiltag implicerer, at kreative interventioner kan skubbe processen i retning af at maksimere fordelene og minimere ulemperne ved stempelingen. De samme fænomener kan blive negativt præget af stigmatiseringsmekanismerne (ibid.). Som patienter i en psykiatrisk institution befandt de sig nederst i et hierarki – et tilnærmet fagbureaukrati for Cirklens vedkommende eller et tilnærmet adhocrati for Kvadratets vedkommende – hvor personalet i organisationen udgjorde de øverste lag (Mintzberg, 1983). Som i andre fagbureaukratier inden for sundhedsområdet stod lægerne, her psykiaterne, som øverste lag i hierarkiet, de havde – som regel – monopol på beslutningskompetencen (Mintzberg, 1983). Sammen med det øvrige personale var de ansat på helt andre forudsætninger end patienterne – de sidste havde for store problemer, til at de selv kunne klare dem (Løchen, 1976, p. 13). Jeg omtaler dagcentrene som fristeder, fordi her kunne patienterne frit kommunikere indbyrdes. Af og til stoppede teammedlemmerne interaktionssystemerne, der tematiserede "sygdom", hvis de vurderede, at de involverede patienter eller blot nogle af dem fik det dårligere af at deltage.

Teammedlemmerne havde mandat til det med den omsorgsfunktion, der fulgte med jobbet (Hummelvoll, 2013). Til de positive konsekvenser af behandlingskontakten nævnte de allerfleste patienter i dagcentrene, at det var kontakten med deres kontaktperson, som havde givet dem mest, og at det

aflastede dem fra at "belemre" familiemedlemmer og nære venner med deres personlige problemer. Jeg hørte jævnligt om det i interaktionerne og i interviewene. Crafoord (1994) spørger i sin bog om kontaktpersonens rolle, om der "er genuin varme og åbenhed i relationen, eller om forholdet er anstrengt?" (ibid., p. 193). Patienternes relation til deres kontaktperson var efter ytringerne i interviewene at dømme overvejende præget af "genuin varme og åbenhed", i enkelte tilfælde kunne relationen være mere anstrengt og med mislyde. Jeg havde beskrivelser af enkelte patienter, der hellere ville have en anden kontaktperson. De materielle forbedringer kom til udtryk i interaktioner og interviews. Adskillige interviewudsagn bekræftede forbedringerne: "Jeg kunne lægge nogle tunge økonomiske problemer fra mig og få hjælp til dem", og en anden ytring: "Lejligheden er i orden nu, og der er overskud i økonomien" og "De har hjulpet med at søge (førtids)pension, det var der en socialrådgiver, der tog sig af. Hun hjalp mig også med at få en lejlighed". Endvidere: "Det er hårdt at skulle søge arbejde hele tiden. Jeg er meget glad for pensionen lige nu, det giver ro". Det fremgik i en interaktion med en patient, at hun havde mistet sin lejlighed i forløbet med en psykosocial forstyrrelse. Hun havde imidlertid – ved hjælp fra dagcentret og en socialrådgiver – fået en ny lejlighed, den havde så ikke alle faciliteter, fx var køkkenet ikke forsynet med et komfur, men hun havde i det mindste tag over hovedet. Selve udførelsen af hjælpen foregik imidlertid som teammedlemmers og det øvrige personales independente arbejde, som jeg ikke havde adgang til (Mintzberg, 1983). Ovenstående hører til de positive resultater af behandlingskontakten (Link & Phelan, 2013, p. 528).

7.2. Det usynlige stigma – dagcentrene som stigmamarkører

De følgende oplysninger bygger for Cirkulens dagcenters vedkommende kun på interviews, jeg observerede som nævnt ingen interaktioner om patienternes oplevelse af den stigmatisering, de bliver udsat for uden for dagcentret. Her drejer det sig stadigvæk om de usynlige stigmata, da psykisk sygdom ikke har ydre kendetegn. Derved bliver styring af personlig information en afgørende faktor (Goffman, 1963a). Stigma kan indledningsvis have oprindelse i gentagne brud på basisforventninger, hvor personer handler uden for alle kognitive og normative

forventninger for acceptabel opførsel (Luhmann, 1980a, pp. 44-45; 1984, pp. 436-443). Jeg havde specifikt indarbejdet et spørgsmål i patientinterviewskemaet med afsæt i dagcentrene som stigmamarkører, som patienterne oplevede det: ”Hvad siger du til andre om at være psykiatrisk patient?” Jeg fik forskellige svar på spørgsmålet, men alle havde gjort sig overvejelser om deres situation og om den stigmatisering, der kunne følge med. Alle de interviewede patienter gav udtryk for en selektiv holdning til, hvem de fortalte, at de var psykiatriske patienter. Koden for det moralske område er agtelse på den positive pol og ringeagt på den negative pol. Moral er ikke bundet til et enkelt funktionssystem, fordi den er tæt knyttet til interaktionssystemerne (Luhmann, 1978a). Patienterne vil helst undgå at blive identificeret med majoritetssamfundets stereotyper for psykosociale forstyrrelser og derved at blive udsat for en moralsk dom af ringeagt og dermed følgende social distance i kommunikation og adfærd (Goffman, 1963a; Kroska, Harkness, Thomas & Brown, 2014; Links & Phelan, 2001; 2013). En patient fra Kvadratets dagcenter svarede: ”Der er fuld forståelse i min omgangskreds. De fleste, jeg kender, har haft snuden indenfor på et tidspunkt. Jeg har aldrig lagt skjul på det, heller ikke over for fremmede, og har aldrig mødt nogen fordømmelse. På Kunsthåndværkerskolen var folk meget liberale. Jeg klarede mig overhovedet ikke på arbejdsmarkedet – jeg har arbejdet i en kantine” (Interviewnoter, 8.4.1991). Hun var selvstændig og i en situation, hvor hun ikke var specielt afhængig af den sociale omverden og dens stereotyper. Hun havde efter eget udsagn fejlet på arbejdsmarkedet, men hun havde overvejet sin situation og havde taget stilling til stigmatiseringen. De fleste psykiatriske patienter fortæller den nærmeste familie, at de er eller har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, eller at de er patienter på et distriktspsykiatrisk center. De nære pårørende ved det alligevel, når de følger med i patientens liv. En patient sagde i interviewet: ”Jeg lægger ikke skjul på, at jeg har været indlagt. Min familie ved, at jeg kommer i dagcentret. Jeg har ingen venner”. Hun sagde senere: ”Jeg er klar over, at jeg skal have noget andet i stedet for dagcentret. Så jeg ikke bliver for afhængig af familien, så bliver de bare trætte af mig, det skal jeg også tage hensyn til”. Det er fjerne familiemedlemmer, nogle venner, bekendte, fremmede og eventuelle relationer på en arbejdsplads, der er problemet i denne kontekst.

7.3. Eroderede familienetværk, ”præ-stigma-venner” og nye venner

Alle patienterne kunne tale med om eroderede netværk, gamle venner, der var faldet fra i forbindelse med en krise, hvor – de kommende – patienter begik brud på basisforventninger (Luhmann, 1980a, pp. 44-45). Det kan ligeledes have været tilfældet, at præ-stigma-vennerne ikke fortsat ville interagere med patienterne på grund af kontakten til det psykiatriske behandlingssystem, altså en fordom på grundlag af en accepteret stereotyp. Der var eksempler på eroderede netværk i begge dagcentre (Corrigan & Watson, 2002; Link & Phelan, 2001; 2013). ”Præ-stigma-venner” er Goffmans (1963a) term for venner, der holder op med at være venner, når en af dem pådrager sig et stigma (ibid., p. 94) – her som psykiatrisk patient. På Kvadratets dagcenter ville patienterne ikke omgås hinanden i deres fritid, jeg er kun bekendt med en enkelt undtagelse, to patienter, der spiste sammen en gang om ugen. Jeg vidste det kun, fordi jeg interviewede dem begge to. På Cirkelns dagcenter derimod var der som nævnt et udbredt fællesskab mellem patienterne, her fik patienterne nye venner, og mange af dem blandt de andre patienter på dagcentret. Et teammedlem kommenterede, da jeg bragte patientfællesskabet på Cirkelns dagcenter på bane: ”De er så dårligt stillede, at de ikke har andre end hinanden at omgås, de har opgivet at integrere sig i det normale liv”. Det kan fortolkes som en ytring fra et teammedlem, der var ansat i en højere socialposition end patienterne (Olsen et al., 2012). Hun var medlem af organisationen på helt andre vilkår end patienterne (Løchen, 1976, p. 13). Teammedlemmet kan imidlertid have haft en pointe i, som en undersøgelse af Link, Struening et al. (2001) viser, at psykiatriske patienter med alvorlig psykisk sygdom har tendens til at trække sig fra interaktion med personer, de formoder har en stigmatiserende holdning til dem. Patienterne undgår kontakt med de nævnte personer, de praktiserer ”stigma-withdrawal” for at undgå afvisninger, der i sidste ende kan resultere i lav selvværdsfølelse. Patienterne finder det i den forbindelse nemmere at omgås andre patienter i samme situation (ibid., pp. 1623-1624). Patienterne på Cirkelns dagcenter fremhævede selv det sociale aspekt i at omgås andre patienter. I et interview nævnte en patient tre nye venner fra dagcentret og sagde: ”Det er rart at have fået venner, de sidder også og kukkelurer i weekenden, vi kan lige så godt mødes og have det sjovt”. De udmærkede sig ved,

at de ikke bare ”tålte” tilstedeværelsen af andre mennesker, men opsøgte dem¹²⁴. Det er med udgangspunkt i dagcentrets rammer, at patienternes kommunikation foregår. De afgør selv, at de vil mødes og have det sjovt, som interviewpersonen udtrykker det. Så er der nogle af dem, der har fundet sammen og udviklet venskaber. Det indebærer, at de mødes jævnligt, går ud og snakker, hygger og morer sig. Patienterne danner interaktionssystemer inden for en overordnet organisatorisk ramme, hvor de kan kommunikere, både i og uden for dagcentret. Det var åbenbart den generelle indstilling hos de fleste patienter i Cirkelns dagcenter, den gik igen i flere af interviewene. Jeg havde så udvalgt de patienter til interviewene, som jeg vurderede havde et vist niveau af kontrol over deres sociale ordensydelse. De havde valgt hinanden så nogenlunde efter Rubingtons (1972) normalitetspyramide (ibid., p. 292) og hyggede sig i hinandens selskab – i overensstemmelse med Antonovskys (1987) antagelse om, at meningsfulde fællesskaber har salutogene virkninger (ibid., pp. 151-162).

Hvordan deres sociale ordensydelse manifesterede sig uden for dagcentret, kan jeg ikke sige så meget om. Jeg deltog kun i et begrænset antal udflugter og ikke i nogen af patienternes sociale sammenkomster. Men der var adskillige situationer i Cirkelns dagcenter, hvor der forekom en overvægt af ordensydelse, om det var flere end i Kvadratets dagcenter, forbliver et åbent spørgsmål, men de sidstnævnte havde færre fælles oplevelser at interagere om, end patienterne på Cirkelns dagcenter havde. Ovenstående konklusioner fra Link, Struening et al. (2001) gjaldt ikke for patienterne fra Kvadratets dagcenter, tværtimod, de ville ikke se deres medpatienter efter dagcentrets lukketid, de orienterede sig mod normalitet og forsøgte i stedet med deres højere uddannelsesniveau at integrere sig i majoritetssamfundet, blandt andet ved, at fire-fem af dem var aktive på arbejdsmarkedet i deltidjob eller som frivillige. Det siger imidlertid ikke noget om, hvorvidt deres selvværdsfølelse var høj eller lav, og om de praktiserede et mønster af undgåelse af stigma for ikke at blive udsat for devaluering og

¹²⁴ For at foregribe indvendinger om relativisme: Mit overordnede begrebsapparat er det funktionelt differentierede samfund. Man kan betragte dagcentrene som et subsystem inden for organisationsformen distriktspsykiatrisk center. Inden for det funktionelt differentierede samfund forekommer en stratificering fra en tidligere samfundstype, hvor det sociale hierarki med de fem klasser, jeg her har valgt, har en dominerende rolle. På den måde har teammedlemmet en pointe, når hun siger, at patienterne er så dårligt stillede, at de har opgivet at integrere sig i det normale liv. Men patienterne kender hinanden, netop fordi de af geografiske og symptombaserede grunde blev indskrevet på samme dagcenter. Det er et system i det psykiatriske system, som er et subsystem i det medicinske funktionssystem.

diskriminering. Det sidste sætter forfatterens konklusioner i relief, de gælder muligvis kun for bestemte lag – de nederste – i samfundet, at patienterne foretrækker at omgås andre i samme situation. Forudsat, at man kan generalisere ud fra denne undersøgelses resultater, men den er i overensstemmelse med resultaterne fra andre større undersøgelser (Cockerham, 2014, pp. 112-126; Rogers & Pilgrim, 2014, pp. 21-36). Jeg ser patienterne fra Cirkelns dagcenter og deres orientering mod patientfællesskabet som udtryk for deres position nederst i samfundshierarkiet (Olsen et al., 2012), det gav teammedlemmets pointe en vis vægt. Hverken teammedlemmets kommentarer eller deres position nederst i samfundshierarkiet reducerede imidlertid patienternes fornøjelse ved at ”mødes og have det sjovt”. Så langt mine observationer rækker, var det jævnlige de patienter fra Cirkelns dagcenter, der fulgte – eller omtrent fulgte – regelværket i interaktioner (Luhmann, 2006, p. 265), der deltog i de sociale sammenkomster uden for dagcentret. De leverede derved – omtrentlige – sociale ordensydelse. De havde nemmere ved at kommunikere indbyrdes, end de ville have haft med patienter, der ikke holdt sig til samme regelværk, jf. Rubingtons (1972, p. 292) ”normalitetspyramide”.

Tre patienter fra Kvadratets dagcenter boede i bofællesskab, to af dem i det samme. I Cirkelns dagcenter boede tre patienter i hver sit bofællesskab. De udtrykte alle tilfredshed med arrangementet og gav udtryk for, at de havde udvidet deres netværk af venner. En af dem sagde: ”Bofællesskabet, det er meget godt, vi passer sammen, det hænger meget sammen”. Men de gav samtidig udtryk for, at de så bofællesskabet som en midlertidig foranstaltning. Som svar på mit spørgsmål i interviewet med patienter fra Cirkelns dagcenter om, hvad de sagde til andre om at være psykiatrisk patient – Otto svarede: ”Jeg fortalte det til vennerne, ja, og jeg har mistet to-tre stykker”. Jeg spurgte, om det var, fordi han var psykiatrisk patient. Otto svarede: ”Ja, det tror jeg, de mente vist, jeg skulle arbejde – en faster hilser ikke mere, efter jeg blev indlagt. De er bange, fordi jeg går her. De besøgte mig på [hospitalsnavn], men ikke på Sankt Hans. Der var ikke en kæft, der ringede, ikke engang min mor”. Dora svarede på samme spørgsmål: ”Nogle venner ved det, de, der ikke ved det, er dem, der er stået fra, jeg ser dem ikke mere”. Ask svarede på spørgsmålet:

”Jeg siger det som regel, også når jeg er indlagt, alle er gamle venner. Men det generer mig af og til at sige det til fremmede. Jeg kan ikke lide, hvis man gør grin med dem [psykiatriske patienter]. [...] jeg ser de andre [patienter] i fritiden [nævner otte-ti navne]. Jeg har ikke mulighed for at stifte bekendtskaber uden for

dagcentret, jeg ved ikke hvor, jeg er ikke så god til det [...] os i (samtale)gruppen ses privat, i starten fik jeg meget ud af det, jeg snakkede om, hvor dårligt det var på Sankt Hans, at jeg var blevet for tyk. Vi tager tabuemner op [i samtalegruppen], men det er ikke så godt, at vi ryger hash sammen [...] og vi kan sige ”tosse” til hinanden her” (Interviewnoter, 19.9.1991b).

Det sidste var udtryk for den inkluderende holdning, der var fremherskende på Cirklens dagcenter, det var nok ikke gået på Kvadratets dagcenter, hvor de fleste patienter var optagede af at orientere sig mod normalitet. Bruno svarede på samme spørgsmål, ”Familie og venner ved det godt, jeg har det nogenlunde svært med min far, han lærer aldrig at forstå, at jeg er bøsse, og han bliver ved med at stikke til mig. Jeg har mistet nogle venner, de kan ikke acceptere mig”.

Patienterne havde således både problemer med nære og fjerne familiemedlemmer, præ-stigma-venner og fremmede. Ask var ligefrem bange for at blive gjort til grin, hvis han sagde til en fremmed, at han var psykiatrisk patient. Sayce (2016) skriver i sit forord, at de fleste psykiatriske patienter kender til erfaring med eksklusion gennem galskab eller frygten for den fra arbejdskolleger, familie og venner. Folk har svært ved at tale åbent om det, af frygt for at blive set på som anderledes (ibid., p. xii). Angående nære og fjerne familiemedlemmer skriver Cockerham (2014), at det er negativ erfaring, fordi den forstyrrelse, personer med psykosociale forstyrrelser skaber, kan bringe frygt, vold, uenighed, angst og andre stressfaktorer ind i familien. Familien selv kan føle sig stigmatiseret. Dilemmaet kan løses enten ved at solidarisere sig med det (funktionelt) psykiske syge familiemedlem eller ved at fornægte hende. Indlæggelse kan i denne situation være en velkommen pause. Cockerham giver dog også eksempler på det modsatte, at familien kan knytte tættere bånd på grund af et medlems psykiske sygdom (ibid., pp. 228-229). Goffman beskriver en eskalerende situation i *The Insanity of Place* (Goffman, 1969, pp. 335-390), hvor et nært familiemedlem udvider sin cirkel af forstyrrelser til at omfatte hele sin omverden som ringe i vandet med kaos til følge (ibid., pp. 344-357). Goffmans essay fremstår påfaldende realistisk, og Persson bekræfter i sin bog om Goffman, at det er selvoplevet (Persson, 2012, pp. 202-203). Venner, der falder fra, når en af dem får kontakt til det psykiatriske behandlingssystem, er en klassiker i litteraturen om stigma (Cockerham, 2014; Corrigan & Watson, 2002; Deegan, 1993; Goffman, 1963a; Link & Phelan, 2001; 2013; Rogers & Pilgrim, 2014; Sayce, 2016; Scull, 2015). Fx skriver Goffman, at en nyligt stigmatiseret person lærte, at andre i den gruppe, som hun tidligere så som stigmatiseret, er fuldt ud menneskelige som hende selv. Samt at

præ-stigma-venner stadigvæk suggererede "ikkemenneskelighed" over for personer som hende selv (Goffman, 1963a, pp. 52-55) – på baggrund af accepterede stereotyper, dvs. fordomme om psykiatriske patienter (Corrigan & Watson, 2002). Venskaber skulle ideelt være baseret på frivillighed og sympati. Hvis præ-stigma-venner begynder at skelne mellem "dem" og "os" (Link & Phelan, 2001, pp. 370-371; 2013, p. 530) og dermed tilslutte sig stereotyperne om psykiatriske patienter, er det logisk, at de falder fra. Når den stigmatiserede gradvist bliver udskilt fra præ-stigma-venner, kulminerer det i gradvist stigende social afstand (Rogers & Pilgrim, 2014, pp. 182-184). Det har åbenbart været tilfældet med de forsvundne – præ-stigma- – venner, som de fleste patienter kunne fortælle om.

7.3.1. Bekendte og fremmede

Nogle patienter, der var i kontakt med bekendte eller fremmede på daglig basis, forsøgte at skjule deres stigma: "Jeg siger *aldrig* noget til nogen, det er en stor hemmelighed, aldrig i livet. Jeg løj om at have arbejde, da jeg fik pension. Det er flovt at sige, "jeg får pension på grund af dårlige nerver." Det er bedre at fejle noget fysisk". Hun var aktiv i interaktioner med "normale", da hun dyrkede et bestemt spil på daglig basis, det må have begrænset hendes spontanitet mærkbart. Hun karakteriserede sit spil som "afhængighed" og "misbrug" og ville kureres for det. En ung studerende havde problemet inde på livet til daglig, da han boede på kollegium: "Jeg siger ikke noget, undgår at tale om dagcentret og indlæggelse, jeg synes det er ubehageligt. Der er mange fordomme, men jeg synes også selv, det er pinligt. Det er et problem på kollegiet, de må ikke vide det, jeg kører et dobbeltspil". På et spørgsmål om, hvorfor han syntes, det var pinligt, svarede han: "Det viser en svaghed hos mig selv, at jeg ikke kan klare problemer, andre kan takle". Begge patienter havde åbenbart tilstrækkelig kontrol over deres sociale ordensydelser til at kunne indgå i interaktionssystemer dagligt. De havde begge en høj interaktionshyppighed på daglig basis med psykosocialt velfungerende personer, det må have stresset dem betydeligt, at de ikke kunne tale om deres status som psykiatriske patienter (Goffman, 1963a). Thoits & Link (2016, p. 4) kalder fænomenet for "chronic stress". En patient på Cirkelns dagcenter havde det ikke godt med, at "socialrådgiveren (på Cirklen) ringede angående en vandskade og sagde, hvor hun kom fra, det kan ikke undgås". Jeg spurgte: "Hvad synes du om det?" Patienten svarede: "Ikke ret godt, man skjuler mange ting, familien ved

det". Hun tilføjede: "Jeg siger, jeg kommer på dagcentret – jeg siger ikke så meget om det" – dvs. om at være psykiatrisk patient. Hun havde ikke rigtig lyst til at blive set på som en moralsk tvivlsom person af en fremmed blikkenslager, der skulle komme i hendes hjem (Goffman, 1963a, pp. 57-58; Luhmann, 1978a).

7.4. Mere om kontrol over personlig information

Goffman (1963a) skriver, at rutineinformation fra personen selv fungerer som retningsgivende for administration af stigmaet. De "forkerte" oplysninger eller en simpel fortalelse kan være fatal for opretholdelsen af facaden, hvis det afslører en person, som prøver at skjule sit stigma . . . hvis det er potentielt beskæmmende, vanærende eller diskrediterende (ibid., pp. 58-64). Begge de to ovennævnte patienter må have haft stor opmærksomhed på situationen som truende. Nuværende og forhenværende psykiatriske patienter risikerer uforvarende accept ved at fortie, at de har en fortid i en psykiatrisk institution – det fremgår af både interaktioner og interviews. De risikerede noget ved at "passere" i kraft af fortielse, nemlig afsløring. De, der accepterer vedkommende som en moralsk uantastet person, udgør samtidig en fare, idet de kan afsløre vedkommende som moralsk tvivlsom på basis af opholdet i en psykiatrisk institution, hvis eller når de får kendskab til det (ibid., pp. 58-64; Luhmann, 1990; 1991e).

I Kvadratets dagcenter svarede patienterne på spørgsmålet i interviewene: En patient svarede: "Det er et tabuemne i samfundet – jeg siger, fordi jeg har brug for det" og "fordi jeg vil ikke ende på Sankt Hans". Jeg siger: "Jeg laver ingenting, hvis folk spørger direkte, eller jeg snakker om noget med en bog, de kikker lidt, og så skal man helst snakke om noget andet". Der var forskellige svar, en patient "vedgik", hvis adspurgt, men hun blev så ikke altid spurgt. En anden patient administrerede sit stigma tilsvarende og sagde: "Jeg siger til folk, at det [dagcentret] er en afdeling tilknyttet [hospitalsnavn]. Jeg har taget en beslutning om at svare på alt det, folk spørger om i den forbindelse. Jeg ville have det dårligt med at skjule, jeg er i behandling. Men jeg søger ikke at fortælle det, jeg fortæller det, hvis folk spørger, som ved, jeg har arbejdet". Goffman (1963a) stiller spørgsmålet, hvem skal man lyve eller fortie noget for? Og hvad skal man fortælle hvem og hvornår og hvordan? (ibid., pp. 57-58). Post-stigmarelationer kan komme til et punkt og en vis grad af intimitet, hvor det vil være uhæderligt fortsat

at fortie en stigmatiserende periode – såsom behandlingskontakt med en psykiatrisk institution – i den personlige biografi. Der kommer en konflikt mellem åbenhed og hæderlighed. Derefter kan vedkommende iscenesætte en ”tilståelse”, hvor vedkommende for det første tilstår sin forskellighed og for det andet afslører sin hidtidige fortielse og dermed uhæderlighed. Vedkommende udleverer sig til den anden persons nåde. Vedkommende kan eventuelt have sonderet terrænet først hos den, hun har udset til at modtage tilståelsen, og derved så nogenlunde sikre sig, at den bliver vel modtaget (ibid., pp. 122-123). Goffman beskriver en ”afsløringsetikette”, hvor den stigmatiserede indrømmer sin ”fejl”, og derved mere end antyder, at tilhørerne er hævet over de almindelige fordomme for den specielle gruppe, det drejer sig om. Fx kan en nuværende eller tidligere psykiatrisk patient sige, ”som havende førstehåndserfaring med psykiatriske institutioner” (ibid., p. 124). Jeg har ikke nogen empiri, der kunne bekræfte ovenstående, jeg fulgte jo ikke patienterne i deres daglige liv – ovenstående bygger på litteraturen om temaet. Jeg synes imidlertid, det er et væsentligt aspekt af stigmatiseringen at få med, hvordan patienterne kunne komme videre, hvis en personlig relation udviklede sig.

Der kan være et specielt fællesskab mellem personer med samme stigma, her mellem patienter, der har eller har haft behandlingskontakt med psykiatriske institutioner. Goffman skriver, at de ikke hilser på hinanden på gaden, når de er sammen med ”normale”. De omgås deres fælles stigma med taktfuldhed og diskretion (Goffman, 1963, pp. 121-122). Her vil jeg så anføre, at der var en gradsforskel mellem patienterne fra henholdsvis Kvadratets og Cirkelns dagcentre, som stort set kunne henføres til deres forskellige socioøkonomiske status (Hollingshead & Redlich, 1958; Myers & Roberts, 1959; Olsen et al., 2012). Ovenstående var mere udtalt for patienterne fra Kvadratets dagcenter end for patienterne fra Cirkelns dagcenter. Fx mødte jeg en dag en patient fra Kvadratets dagcenter ude i byen i selskab med et par andre og havde en kort interaktion med hende. Da jeg vidste fra interview og interaktioner, at hun holdt sin frekventering af det psykiatriske system som en ”stor hemmelighed”, sagde jeg ikke, hvor vi kendte hinanden fra. Estroff (1981) observerede et tilsvarende fænomen, en gruppe patienter, der ikke ville ses sammen med andre patienter og aktivt undgik det uden for behandlingsstedet (ibid., p. 181). Goffman (1963a) skriver, at mennesker, der ses sammen – ”the ”with” relationship” – giver anledning til en antagelse om, at en person er ligesom de andre, hun er sammen med (ibid., p. 64). Jeg var derimod på nogle udflugter med patienter fra Cirkelns dagcenter; de så

ikke ud til at være generet af at blive set sammen med andre psykiatriske patienter – modsat patienterne på Kvadratets dagcenter. Fx deltog jeg i en påskefrokost på en koreansk restaurant, hvor 24 patienter som gruppe var til stede ved separate borde mellem de andre gæster, de var pænere klædt end til hverdag, velfriserede og afdæmpede. Det var en social ordensydelse, at de havde klædt sig på til lejligheden og kommunikativt leverede stort set alle sociale ordensydelser. Men de gav alligevel udtryk for i interviewene, at det kom an på, hvem der spurgte, om de var åbne omkring deres status.

7.4.1. Kolleger på arbejdspladsen

Jeg kunne høre fra interaktionssystemer og interviews, at patienterne på Kvadratets dagcenter var mere integrerede i samfundet med studier, (deltids)arbejde og frivilligt arbejde i NGO'er end patienterne på Cirklen dagcenter. Af de tolv patienter, jeg interviewede på Cirkelns dagcenter, kom to-tre dagligt eller et par gange om ugen på et beskyttet værksted, som psykiatriske patienter og handikappede frekventerede. En enkelt fulgte et normalt HF-forløb. En patient fra Kvadratets dagcenter sagde i interviewet om sin arbejdsplads: ”Jeg har sagt til alle, jeg kender, at jeg går i dagcentret, og at jeg er glad for det. Jeg kender fordømmene omkring det. Jeg ville ikke fortælle det på min arbejdsplads (hun var frivillig i en NGO), hverken at jeg er førtidspensionist eller psykiatrisk patient”. En anden patient, ligeledes fra Kvadratets dagcenter, svarede med samme tema om sin arbejdsplads: ”Jeg taler ikke om det, kun til enkelte, jeg er ikke stolt af det og flager ikke med det. Jeg siger det til familie og nære venner. Det er svært at sige det på arbejde. Det var det største problem, efter første indlæggelse, at skulle se folk i øjnene, nu er det tredje gang, jeg har været indlagt. ”Tror de nu, at man er syg?” i tiden efter. Jeg var træt, orkede ikke at arbejde, at se folk i øjnene igen. Omverdenen tænker: ”Er det et andet menneske, der kommer ud derfra?”, når man har været indlagt”. Angående det frivillige arbejde, som tre-fire patienter fra Kvadratets dagcenter var involveret i, definerer Anker og Nielsen (1995) det som ”frivilligt og ulønnet arbejde, der i sit indhold er rettet mod at gavne nogen eller noget ud over den frivillige selv og dennes nære familie” (ibid., p. 33). De skriver endvidere, at frivillige som regel kommer fra ressourcestærke grupper i samfundet, at de gør det af lyst og interesse, samt at de ønsker at have medbestemmelse. Frivillige kan også have en karriere, hvor man får opgaver med mere ansvar, får sine udgifter dækket, og desuden kan det styrke netværket og give

nye kompetencer. De patienter, der udførte frivilligt arbejde, var ressourcestærke i kraft af deres uddannelsesniveau, de fleste havde en mellemlang eller højere uddannelse (ibid.). De brugte den ikke nødvendigvis i deres aktuelle arbejde, men de fungerede alligevel på en marginal del af arbejdsmarkedet. De havde samtidig tilstrækkelig kontrol over deres sociale ordensydelse, til, at de kunne indgå i interaktionssystemer flere dage om ugen. Men de undgik at fortælle, at de var psykiatriske patienter, da det ville eksponere dem til ”fordommene omkring det”. Angående arbejde, så beskriver Goffman (1963a) en hændelse med psykiatriske patienter, der skulle følges et halvt år af personalet fra en psykiatrisk institution. De skiftede job efter et halvt år, når deres opfølgingsperiode var slut, fordi de så kunne optræde som normale i stedet for at udstille deres stigma (ibid., p. 116). Af samme grund anfører Cockerham (2014, p. 227), at personer, der skriver jobansøgninger, tenderer til ikke at nævne deres fortid som psykiatriske patienter.

7.4.2. Førtdispension som eksklusion eller økonomisk sikkerhed?

Personer, der bliver ekskluderede, er enten af en anden slags, eller de har begået normbrud (Luhmann, 1994, p. 229). Det sidste er tilfældet med psykiatriske patienter, deres ”karriere” kan være startet på grundlag af brud på basisforventninger (Luhmann, 1980a, pp. 44-45). Fx taler Goffman (1963a) om en persons ”moralske karriere” (ibid., p. 45). Nogle normbrud kan føre til diagnoser, som kan være en form for eksklusion, jf. Foucaults forfatterskab (1975; 2003). Flere af de patienter, som ikke havde fået førtdispension, men hvor den ”truede” i horisonten, havde et problem med den fremtidsudsigte. De betragtede den som en ”sovepude”, og de ville hellere ud på arbejdsmarkedet igen. Den økonomiske sikkerhed, som en førtdispension kunne give, havde en stigmatiserende slagside (Link & Phelan, 2001; 2013). En patient fra Kvadratets dagcenter sagde i interviewet: ”Jeg føler, jeg nasser på samfundet ved at få førtdispension, jeg har dårlig samvittighed. Jeg har ikke snakket med de andre patienter i dagcentret om det svære ved at være psykiatrisk patient. Gør det af og til derhjemme (i bofællesskabet).” Ligeledes en anden patient fra Kvadratets dagcenter: ”Jeg ville ønske, at de siger, jeg nok skal blive rask igen, i stedet for at hælde over mod førtdispension hele tiden. Jeg er bange for førtdispension, så kan jeg sidde og spille klaver resten af livet, det giver ikke mening. Jeg ønsker, at jeg ved egen kraft kan komme ud af det igen. Jeg skal nok ikke slippe medicinen foreløbig. Mange slipper den, og så tager det hundrede år og en madpakke, før

man kommer ud af det igen". En anden patient fra samme dagcenter gav udtryk for en tilsvarende holdning: "Det er at blive sat ud af systemet at blive førtidspensionist – en sovepude [...] det er svært at komme tilbage på banen og måske få en portørstilling på et hospital". Især de to sidste giver udtryk for frygt for eksklusion fra arbejdslivet, for "at blive sat ud af systemet" til et liv på overførselsindkomst, hvis de fik førtidspension. Patienterne var bange for at blive ekskluderede, især i den endegyldige form, hvor de ikke kunne komme ud af eksklusionen igen. For at oppebære et livsgrundlag skal man være tilknyttet en organisation, der leverer det, enten som lønmodtager eller som medlem af en A-kasse eller det sociale hjælpesystem, som bl.a. leverer førtidspensioner på bestemte betingelser (Baecker, 1994). Jönhill (2012) skriver imidlertid, at eksklusion ikke behøver at være problematisk, det afhænger af den konkrete individuelle kontekst (ibid., pp. 85-87). Patienterne på Kvadratets dagcenter havde flere muligheder i kraft af deres højere uddannelsesniveau end patienterne på Cirkelns dagcenter, ligesom det hovedsageligt var de første, der havde problemer med at modtage eller udsigt til at få førtidspension. Jeg ved i sagens natur ikke, hvordan det er gået de tre citerede patienter siden, men betydningen af inklusion og eksklusion kan ikke generaliseres til et enten-eller, begge er flerdimensionelle, og fortolkningen afhænger altid af den konkrete sociale kontekst, også når der er tale om kumulativ eksklusion (Jönhill, 2012, pp. 85-87; p. 192).

7.4.3. Stereotyper i majoritetssamfundet

I forbindelse med temaet venner og ikkevenner vil jeg beskrive et eksperiment, som bekræfter, at er man en gang stigmatiseret som psykiatrisk patient, kan en af konsekvenserne være social afstand. Kroska, Harkness, Thomas & Brown (2014) skriver som indledning til deres vignette-eksperiment for det første, at den personlige relevans af negative kulturelle stereotyper om psykisk sygdom skaber følelser af demoralisering hos den psykiatriske patient. For det andet at en kendt psykisk sygdom giver en negativ vurdering med efterfølgende social udstødelse af den ramte. For det tredje har de to første processer som resultat, at personer, der nu eller tidligere har/havde psykosociale forstyrrelser, begyndte at anvende bemestringsstrategi i form af hemmeligholdelse og tilbagetrækning. Det har til formål at afværge udstødelsen, men det ender med at skade den (eks)psykiatriske patient, idet vedkommende kommer til at mangle støttenetværk og erhvervs muligheder. Med forbehold for de kulturelle forskelle mellem USA og

Danmark og de begrænsninger, som et eksperiment giver, så støtter det antagelsen af, at der stadigvæk finder en stigmatisering af psykiatiske patienter sted. Vignette-eksperimentet sammenligner resultaterne mellem de to patientgrupper: psykiatiske patienter og en gruppe somatiske patienter, der var indlagt for madforgiftning. De sidste formodes at skabe afstand på grund af deres uhygiejniske omgang med mad. Undersøgelsen bekræfter, at der finder en stigmatisering sted for denne gruppe. Men det er den første gruppe, der interesserer mig mest her. Forfatterne skelner mellem holdning og adfærd. Holdning er det verbale udtryk, og adfærd er den faktiske adfærd, der kan stå i modsætning til den udtrykte holdning. Over 100 forsøgspersoner skulle parvis løse en opgave sammen på en computer. Bagefter målte forskerne social distance og "likeability". Uventet fandt de ingen udslag for "likeability", men der var signifikante udslag på social distance. Teampartnerne til de psykiatiske patienter havde fået udleveret et papir med personlige oplysninger om deres teampartner. Forskerne brugte en upåfaldende metode til at måle social distance i faktisk adfærd på. Det sikrede så nogenlunde, at forsøgspersonerne ikke kunne vide, at deres respons blev målt og udsat for granskning – med en formulering som "Har du tid til at møde din teampartner bagefter?" og lignende. Forfatterne konkluderede, at de fleste af dem ikke havde "tid" til at møde deres teampartnere med psykiatiske diagnoser, og så det som et udtryk for social afstand (ibid., pp. 228-229).

7.4.4. Funktionel kommunikation og adfærd i relation til stigmatisering

De patienter, der har nogenlunde kontrol over deres sociale ordensydelser, kan bruge kommunikation om hallucinationer til at få sig udskrevet eller beholde deres medicindosis, hvor de ellers kunne risikere, at psykiateren ville forhøje den, hvis hun vidste, at patienten hørte stemmer. Her kommer en hændelse, der beskriver det sidste fra Kvadratets dagcenter:

Jeg turde ikke fortælle om stemmerne på Sankt Hans Hospital af frygt for at få mere medicin, jeg fik rigeligt i forvejen (Interviewnoter, 25.4.1991).

Maja på Cirklens dagcenter fortalte om en hændelse fra Sankt Hans Hospital, hvor hun var indlagt og gerne ville ud til påske.

Efter morgenmadsmødet blev jeg siddende og havde en længere snak med en patient, Maja. Hun fortalte, at hun havde været i "systemet" (det psykiatiske) i

tolv år, med mange indlæggelser på Sankt Hans Hospital og på stamafdelingen, i alt vist nok 28 indlæggelser, heraf et par hele år. Det sidste halve år havde hun været indlagt tre gange på stamafdelingen, sidste gang i ti dage, det var ikke nok. Det ville være bedre, hvis hun kunne være på Sankt Hans i længere tid og så have en lang, god periode bagefter, ”et halvt år på Sankt Hans og et halvt år rask”. Hun fik sig udskrevet fra Sankt Hans før påske ved at sige, at hun ingen stemmer havde, ”selv om det stod helt herude”, og lavede en gestus ud for ørerne med begge hænder. Hun gad ikke være der i påsken, ”de er nemme at snyde”. Hun har lært at styre sig de senere år, tidligere slog hun til tingene, jøg fx en arm gennem en rude. Nu vil hun i arbejde igen, ”ud af systemet”, hun har tidligere sejlet som stewardesse (Feltnoter, 5.4.1991).

Hun kommunikerede ”rask”, og de ”løslo” hende. Modsat Rosenhan og andre, der i et eksperiment absolut ville indlægges, og til det formål påstod, at de hørte stemmer. Der skal en speciel motivation til at forsøge at blive indlagt på et psykiatrisk hospital, og den havde de ved at deltage i eksperimentet sammen med syv andre ”patienter”, der fordelte sig på tolv forskellige psykiatriske hospitaler (Rosenhan, 1973). I sin artikel om at være rask på et sindssygt sted beskriver Rosenhan, at nogle medpatienter jævnligt tvivlede på, om han reelt var sindssyg – men det gjorde personalet ikke, han blev diagnosticeret som skizofren. Det fik ham til at sætte spørgsmålstegn ved diagnosernes pålidelighed (ibid., p. 252). Begge parter jonglerer momentant med stigmatisering og af-stigmatisering, Rosenhan med det første, og patienterne med det sidste.

7.4.5. Dora og det femstjernede hotel

Vi var fem til en seance med juleklip i Hobbyrummet på Cirkelns dagcenter, et teammedlem, Dora, Laila og undertegnede.

Laila var ny for mig, men hun sagde, at hun havde set mig til festen i sommer. Jeg gav hende en patientinformation og indledte en snak. Annegrete sad ved vinduessiden og var der bare. Sagde eller lavede ikke noget, smilede bare af og til, når der var en anledning, som tegn på, at hun fulgte med. Dora sad og fortalte over juleklippet, at hun klædte sig pænt på af og til, og så tog hun på [hotelnavn] (et femstjernet hotel i Storkøbenhavn). Hun gik ind i lobbyen ved kaminen og drak te. Men man skulle lige forbi dørvogteren først. Det var en udfordring at have den udstråling og værdighed i påklædningen, der gjorde, at man passerede. Men så var betjeningen også upåklagelig. For nylig havde hun taget en ven med og bedt ham

om at tage pænt tøj på, uden at sige, hvor de skulle hen. Og så kørte de i taxa til [hotelnavn] og drak te. Hun fortalte om sit tøj, som hun havde delt i fire sæt farvekombinationer. Meget af det var fra genbrug, hun gennemgik af og til systematisk en butik nede om hjørnet fra Cirklen. Men hun brugte det ikke herhjemme. Tidligere tog hun jævnligt på bjergvandring i Østrig, og da havde hun en anden identitet. Det holdt hun op med, da hun blev deprimeret for et par år siden, men nu begyndte hun at vejre morgenluft og få lyst til det igen (Feltnoter, 6.12.1990).

Hele beretningen var en social ordensydelse. I et af sine tidlige værker, *The Presentation of Self in Everyday Life*, (Goffman, 1959, pp. 109-141) fremstiller Goffman aktøren som en skuespiller, der skal leve op til specifikationerne for, hvordan en god præstation skal være, og modparten skulle være "publikum". Jeg foretrækker at se det dramaturgiske setup, frontstage – backstage, som en metafor, fordi det i sin bogstavelige form for ensidigt fokuserer på skuespilleren og hendes udførelse af sin rolle, og modpartens rolle som "publikum" forekommer inadækvat. I et af sine sene værker, *The Interaction Order*, gik Goffman over til at tale om den sociale situation som basisenhed for face-to-face-interaktioner (Goffman, 1983). I den metaforiske forstand er Doras historie ligeledes en illustration af, hvordan en person med et usynligt handicap "passerer" som normal (Goffman, 1963a), i denne situation med dørvogteren på det femstjernede hotel som både konkret og symbolsk gatekeeper. Konkret, fordi han lader hende komme ind på et fashionabelt hotel, og symbolsk, fordi det lykkes for hende at passere som normal. Til daglig er hun – i hvert fald midlertidigt – patient på Cirkelns dagcenter, og hun er, som det fremgår, meget bevidst om sin stigmatiserede status. Det sidste er en social ordensydelse. Det er også en social ordensydelse, at hun kan sætte sig selv i en situation ude i byen, hvor hun formår at "passere" på et fashionabelt hotel, som har en dørvogter ansat, hvis opgave det er diskret at overvåge kundernes fremtoning og påklædning. I Goffmans frontstage-backstage-inddeling, kan man se Doras hverdag som knyttet til Cirkelns dagcenter som backstage, og frontstage bliver så passagen ind i hotellet, hvor hun kan drikke te og sætte pris på den upåklagelige betjening. Backstage – her dagcentret – er så det sted, hvor hun kan være sig selv med sin psykosociale forstyrrelse uden at skulle skjule den, tværtimod – her kan hun slappe af. Goffman siger, backstage er det sted, hvor skuespilleren med sikkerhed kan forvente, at tilskuerne ikke kommer (Goffman, 1959, p. 116), og samtidig bevidst konstruerer indtryk til frontstage-brug. I betragtning af det dobbeltliv, de fleste psykiatriske

patienter fører, er det faktisk en passende metafor. Noget tilsvarende er på spil, når hun systematisk gennemgår en genbrugsbutik for tøj, men kun bruger det i udlandet på bjergvandringer, hvor hun boede på hotel og passerede som ”normal”.

7.4.6 Selvstigmatisering

Patienter, der udviser selvstigmatisering, har internaliseret de negative stereotyper, det vil sige de fordomme, som alle funktionelt psykisk syge patienter møder som normative forventninger – som karaktersvagthed og inkompetence (Corrigan & Watson, 2002; Goffman, 1963a; Link & Phelan, 2001; 2013). Her kommer uddrag fra et interview med en patient fra Kvadratets dagcenter, der tidligere hørte stemmer i mange år:

”Jeg vil gerne have det godt, være frisk til at tage en uddannelse og klare mig selv. Jeg er blevet bange, efter jeg har været indlagt – for, hvad jeg går og laver. Jeg er bange for at gøre noget forkert, jeg har lavet mange underlige ting tidligere. Så tager de førtidspensionen [hvis patienten tager en uddannelse], jeg vil gerne forsørge mig selv, det er måske urealistisk – jeg er meget glad for pensionen lige nu, det giver ro. [...] man får at vide, at man er syg, jeg bliver splittet og ved ikke, hvad jeg skal tro” (Interviewnoter, 25.4.1991).

Min fortolkning går på, at han er kommet i tvivl om sin egen dømmekraft. Når han udtrykker ønske om at få en uddannelse, udtrykker han samtidig, hvordan hans funktionelle psykiske sygdom slår indad, så han ender med lige meget at ønske en uddannelse som at tvivle på, om han kan gennemføre den. Han ved ikke, om han kan stole på sig selv. Det underminerede hans selvtillid, at han fik at vide, at han er syg – det afholder ham fra at gøre de ting, han har lyst til. I dette tilfælde var det en uddannelse, der senere kunne have givet ham et godt job. Andre patienter udtrykte sig i lignende vendinger. Når patienterne accepterer de negative stereotyper, udviser de lav selvfølelse og lav egen-effektivitet – som overstående citat viser. De bliver frataget de muligheder, der normalt karakteriserer et godt liv, som sikre boligforhold, godt arbejde, tilfredsstillende sundhedsbehandling og forbindelser med mange slags mennesker. Det kan få dem til at opgive planer om uddannelse – som her, at søge et godt arbejde og at lede efter en bedre bolig (Corrigan & Watson, 2002, p. 1; Goffman, 1963a).

7.5. Fremtidsperspektiver og recovery

Fremtiden spillede en stor rolle, især for de unge og yngre patienter. Fremtiden i de vestlige sekulariserede samfund står tilbage som den eneste ukendte størrelse (Luhmann, 1989a, pp. 135-137). Indtil for et par hundrede år siden drejede det sig også sig om evigheden, og især om man havde opnået nåde, spillede en stor rolle, og i nogle retninger i protestantismen søgte man jordiske beviser som sikkerhed for sin status efter døden (Weber, 1920/1996, pp. 53-121). Teorier om forventninger er ligeledes rettet mod fremtiden (Luhmann, 1964a, pp. 59-73; 1984, pp. 396-399; pp. 411-456; 1992a; 2002a, pp. 103-105; pp. 315-326). Luhmann problematiserer selv sin prioritering af forventninger og dermed af fremtidsperspektivet, men ser indtil videre ikke andre muligheder (2002a, pp. 325-326).

Nogle patienter har svært ved at danne forventninger, da de er fremtidsrettede – for slet ikke at tale om realistiske forventninger. Jeg har sporadiske feltnoter om fænomenet, de faglige belæg fremgår foreløbig af Arieti (1974), Kisker (1960), Blankenburg (1971) og antropolog M.T. Rønberg (i Brinkmann & Petersen (red.), 2015, pp. 185-206). Det er et kendt fænomen ved depressive patienter, men det drejer sig ligeledes om andre grupper. Arieti (1974) gør opmærksom på, at den psykotiske kun lever i en enkelt tidsdimension, nutiden. Virkeligheden har derimod tre tidsdimensioner, fortid, nutid og fremtid, og psykoterapeuten må gradvist udvide patientens psyko-temporale felt (ibid., p. 575). Det bekræftes af fænomenologisk inspirerede psykiatere som Kisker (1960) og Blankenburg (1971). Kisker refererer til Kurt Lewin, hvis feltteori han bruger, og skriver, at for nogle skizofrene patienter vil alt fremtidigt være irreelt (Kisker, 1960, p. 19). Blankenburg (1971) beskriver i et afsnit, "Zeitigung", hvordan symptomfattige skizofrene patienters tidsoplevelse mangler kontinuitet, og hvordan den jeg-identitet, der skulle følge med kontinuiteten, bliver fragmenteret (ibid., pp. 88-93). I det følgende vil jeg anføre en empirisk undersøgelse af Rønberg (i Brinkmann & Petersen (red.), 2015, pp. 185-206) om depressive patienters manglende fremtidsperspektiv. Hun kalder kapitlet "At se sig selv i fremtiden" og skriver, at det var et inklusionskriterium, at patienterne i de forskellige kontekster var blevet diagnosticeret med depression. Hendes data stammer fra feltarbejder i tre forskellige kontekster, hvor depression var på dagsordenen, nemlig et psykoterapeutisk gruppeforløb med tilknytning til psykiatrien, et højskoleophold

for mennesker med depression, en selvhjælpsgruppe i en patientforening samt forskellige indslag fra aktuelle medier og interviews med voksne, der er/har været diagnosticeret med depression. Som fællesnævner taler forfatteren om en fraværende fremtid og en afbrudt tidsforståelse. Selve diagnosen kan medføre både håb og frygt: håb om en bedre fremtid, men samtidig en frygt for, hvordan den vil se ud (ibid., pp. 185-189). En patient mente, at diagnosen indeholder et reduktionistisk element, som negligerer de stressende livsomstændigheder, hun har oplevet¹²⁵. Samme patient brød sig ikke om en få en kronisk sygdomsidentitet og få hæftet en diagnose om gentagen depression på sig. Hun mødte samtidig en depressionsforståelse, hvor det eneste, hun kunne gøre, var at tage medicin efter at have talt med en læge i kort tid (ibid., pp. 190-191). I det psykoterapeutiske forløb observerede Rønberg, at patienterne oplevede, at de kunne formulere sig om det, der var centralt i relation til deres depression, og hvor terapeuterne satte det i perspektiv. Depressionsgruppen illustrerede den danske velfærdsstats brug af diagnoser som et reguleringsmiddel til tildeling af ressourcer. I dette tilfælde tog ressourcen form af en gruppeterapi, der lærte patienterne at internalisere deres selvopfattelse i et psykiatrisk og diagnostisk sprog. Terapeuterne var bevidste om, at det, de tilbød patienterne, var forklaringer på glemsomhed, træthed, udmattelse, overdreven selvbebrejdelse, selvkritik og manglende livsglæde i et særligt sprog, og at det alt sammen ville forsvinde, i takt med at deres depression forsvandt. Med reference til den tyske psykiater T. Fuchs skriver Rønberg, at den deprimerede oplever at blive overmandet af tiden, og beskriver Fuchs inddeling i implicit og eksplicit tid. Den første optræder, når vi er optagede af noget, og fremtiden implicit er til stede. Den eksplicitte tid hænger sammen med lidelse og ubehag, hvor man i højere grad lægger mærke til kroppen, og at der er noget dysfunktionelt ved den. Det giver sig udslag i, at tidsbevægelsen bliver afbrudt, og at forestillingen om fremtiden mangler, der opstår med andre ord en stilstand. Den deprimerede kommer ud af sync med den sociale tid og har intet projekt og ingen motivation (ibid., pp. 196-198). Der kan imidlertid ske en re-synkronisering til fremtiden, når og hvis patienterne kommer ud på den anden side af depressionen. Afslutningsvis opsummerer forfatteren de væsentligste elementer i depressionens fænomenologi: den afbrudte tidsoplevelse, den fraværende fremtid og en ændret selvforståelse. Den kropslige oplevelse af

¹²⁵ Det ligger på linje med min analyse af den plejede psykiatriske semantik (Luhmann, 1980b, Bd. I, pp. 9-71).

depressionen giver sig udslag i en oplevelse af at være ude af sync med den sociale tid, med fremtiden og med selvet (ibid., pp. 205-206). Topor (2001) fokuserer på det håb, som nogle psykiatriske patienter har opgivet, men en pårørende eller et personalemedlem kan "holde" det for dem, indtil de selv bliver i stand til at danne håb og dermed fremtid. Topor kalder fænomenet for "stedfortrædende håb", hvor han refererer til Deegan (1988) (ibid., pp. 119-120).

Retur til observationerne i dagcentrene: Jeg observerede en ung patient i Kvadratets dagcenter i et interaktionssystem, der spurgte: "Har jeg en fremtid?" – som en form for mere eller mindre direkte kommunikation om, hvorvidt hun ville blive sin psykosociale forstyrrelse kvit og leve et normalt liv – eller ville hun blive ved med at være afhængig af behandling og medicin? En ældre deltager i interaktionssystemet sagde til hende: "Du har en fremtid, men det har jeg ikke". Hun forventede ikke at blive kureret for sin psykosociale forstyrrelse. Den første patient forsøgte at forsikre sig selv ved at sige: "[Navn på teammedlem] siger også, at jeg har en fremtid, og at jeg bliver rask". Kort tid efter kom der imidlertid en meddelelse, der umiddelbart virkede som en kontramelding:

"På et personalemøde fortalte de, at samme patient var blevet indstillet til en lejlighed sammen med tre-fire andre funktionelt psykisk syge, det ville være en stor omstilling for hende. Så kan jeg bedre forstå, hun så nedtrykt ud tidligere på dagen. I hvor høj grad har hun selv været med i den beslutning? Hun udtrykte ofte tvivl om, hvorvidt hun havde en fremtid. Den indstilling må have virket som et klart nej (Feltnoter, 11.4.1990). Ved et senere besøg: Det var åbenbart i fuld overensstemmelse med hende selv, at hun var blevet indstillet. Hun havde mødt to af de andre bofæller, hun skulle med dem og lederen af bofællesskabet ud at købe møbler. Der var sket noget ubehageligt på klubværelset sidste sommer, hun ville gerne væk derfra. De præ-stigma-venner, hun havde tilbage, måtte så være orienteret om hendes situation (Feltnoter, 27.4.1990). Senere: Patienten så glad og tilfreds ud, hun var flyttet ind i bofællesskabet (Feltnoter, 17.5.1990).

Det fremgik imidlertid, at hun opfattede det som en midlertidig løsning, i lighed med de andre fem fra begge dagcentre, der boede i bofællesskab. Gengangeren i de anførte beretninger var den tvivl på eget værd, som kunne indfinde sig med de hyppige fordomme og den sociale afstand, patienterne mødte i majoritetssamfundet og fra medpatienter på især Kvadratets dagcenter og i mindre grad på Cirkelns dagcenter.

Deegan (1993) behandler stigmatiseringstemaet i en artikel fra 1993. Den har form af den tale, hun ville have holdt til sig selv for enogtyve år siden, da hun blev

indlagt som syttenårig på et psykiatrisk hospital, hvis hun havde vidst det samme, som hun ved nu. Hendes tvivl på eget værd dengang er et gennemgående tema. Da hun blev indlagt, fortalte en psykiater hende, at hun havde en sygdom ligesom diabetes, og at hun skulle tage psykofarmaka resten af livet. Hun havde ellers haft teenagerdrømme om at blive et værdsat medlem af samfundet ved at gøre sig nyttig på forskellig vis, fx som medlem af Fredskorpset. Hun følte det, som om dele af hendes identitet blev taget fra hende. Hun følte sig helt alene, på basis af at de professionelle omkring hende talte om hendes symptomer, men ingen interesserede sig for, hvordan hun egentlig havde det. Der var ingen, der kom og sagde: ”Jeg ved, hvordan du har det, jeg har selv været gennem det samme” (ibid., p. 7)¹²⁶. Som syttenårig var Deegans yngre ego vokset op med de sædvanlige accepterede stereotyper om psykisk syge mennesker, som majoritetssamfundet har (Corrigan & Watson, 2002, p. 2), og nu sagde de professionelle, at hun var en af ”dem”. Den syttenårige følte sig som en levende død, godt hjulpet på vej af psykofarmaka, overvældet af kedsomhed og dertil kæderygende. Den ældre Deegan råder hende til at holde op med at skamme sig over sin lidelse – som ingen interesserede sig for – fordi der var ikke noget at skamme sig over (Deegan, 1993, p. 8). Det var personalets afstand til den yngre Deegans lidelse, der – efter den ældre Deegans udsagn – holdt deres egen angst væk. Hendes jævnaldrende kammerater gik i skole og var engagerede i normale aktiviteter, men den ældre Deegan fortæller hende, at hun ikke ER sin sygdom, hun er et værdifuldt menneske. Men at hendes indlæggelse og diagnose reducerer hendes bevægelsesfrihed og råderum, ved at alt bliver fortolket i en patologiserende ramme med relation til hendes ”sygdom”. Før var hun trist, nu er hun ”deprimeret”, før var hun uenig, nu ”mangler hun indsigt”, før handlede hun uafhængigt, nu handler hun ”u-samarbejdsvilligt” og er ”behandlingsresistent”, hun tog risici af og til og lærte af sine fejltagelser, men nu er retten til at risikere taget fra hende etc. – i det ene krænkende møde med de professionelle efter det andet. Hvis hun lærer at tro, at hun blot er en sygdom, borteskamoterer det den indre modstand, som er nødvendig for at bygge sig selv op igen. Den ældre Deegan råder sit yngre jeg til at lade sit had og sin vrede forvandle til et oprør, som kan blive en drivkraft til, at hun genfinder sin værdighed (ibid., p. 9). Den ældre Deegan har besluttet, at hun har et psykiatrisk handicap, samt at rejsen mod

¹²⁶ Det fører tanken hen på Dobranskys (2014) ”prosumers”, som var ekspatienter, der havde stabiliseret deres reflekse perceptioner og reflekse forventninger tilstrækkeligt til at varetage organisatoriske opgaver som peer-støtte (ibid., pp. 121-127; pp. 139-141).

recovery og helbredelse er hendes egen opgave, og hvis hun tager det arbejde på sig, falder alt det øvrige på plads. Recovery er en proces, hvor hun bliver i førersædet for sit eget liv, og det er ikke en slutstation. Topor (2001) skriver, at hvis recovery er en proces, kan man se normalitet på samme måde – netop som en proces. Det vil sige, at Topor understreger tidsdimensionen i både normalitet og recovery – og han skriver videre, at en person, der har haft et psykisk sammenbrud, aldrig fuldt ud kan se sig selv som normal, men altid i en proces mod normalitet. Alle kan få et psykisk sammenbrud, men hvis man gentager det, bliver et nyt sammenbrud i psykiatrien til et ”tilbagefald”, der understreger ”sygdommens” kroniske karakter (ibid., pp. 127-128).

7.6. Synlige stigma – psykofarmaka og selvkontrol

Jeg begynder med en beretning fortalt af en patient på Cirklens dagcenter om en vens erfaringer: ”Han var indlagt på [navn på psykiatrisk afdeling], han blev der kun i to dage. Hver gang han råbte højt og ville ud, kom de og gav ham en sprøjte”. Beretningen blev ledsaget af et højt grin (Feltnoter, 10.9.1991). Den illustrerer nogle væsentlige pointer ved dette afsnit: For det første, at indsprøjtning eller indtag af psykofarmaka kan gøre patienterne magtesløse over for invasionen af det indre rum. For det andet kan patienterne miste den fysiske selvkontrol, der kan give synlige stigma med konsekvenser for patienternes sociale liv. For det tredje, at beslutningerne om medicin bliver taget af andre end dem, der skal indtage den. Desuden blev medicin her anvendt til social kontrol og med disciplinerende formål (Busch, 2006; Estroff, 1981; Rhodes, 1984; Topor, 2001). Forløbet bar præg af et tvangselement, og der var – sandsynligvis – en klasseforskel mellem den psykiater, der tog beslutningen om at give medicin, og patienten (Rogers & Pilgrim, 2014, pp. 32-36). Overordnet illustrerer beretningen Løchens (1976) pointe om den brutale side af tvangsindlæggelse og -medicinering, der står i modsætning til den liberale og demokratiske ideologi, der ellers hersker i samfundet (ibid., p. 214). Indtag af psykofarmaka kan påvirke patienternes selvkontrol. For nogle psykiatriske patienter kan der således være et synligt stigma ud over det usynlige. Luhmann (1977; 1984, pp. 286-345; 2002a, pp. 264-266) skriver om interpenetration, at hverken kroppen som biologisk system eller bevidstheden som psykisk system kan kontrollere det andet system – ingen

bevidsthed kan aktuelt erfare og bearbejde i enkeltheder, hvad der sker i ens egen krop (Luhmann, 1988b, p. 137). Patienterne blev påvirkede af præparaterne, hvad enten de ville det eller ej. "Bivirkninger" er betegnelsen i plejet medicinsk semantik (Luhmann, 1980b) for uønskede virkninger, men de er virkninger på linje med de ønskede virkninger. Især rysten af hænder og ben, sløvhed, rastløshed, kramper og overvægt var et stort problem for nogle af patienterne (Estroff, 1981, pp. 68-117; Busch, 2006, pp. 54-67; Poulsen (red.), 2010, pp. 71-92). Nogle patienter klagede desuden over sløvhed, manglende engagement ved interaktioner. De kunstnerisk anlagte blandt patienterne nævnte også initiativløshed og manglende kreativitet. Den brede offentlighed kan formodentlig ikke relatere sløvhed, rysten, rastløshed, initiativløshed og manglende kreativitet specifikt til psykofarmaka, men de kan mærke, når folk – her: patienterne – er åndeligt fraværende og uengagerede i interaktioner, at de sidder og ryster, eller at de er rastløse og ikke kan sidde stille (Estroff, 1981, pp. 91-95). Selvom offentligheden muligvis ikke kan præcisere kilden til adfærden, reagerer de fleste på det, når det kommer til interaktioner (Estroff, 1981, pp. 110-113). I sit kapitel om medicinering beskriver Estroff omkostningerne ved at tage psykofarmaka (ibid., pp. 68-117). Næsten alle patienterne havde negative eller ambivalente følelser over for medicinen, over afhængighedsfølelsen, forlegenheden og fortvivlelsen over bivirkningerne, de var magtesløse over for invasionen af det indre rum (ibid., p. 115). Men overtalelsesnetværket omkring patienterne var magtfuldt. De, der forsøgte sig uden medicin, løb en alvorlig risiko (ibid., pp. 89-106). Formuleret i systemteoretiske termer kan man sige, at magtfulde personalemedlemmer (psykiatere og psykiatriske sygeplejersker) satte dagcenterpatienterne under et stærkt forventningspres, der i kraft af de pågældende personalemedlemmers magtfulde position fik – nogle – patienter til at handle i overensstemmelse med personalemedlemmernes stærke normative forventninger om, at de skulle indtage psykofarmaka. Nogle patienter indså selv nødvendigheden af at indtage psykofarmaka, men måtte så håndtere dens invasion af det indre rum med alle de følger, det havde (Estroff, 1981, p. 115). En repræsentant for Galebevægelsen sagde som led i et foredrag for patienterne på Kvadratets dagcenter, at mange patienter på psykiatriske afdelinger får at vide, at hvis de ikke går med til medicinering, må de forlade afdelingen. Nogle psykofarmaka var aktivitetshæmmende, det gav sig udslag i interaktion med andre mennesker, hvor patienterne blev for sløve til at engagere sig fuldt ud i interaktioner. Tilsvarende oplevede personalet på Skovgården, at det var sværere

for dem at nå beboerne og få dem inden for ”terapeutisk rækkevidde” (Busch, 2006, pp. 56-58). Og på den anden side en rastløshed, der gjorde dem ude af stand til at sidde stille i længere tid ad gangen. Det kræver tid og ro sammen at udvikle gode relationer, man må være engageret i interaktionen og ikke være så rastløs, at man afbryder den mange gange. Begge dele påvirkede deres selvopfattelse og deres evne til at interagere med andre. Sammen med andre patienter behøvede de ikke at genere sig for bivirkningerne, men majoritetssamfundet bød på afstødning og nederlag, der forstærkede den sociale tilbagetrækning. Patienterne blev fanget mellem den ikkemedicinske verden – den normale verden – som var uden for rækkevidde, og en medicineret verden, der identificerede dem som gale personer med et galt liv. På den anden side skabte medicinen et fællesskab mellem patienterne (Estroff, 1981, pp. 111-114).

7.6.1. Sociale konsekvenser af medicineringen med psykofarmaka

Indtag af psykofarmaka går ud over både patienternes kontaktevne, koncentration og deres livsførelse i almindelighed, som følgende interaktion viser:

Lidt op ad dagen sad jeg midt for Det store Bord på Kvadratets dagcenter sammen med tre patienter. Uffe og Charlotte var enige om, at dagcentret skulle have længere åbent, til kl. 18, så man kunne komme og gå. Det var Charlotte, der var mest aktiv: ”Det er slemme timer fra kl. 14 til kl. 18. Jeg lever i en skal med medicin”. Det fremgik, at hun fik den mindste dosis Cisordinol. Hun havde valgt at tage det på livstid for ikke at blive syg igen, det havde hun ikke råd til. (I en tidligere beretning fortalte hun, at hun havde brugt ustyrlig mange penge i en manisk fase). Medicinen påvirkede hendes dagligdag meget, hun blev passiv. Astrid mente, at medicinen fjernede tankemylderet, men den fjernede også koncentrationen, hun kunne læse avis, men ikke bøger, dertil smøger og kaffe. Charlotte sagde, hun havde gode venner, var glad for dem og kunne være sammen med dem. Men hun var bange for fremmede mennesker og havde ikke overskud til dem, da hun blev sløv og passiv af medicinen. Men hun ville ikke have bivirkningsmedicin, hun hadede at tage medicin. Nu fik hun depotmedicin hver tredje uge og blev hurtigt træt. Uffe fortalte, han havde været medicinfri i ni år og havde haft alt muligt arbejde. Han accepterede medicin nu, men mærkede bivirkningerne (Feltnoter, 6.11.1990).

Her gav patienterne også – som i Estroffs tekst (ibid., pp. 68-117) – udtryk for reel ambivalens over for indtagelse af medicin. Den stabiliserede dem, men gav

mærkbare bivirkninger som sløvhed, træthed, manglende koncentration og initiativløshed. Jeg observerede interaktioner med psykofarmaka som tema til tre husmøder på Kvadratets dagcenter. Teammedlemmet, der ledte husmødet, sagde, at det var vigtigt for dagens program, at patienterne kom fra morgenstunden. Astrid indvendte, at ”nogle patienter får så mange piller, at de ikke kan komme op om morgenen”. Mødelederen understregede igen, at programmet om formiddagen var vigtigt, ellers skulle man melde afbud til sin primærbehandler. Indtagelse af psykofarmaka blev et løbende tema til de næste to husmøder, når teammedlemmerne konstaterede, at nogle patienter udeblev til op ad formiddagen. Problemstillingen gentog sig med nogenlunde de samme argumenter fra begge sider ved de følgende husmøder. Estroff (1981) tog selv psykofarmaka i en seksugers periode under supervision. Hun noterede sig forlegenheden over den blottelse, der lå i manglende kropskontrol. Nogle venner sagde, at de ikke ville se hende, mens hun var ”messed up by the drug”, andre udtrykte bekymring eller misbilligelse over eksperimentet (ibid., pp. 101-106). Man kunne tilføje, at hvis Estroff som ”normal” fik de reaktioner på at tage psykofarmaka, sætter det patienternes reaktioner i relief, da de fleste blev presset til at indtage medikamenterne. Hun betegner dynamikken for dem, der er nødt til at tage medikamenter, som en ”Catch-22”, kun gale skal tage medicin, normale behøver det ikke. Ved at prøve at blive normale bliver de mere anderledes (ibid., p. 110). Måden, medicinen blev uddelt på, kunne skabe problemer. Jeg havde en interaktion på Cirklens dagcenter med en af psykologerne uden for deres kontor i dagcentret.

Hun havde noget, hun ville tage op, når den nye psykolog kom. Hun ville sikre sig, at hun deltog i diskussionen og opfølgningen af den. Næmlig måden, sygeplejerskerne delte medicin ud på. Det skete tit ved frokosten. En af sygeplejerskerne var den, der var bedst til at gøre det diskret, ”hun har forstået”. En anden var mere bombastisk, men en tredje sygeplejerske var storslem til at gøre det offentligt og taktløst. Hun stod og råbte hver enkelt op til frokost og fastholdt dem i sygerollen. Det var offentligt for alle, hvem der fik medicin. Og patienterne havde måske lige siddet og snakket om, at de ikke ville have det, eller lignende. Hun kaldte det vist også for ”gaver”, der var noget med ”gaver”. Psykologen var oprørt, og det kunne ikke bare tages op til et morgenmøde. Den tredje sygeplejerskes holdning var, at ”medicin skulle deles ud, når patienterne var der” (Feltnoter, 25.4.1991).

Når patienterne bliver overvægtige eller stærkt overvægtige af deres psykofarmaka, giver det dem dilemmaer og påvirker deres sociale liv. En patient, Magda, fra Cirkelns dagcenter fortalte i interviewet om sine erfaringer og overvægt og meget mærkbare psykosociale virkninger:

Jeg får Fluancol hver 14. dag, det er mægtig godt. Jeg bliver lidt stiv og følelseskold, jeg kan mærke det over for børnene. Jeg har taget på og er blevet mindre livlig. Det hæmmer mig, jeg går ikke ud mere, men jeg tør ikke skifte medicin. Jeg har prøvet sultepiller og tabte 30 pund, da jeg ikke var på medicin. Jeg kan ikke lide at gå på cafeteria. Jeg er for tyk, det generer mig meget, jeg har været tyk siden 1986. Jeg længes efter regnvejr, fordi så kan jeg tage en frakke på. Jeg kan ikke lide at vise mig frem, når det er solskin. Jeg bed tænderne sammen, da der var hedebløge. Jeg er bange for at blive syg igen. Jeg føler mig tryk ved Fluancol og fik det tidligere, jeg var ligeglad med børnene og var ked af, at jeg ikke følte noget. Nu har jeg vænnet mig til det. Det føles ikke så voldsomt mere. Jeg kan ikke gå op og bade og lever et mere stille liv end før. Det har noget med medicinen at gøre. Motionsgruppen? Jeg vejer for meget og er kun med i en halv time, det synes jeg ikke er for svært. Jeg har ingen lægesamtaler nu, jeg får depotmedicin hver 14. dag og bad selv om at få mere. Jeg får nu mere, end jeg er vant til (ang. overvægt). Jeg havde ikke svært ved at møde mænd før – det går lidt i stå. Jeg har ingen planer, har ikke planer om noget som helst. Hvis jeg tabte mig, kunne jeg tage ind til byen (Interviewnoter, 22.8.1991).

Otto fortalte i interviewet, at han rystede meget i en periode: ”De blev bange, fordi jeg fik piller og rystede. En tante ville ikke have mig med juleaften, fordi jeg rystede på hænderne, hun blev bange”. Her kommer en beskrivelse af, hvordan en psykotisk patient kan opfatte sin medicin: Ask fra Cirkelns dagcenter fortalte i interviewet: ”Jeg var psykotisk, indlagt i to år i træk på Sankt Hans [...]. Jeg var bange for hele systemet, jeg troede, de ville mig ondt. Jeg troede, det var en selvmordspille, jeg skulle spise, at de ville lave sæbe af mig. Jeg troede, det hele i fjernsynet indirekte handlede om mig”. Man kan se det som en sammensværgelsesteori, der er relativt almindelig i arbejderklassen ved psykosocial forstyrrelse, hvor man hele tiden skal gøre en indsats for at klare sig mod alle odds, i modsætning til middel- og overklassens psykoser, der som regel handler om – frustreret – opadgående social mobilitet, ifølge Myers & Roberts (1959). Men at Ask i sin psykose var overbevist om, at ”systemet” ville ham det så ondt, at de ligefrem gav ham en selvmordspille og efterfølgende ville bruge ham til sæbe – det ville have været en ekstrem form for sammensværgelse og en meget selvdestruktiv

forestilling. I *Det er et bånd der taler* (Rosenbaum og Sonne, 1994) citerer forfatterne en del lignende selvdestruktive forestillinger (ibid., p. 94; p. 96; pp. 107-108), hvor en af dem forekommer direkte makaber i sin detaljering af de pinsler, patienten forestiller sig, han er udsat for (ibid., p. 94). I modsætning til den kvindelige patient på Kvadratets dagcenter, der havde handlet på sin selvdestruktive forestilling. Hun havde drukket salmiakspiritus og fået skader på stemmebåndet og i halsen af det. I Asks tilfælde blev det ved forestillingen, om end den var skræmmende for ham. Og om sin behandling på Sankt Hans, der gav kraftig overvægt, sagde han efterfølgende: ”Jeg har det skidt med overvægten, jeg fik Leponex og tog tredive kilo på tre en halv måned. Det var uforsvarligt, at de ikke standsede behandlingen. Da jeg var på Fluancol, fik jeg rysten i benene og sad og rokkede med overkroppen. I psykiatrien vil de ikke anerkende, at der er bivirkninger, de siger, det er en gammel vane”. I sin *Basisbog i psykiatri* skriver Poulsen (red.) (2010) i kapitlet om bivirkninger, at nogle patienter kan opleve vægtøgning som bivirkning af bestemte psykofarmaka. Han anbefaler derfor, at disse patienter vejes regelmæssigt under deres indlæggelse (ibid., pp. 71-92; specifikt om vægtøgning: ibid., p. 79). Det skete åbenbart ikke for Ask.

7.6.2. En patients opfattelse: Psykoaktiv medicin som årsag til psykosen

Til et morgenmøde på Kvadratets dagcenter med teammedlemmerne sagde de, at Sanne mente, det var medicinens skyld, at hun var blevet psykotisk. Både Album (1996, p. 177), Løchen (1976, p. 173) og Lindell (2003, pp. 104-114; pp. 285-287) behandler spørgsmålet om, hvad der kunne have gjort, at en somatisk sygdom eller en psykosocial forstyrrelse havde ramt netop dem. I dagcentrene kunne jeg høre patienter forsøge at forstå, hvor og hvordan deres psykosociale forstyrrelse var opstået. Hausgjerd (1985) skriver, at man kan høre patienterne sige, at de var helt raske, før de begyndte at tage medicin, og at det er den, der har ødelagt dem og gjort dem syge. Det kan være en kilde til dyb krænkelser, at der kan være noget galt med en selv, som kræver et udefrakommende kemisk stof for at rette op på det, så man kan blive rask igen. Hausgjerd siger imidlertid, at det er udtryk for ønsketænkning og for en projektiv fordrejning af de faktiske forhold, og at fortolkningen negligerer de psykologiske aspekter (ibid., pp. 227-230).

7.7. Medicinering med psykofarmaka

Her starter jeg med en interview-yrting, fordi den illustrerer noget centralt ved medicinering med psykofarmaka:

”Man bliver dissekeret i alle ender og kanter, og lægerne er helt vilde med at prøve medicin af på en, de afprøver diagnoserne. Det er ubehageligt med medicin, jeg fik kramper i munden, jeg var ved at klippe tungen over med tænderne. Jeg følte, at blodet var ved at koagulere, at jeg skulle stampe i gulvet for at holde det flydende...”. Patienten tilføjede efter mit referat: ”Psykiaterne ved ikke på deres egen krop, hvad det vil sige at få medicin, de har ikke den samme baggrund for at vurdere medicin. Jeg er tidligere elitesportsmand, jeg brugte kroppen. Jeg har taget femten kilo på af medicinen. Jeg kommer ikke af med dem igen, så længe jeg tager medicin” (Interviewnoter, 19.4.1991).

Med forbehold for, at udsagnene om blodet, der var ved at koagulere, så han skulle stampe i gulvet for at holde det flydende, kan være en mere eller mindre psykotisk opfattelse, er pointen med det ovenstående citat, at psykiaterne ikke på deres egen krop ved, hvilket tab af selvkontrol og øvrige virkninger indtagelse af medicinen kan forårsage. På Skovgården, hvor Busch (2006) gjorde sine observationer, blev beslutninger om at ændre medicin for en patient taget af andre end den, der skulle modtage medicinen – beslutningerne var allerede taget, før patienten kom ind i billedet (ibid., pp. 63-64). Som ved følgende hændelse: ”På baggrund af personalets beskrivelser drøfter psykiateren (med personalet) ændringer i Susans medicin og (de) enes om en mindre dosis Zyprexa” (ibid., p. 64). Busch (2006) beskriver det asymmetriske magtforhold mellem patienter og personale: Susan fortæller stolt sin kontaktperson, at hun fik sin dosis af Zyprexa nedsat, men undrede sig over, at hun ikke kunne få den dosis ad hoc-medicin, som hun bad om. Her skiftede kontaktpersonen fra hjælpe- og støttefunktion til kontrolfunktion, da hun svarede, at Susan jo godt vidste, at det var bedst at holde igen (ibid., pp. 64-65). Busch (2006) bekræfter, at medicineringen havde sociale konsekvenser, ikke bare for patienternes liv, men også for deres deltagelse i psykoterapi. Personalet var frustreret over medicinens sløvende virkning og beskrev patienterne som overmedicinerede. Medicinen gjorde det vanskeligt at nå patienterne med psykoterapi, de var uden for ”terapeutisk rækkevidde” (ibid., p. 57). Busch observerer endvidere, at medicinen har en social kontrolfunktion (ibid., pp. 58-62). Hun bemærker, at når personalet rejser spørgsmål om medicin,

er det ofte, fordi beboerne havde en socialt uacceptabel adfærd, som at være mere urolige, aggressive, eller at de havde det dårligere end sædvanligt. Personalet sætter spørgsmålstegn ved, om beboeren nu også indtager den foreskrevne medicin eller tilbyder PN-medicin (Pro Necessare, dvs. ”ad hoc”-medicin) – eller ”truer” med indlæggelse, hvis en beboer opfører sig for aggressivt, fx sparker ud efter en væg eller efter et personalemedlem. Som regel foregår personalets kontrolfunktion i sløret form, men beboerne opfatter alligevel personalets håndtering af medicin som magtudøvelse, fordi de oplever, at medicinen har sociale konsekvenser for deres liv. Som når patienterne har konstant uro i kroppen, der gør, at de jævnligt har brug for at komme op at gå, hvorfor deres deltagelse i sociale sammenkomster ofte er præget af afbrudte forløb (ibid., pp. 60-61). Rhodes (1984) bekræfter, at psykofarmaka bliver anvendt til social kontrol. Hun refererer fra en interaktion med en psykiatrisk sygeplejerske, der sagde: ”Med hensyn til medicinering, vil vi (det kliniske personale) have kontrol (over patienterne), vi kan ikke have patienter, der løber op og ned ad væggene” (ibid., p. 63). Personalet skal ”håndtere det uhåndterlige” og gør det i mange tilfælde med psykofarmaka. Håndteringen af socialt uacceptable udtryk spiller en hovedrolle i praktisk psykiatri, mere end diagnoser, ætiologi og prognoser gør det (ibid., p. 64; p. 67). Patienterne udviste for de flestes vedkommende en udpræget ambivalens over for medicinen, som dokumenteret af Barrett (1996), Estroff (1981), Goffman (1961a), Rhodes (1984; 1991) og Topor (2001).

7.7.1. Forhandlinger om psykofarmaka

De fleste patienter på begge dagcentre oplevede, at de havde mere indflydelse på beslutninger om medicin end på de psykiatriske hospitaler. Det fremgår af adskillige interviewudsagn, som ved følgende ytring: ”Jeg går hos [navn på psykiater] en gang om måneden, vi snakker om virkningerne af medicinen. Jeg fik Cisordinol nedsat med 2 milligram”. Og en anden patient sagde: ”Jeg kan snakke med [navn på psykiater] om medicin, ikke med de tidligere psykiatere, de var vilde med at proppe medicin i en”. På et spørgsmål om lægesamtaler svarede en patient: ”Det var ok, jeg kunne tale med hende (psykiateren), hun accepterede den nedgang i medicin, som jeg bad om”. En anden patient svarede til samme spørgsmål: ”Det er meget godt, jeg har medbestemmelse, men de (psykiaterne) har ikke kontrol med, hvad der virker. Samtalen virker ret overfladisk, de undersøger ikke ordentligt, hvordan man har det, fordi de har travlt”. På et

spørgsmål, om hun selv havde indflydelse på medicinen, svarede en patient: "Lithium afhænger af blodprøver – det kræver, at man drikker en del. Jeg får en Lucenal om aftenen til at sove på, jeg kan selv bestemme". En patient svarede: "Medicinsamtaler? De kan ikke være bedre, jeg er godt tilfreds, selvom jeg gerne ville have noget, der fjerner tvangstanker. Medicin er ok nu, jeg får lidt uro i benene og får bivirkningsmedicin, det hjælper effektivt". På et spørgsmål om lægesamtaler svarede en patient: "Det er efter behov, lægen hører og lytter, jeg har fået medicinen ændret, mens jeg har været her".

Topor (2001) fremhæver forhandling og reelle valg mellem alternativer for patienten som en af de vigtigste faktorer for, for det første, en vellykket medicinering med psykofarmaka, og for det andet for forløbet i en recovery-proces (ibid., pp. 218-232). Symptomreduktion er en side af virkningen af psykofarmaka, men den er også afgørende for, at patienterne kunne leve deres eget liv på længere sigt uden medicin (ibid., p. 228). Hjælpen i det psykiatriske system (Luhmann, 1973) tager to former: at patienten forventer hjælp og har brug for den, og at hun selv kan definere, hvilken form hjælpen skal have. Patienterne oplever, at der findes en "rigtig" dosis for dem, som sætter dem i en tilstand, hvor de er modtagelige for psykoterapi (Topor, 2001, pp. 219-223). Topor understreger betydningen af, at patienten føler, hun er medbestemmende ved forhandlingerne om art og dosis af den psykofarmaka, og at medicinen spiller en rolle sammen med andre recovery-faktorer – de sidste kan udgøres af forskellige professionelle, dagcentret og pårørende. Men det er et centralt element, at patienten har mulighed for at skabe en forhandlingsrelation med psykiateren, og at denne lytter og anerkender patientens erfaringer. Der skal være mulighed for fejltagelser ved den "rigtige" dosis, men samtidig at man ikke af den grund mister forhandlingsretten. Som fx et valg mellem bivirkningsmedicin og nedsat dosis af den anvendte psykofarmaka. Det, der er optimalt for lægen, kan være, at patienten og hendes omgivelser kan få ro – det er ikke altid det optimale for patienten, hvis mål kan være at få et bedre liv. God information om medicin går begge veje, fra personalet til patienterne og fra patienterne til personalet, og forhandlingerne om psykofarmaka og dosis kan indebære, at hverken patient eller psykiater nødvendigvis får det, som de vil have det. Imidlertid kan der vokse en nyttig viden frem ved interaktion mellem personale, inklusive psykiaterne, fra patientens beretning om medicinens virkninger (ibid., pp. 222-225). Topor beskriver psykofarmakas aktive rolle som rækkende fra instrumentel ved recovery til at have en direkte negativ effekt på samme recovery (ibid., pp. 248-250). Warner (2009)

bemærker, at praktiserende sundhedsprofessionelle ikke har mulighed for at følge patienter, der kommer sig, fordi de dropper ud af behandling. Det giver en negativt klinisk bias om udkommet (ibid., p. 375).

7.7.2. Mangel på forhandlinger som destruktiv

Det er i situationer, hvor det relationelle element mangler, at medicinen beskrives som mest destruktiv (Topor, 2001). For eksempel kan fravær af forhandlinger om et ønske om nedtrapning føre til, at patienterne selv nedtrapper den autoriserede dosis, eller at de tilpasser dosis til, hvordan de har det for tiden, og sørger for at have reserver til senere brug. Eller at de helt ophører med at indtage medicinen. Den rent psykofarmakologiske "løsning" kan fremstå som værre for patienten end de problemer, den skulle løse (ibid., pp. 220- 225). Psykiaternes løsningsforsøg er ikke nødvendigvis relateret til de problemer, patienten ser som de egentlige, men kan koncentrere sig om hendes mislykkede forsøg på at løse dem. Når "løsningen" mislykkes, står patienten med et endnu større problem end det oprindelige, som stadigvæk er meget nærværende. Fx siger en af Topors patienter, at han havde vænnet sig til at meditere ved at fiksere på et bestemt punkt. Han indrømmede selv, at det ikke var en ideel løsning, men at den hjalp ham. Når medicinen så borteskamoterede hans tilvante metode, så var han endnu mere udleveret til det oprindelige problem, i.e. den voksende angst fra hans tilspidsede psykosociale situation (ibid., pp. 225-228).

7.8. Diskrimineringen

Diskriminering relaterer sig både til en stereotyp fra majoritetssamfundets side og til den diskriminering, som magtfulde grupper udfører – Link & Phelan (2001; 2013) kalder det sidste fænomen for "stigmamagt". Det er det sidste led i stigmatiseringsprocessen. Stigmamagt er afhængig af adgangen til social, økonomisk, kulturel og politisk magt, der tillader identificering af forskellighed, konstruktion af stereotyper, adskillelse af de stemplede i distinkte kategorier og fuld udførelse af misbilligelse, afvisning, eksklusion, og diskriminering (Link & Phelan, 2013, pp. 533-538). For at illustrere problemstillingen giver Link & Phelan (2001; 2013) en beskrivelse af det modsatte, når lavstatusgrupper, som fx

psykiatriske patienter, forsøger at stemple, stereotypisere og adskille sig selv fra højstatusgrupper som psykiaterne. Patienterne kunne kalde psykiaterne for ”pillepushere” og dermed skabe en stereotyp om dem som ”kolde” og ”ligeglade”. Herved skabte de ”dem”- og ”os”-kategorier. Men patienterne manglede den sociale, kulturelle, økonomiske og politiske magt, der skulle til, for at det reelt havde diskriminerende konsekvenser. Patienterne var magtesløse, og i konteksten var psykiaterne de magthavende, det var dem, der havde stigmamagten (Link & Phelan, 2001, pp. 375-376; 2013, pp. 530-531). Men det kan alligevel være tegn på protest og manglende underkastelse at bruge øgenavne i totale institutioner. Goffman (1961a) skriver i *Asylums*, at patienterne mødte en truende og ubehagelig verden med spydighed og ironi (ibid., pp. 277-278).

7.8.1. ”Farlig” og ”utilregnelig”

”Farlig” og ”utilregnelig” er sandsynligvis de to mest almindelige fordomme om nuværende og tidligere psykiatribrugere. Set fra patienternes observationsposition så majoritetssamfundet nogenlunde ud som udtrykt i de tre følgende interviewuddrag: ”Hvis folk ikke kender en, tror de, man er giftig, når man har været på Sankt Hans”, ”Omverdenen tænker – ’Er det et eller andet monster, der kommer ud?’ når man har været indlagt”, samt ”Folk, der selv har været i det, er tolerante. De, der ikke kender til det, tror, man er rablende sindssyg, hvis man går her [på dagcentret]”. Udsagnene er i skrivende stund tredive år gamle, men jeg har ikke indtryk af, at det har ændret sig synderligt – som det vil fremgå nedenfor. Angående ”farlighed” refererer Link & Phelan (2001) til en undersøgelse, de selv har været med til at gennemføre, der sammenligner responsen på tidligere patienter med rygsmerter med tidligere psykiatriske patienter. For patienterne med rygsmerter spillede ”farlighed” ingen rolle, det gjorde termen derimod i relation til psykiatriske patienter. De adspurgte forsøgspersoner reagerede negativt på en stereotyp om farlighed hos psykiatriske patienter og manifesterede social afstand til den beskrevne person. Link og Phelan skriver i samme artikel, at stereotyper faciliterer ”kognitiv effektivitet”. De forklarer fænomenet fra et psyko-kulturelt perspektiv og siger, at kulturgivne kategorier udstyrer folk med en slags lyndomme – som gør dem i stand til at rette opmærksomheden mod andre ting (Link & Phelan, 2001, pp. 369-370). I en artikel af Link, Phelan, Bresnahan, Stueve og Pescolido (1999) går konklusionerne i samme retning. En stærk stereotyp om farlighed gør sig gældende kombineret med ønsker om social afstand

over for psykisk syge – det vil sige begrænsning af interaktionen med dem. Selv om forsøgspersonerne så årsagerne til psykisk sygdom som multifaktorielle, var de alligevel bange for, at psykisk syge ville gøre noget voldsomt – der var en tæt forbindelse mellem voldsformodninger og ønsker om social afstand (ibid., pp. 1331-1332). Det var så tyve år gamle amerikanske undersøgelser, men mange af de psykiatriske patienter, jeg observerede i dagcentrene, mødte de samme stereotyper. En del af dem forsøgte at undgå stereotyperne ved at holde deres kontakt med det psykiatriske behandlingssystem hemmeligt.

”Utilregnelig” er en term i straffeloven, der juridisk betegner ”udelukkelse af strafansvar pga. gerningsmandens mentale tilstand”. Det hedder i §16, at ”personer, der på gerningstiden var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, straffes ikke” (Straffeloven, 2015, Justitsministeriet, Almindelig del, kapitel 3, § 16). Paragraffen står i modsætning til ”tilregnelighed”, som i strafferetten er ”det mindstemål af psykisk modenhed og normalitet, som er en af betingelserne for at anvende straf”. Fra plejet juridisk semantik er udtrykket blevet en del af dansk hverdagssemantik – eller også er der sket udvikling med gensidig påvirkning – hvor ”utilregnelighed” er en af de stereotyper, folk anvender om tidligere og nuværende psykiatriske patienter. Utilregnelighed betegner den negative pol på en skala, hvor forudsigelighed udgør den positive pol, indimellem er der gradueringer som uforudsigelig og uberegnelig. Den formodede utilregnelighed udgør et problem, der stiller sig i vejen for psykiske syges inklusion i arbejdslivet og samfundet i det hele taget. Problemstillingen understreger den centrale rolle, forventninger spiller i hverdagen (Luhmann, 1972; 1980a, pp. 40-53; 1984, pp. 396-399; pp. 411-456). Problemet med generaliserede fordomme om farlighed, hvoraf en del relaterer sig til deres ”utilregnelighed” er, at det kræver risikovillighed at indlade sig på kontakt med – evt. forhenværende – psykosocialt forstyrrede personer. Andre kan ikke i forvejen vide, om lige den person, hun står over for, kan være ”utilregnelig”, eller hvad der er værre: ”farlig”. En løsning ville være at lære vedkommende at kende gradvist og forsøgsvis kommunikere med hende. Det kræver en vis tillid – en slags forudbetaling – at antage, at vedkommende ikke er utilregnelig og farlig, medmindre det modsatte bliver bevist. Den, der viser tillid, må have sit risikoberedskab under kontrol (Luhmann, 1968).

7.8.2. Om ”Retten til at blive erklæret rask for sin psykiatriske diagnose”

Jeg anfører her det beslutningsforslag, som SF fremsatte 6. november 2018 i Folketinget, og den diskussion, der fulgte. Det drejede sig om retten til at blive erklæret rask for sin psykiatriske diagnose (B 28 – 2018-2019 (1. samling) Forslag til folketingsbeslutning. Forhandling (1. behandling)). Det blev forkastet ved 2. behandling i januar 2019. Forslaget illustrerer den omtalte stigmamagt og de forskellige former, den kan antage. Diskussionen under 1. behandling giver et godt overblik over de former for diskrimination, der praktiseres i det danske samfund i dag. Jeg fokuserer først på selve diskrimineringen og redegør derefter for, hvorfor sletning af en psykiatrisk diagnose ikke er mulig – som sagen står nu, i hvert fald. I bemærkningerne til forslaget anfører talskvinden for SF, at der på den ene side arbejdes målrettet med recovery-tilgangen, hvor det er anerkendt, at psykiske lidelser kan forbedres og behandles. Og på den anden side, at psykiatriske diagnoser stadigvæk bliver forstået som kroniske. De skriver, at ”diskrimination og forskelsbehandling af borgere, der har en psykiatrisk diagnose, forfølger dem resten af livet” (ibid., p. 2). SF’s talskvinde fremførte, at Pårørendeforeningen ”Bedre psykiatri” nævner rettighedsproblemstillinger i relation til følgende områder: ”Kørekort, kreditkort, flycertifikat, forsikring (rejse-, livs- og indboforsikring), giftermål, adoption, værnepligt, nævning, plejefamilie, ansættelse (i bl.a. politi, PET/FE og som f.eks. erhvervsfisker, lokofører, erhvervschauffør) samt indskrænkninger i forhold til f.eks. stemmeret og forældremyndighed samt sociale ydelser. Hertil kommer ikkeintenderet forskelsbehandling i sundhedsvæsenet, f.eks. i forhold til tilførsel af ressourcer i sundhedsvæsenet til borgere, som har en psykiatrisk diagnose, og udbredt overdødelighed blandt borgere med psykiske lidelser”. (En del af den citerede tekst er sammenfaldende med en artikel af en gruppe forskere, der på forskellig vis er tilknyttet psykiatrien i ”Ugeskrift for læger” (nr. 20, 2018)). Går man i enkeltheder, viser det sig, at mange af de diskriminerende tiltag bliver forankret i de forskellige funktionssystemers faglige vejledninger. Fx nævner den daværende sundhedsminister en vejledning fra Styrelsen for Patientsikkerhed om udstedelse af kørekort. Den anbefaler, at patienter, der har haft skizofreni eller har haft en bipolar affektiv sindslidelse, kun får udstedt kørekort i en begrænset periode på to til fem år, afhængigt af hvor længe deres stabile tilstand har varet. Talskvinden for SF nævner en tidligere psykiatrisk patient, der kun kunne tegne en livsforsikring, hvis hun fik en krydsforsikring med sin mand, som skulle tage et erhvervslån i

banken. Den diskussion flugter med den debat i medierne, der fandt sted herhjemme i efteråret 2019. I debatten var der eksempler på, at banken ville have adgang til nogle låneansøgers lægejournaler – hvad de berørte selvfølgelig fandt grænseoverskridende. Hvad der ligger af lokale vejledninger i bankerne, og hvad der ”bare” er praksis i bankerne, forbliver uafklaret herfra. Det var også en pointe i diskussionen om B 28 i Folketinget, at der er en diskriminerende praksis på mange områder i relation til tidligere psykiatriske patienter.

Sletning af en psykiatrisk diagnose er ikke mulig i dag. Den daværende sundhedsminister anførte, med reference til Sundhedsstyrelsen, at man ikke i sundhedsvæsnet taler om raskmelding, hverken i somatikken eller i psykiatrien. Man taler i stedet i sundhedsvæsnet om, at ”symptomerne på en given sygdom ikke længere er til stede” (ibid., p. 2). Det, der i hverdagssemantik betegnes som værende rask, kan betyde, at lægen/psykiateren skriver ind i journalen, at patienten er uden tegn på en klinisk aktiv sygdom. Der er ingen faste grænser for, hvornår man er rask, det vil sige symptomfri, heller ikke ved fx kræftpatienter. Man ved, at den statistiske sandsynlighed for tilbagefald er størst, inden for de første fem år efter diagnosen er stillet på en psykisk sygdom. Sundhedsstyrelsen mener ikke, at man i dag har tilstrækkelig viden til at kunne fastsætte bestemte tidsgrænser for, hvornår psykiske sygdomme ikke frembyder en risiko for tilbagefald. Det kommer an på en individuel vurdering. Sundhedsministeren mente, at en løsning kunne være, at man ændrer den kultur, der er i det psykiatriske behandlingssystem, og at psykiaterne i højere grad aktivt skriver ind i journalerne, når patienterne er symptomfri. Hun gav endvidere udtryk for, at det ikke er i patientens interesse, at sygdomshistorikken forsvinder. Den kan have betydning ved patientklager og erstatningssager. Imidlertid er det en realitet, at patienter med en tidligere psykiatrisk diagnose oplever en u hensigtsmæssig forskelsbehandling på mange områder (Link & Phelan, 2001). Det er udtryk for en diskriminering, der leder til ulige muligheder i alle livsforhold, som indkomst, uddannelse, psykologisk velbefindende, boligstatus, medicinsk behandling, helbred og tilfredsstillende relationer (ibid., p. 370). Det foregår også uden for sundhedsvæsnet som anført ovenfor (B 28 – 2018-2019 (1. samling) Forslag til folketingsbeslutning. Forhandling (1. behandling), p. 3). Den daværende sundhedsminister mente, at ”vi skal grave et spadestik dybere end det, der bare knytter sig til sygehusjournalen”, og lovede at gennemgå hele diskrimineringsområdet, så man kunne igangsætte en af-stigmatisering (ibid., p.

3). Det er således i mange forskellige funktionssystemer, der findes stigmamagt, ikke kun i det psykiatriske subsystem.

7.8.3. Obduktionsundersøgelsen og psykiatriske patienters overdødelighed

Den nævnte overdødelighed, som omtaltes i Folketingets forhandlinger, var fokus for tre TV-udsendelser på DR1 den 13.5, 20.5 og 27.5.2019 med titlen ”Psykiatriens dilemma. En livsfarlig cocktail”. Her kunne man se nogle zombificerede patienter, der havde fået mere end en slags antipsykotisk medicin i en række år. Overdødeligheden bekræftes af ”Survive”-undersøgelsen med titlen ”Lad de døde gavne de levende. Et obduktionsbaseret studie til kortlægning af risiko-markører for dødsfald blandt psykisk syge”¹²⁷. Den er resultatet af et samarbejde mellem de tre retsmedicinske institutter i København, Aarhus og Odense med statsobducent Jytte Banner som forskningsleder, den løber fra 2013 til foreløbig 2020. ”Survive” undersøgte, hvorfor psykiatriske patienter dør markant tidligere end resten af befolkningen. Banner et al. (2018) undersøgte 500 psykiatriske patienters død ved at obducere dem og sammenligne data med Landspatientregistret over de samme personer i live. De ti forskere konstaterer indledningsvis, at mennesker med alvorlig psykisk sygdom har tidligere dødelighed end den generelle befolkning, og at ved skizofreni er den forventede levetid 25 år lavere end befolkningens forventede levealder. Formålet med undersøgelsen er at identificere risikofaktorer for præmatur død hos mennesker, der har lidt af alvorlig psykisk sygdom ved at identificere de relevante biomarkører for ko-morbiditet og præmatur død til præventive formål for levende med alvorlig psykisk sygdom. De kendte risikofaktorer inkluderer hjerte-kar-sygdomme, livsstilsrelaterede faktorer, fedme, rygning, alkohol- og stofforbrug (Banner et al., pp. 7-8). Journalist J.I. Søgaard beskriver i sin artikel ”Det øger risikoen for at dø, når man tager psykofarmaka” (infolink2019.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/19040.pdf) baggrunden for Survive-undersøgelsen baseret på et interview med Jytte Banner. Den sidste fortæller, at den oprindelige motivation var en mangelfuld rapport fra Sundhedsstyrelsen i 2011, som på baggrund af 12 obduktioner på to år konkluderede, at obduktioner af psykiatriske patienter ikke

¹²⁷ Den følgende tekst er et selekteret referat af semantikken fra ”Survive”, fra Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg og fra Sundhedsstyrelsen. Den stemmer ikke altid overens med den plejede sociologiske semantik, jeg har valgt at bruge i afhandlingen.

kunne betale sig. Undersøgelsen blev ligeledes gennemført på baggrund af kritik fra flere patientforeninger, der undrede sig over, at der ikke fandt systematiske obduktioner sted til belysning af patienternes relativt korte levetid. Survive-undersøgelsen tog problemstillingen op og ville netop se nærmere på gruppen af tidligt afdøde personer med en alvorlig psykisk sygdom. De døde leverer en facitliste, som kan dechifreres, og selvom der ikke foreløbig er fremkommet entydige svar, har undersøgelsen bragt svarene nærmere. Jytte Banner fik i 2017 LAP-prisen for sin indsats med en begrundelse om mere veldokumenteret viden om bivirkninger og risici ved psykofarmaka, der kan nedbringe overdødeligheden hos psykiatribrugere. Statusrapporten fra Survive-projektet 2019 (Kunwald et al., 2019. Internetudgave, <http://www.retsmedicin.ku.dk.>, ISBN-nummer 978-87-971160-9-8) beskriver, hvordan forskerne har præciseret dødsårsagerne for den markant forhøjede dødelighed. De understreger, at Survive-populationen er en selekteret population, det er ikke en repræsentativ stikprøve for normalbefolkningen eller for psykisk syge generelt (ibid., p. 21), og at ikke alle projekter er afsluttede (ibid., p. 4). Dødsårsagerne skyldes for en tredjedels vedkommende højere forekomst af selvmord og ulykker, men størstedelen udgøres af naturlige årsager. Af de sidste udgør hjerte-kar-relaterede dødsfald den hyppigste dødsårsag (ibid., p. 4; p. 10). Forskerne kunne også konstatere, at somatisk sygdom hos psykisk syge oftere overses, og især skizofrene patienter sjældnere modtager samme behandling og profylaktiske tiltag som ikkepsykisk-syge prsoner (ibid., p. 10). Undersøgelserne fokuserer på tre områder: betydningen af medicin og misbrugsstoffer, graden af hjerte-kar-sygdomme og betydningen af livsstilsfaktorer. De sidste forstået som fedme, forhøjet blodtryk og forhøjet blodsukker eller diabetes (ibid., p. 6). Her kommer nogle resultater: der blev fundet op til 16 forskellige lægemidler i blodet på dødstidspunktet; i de tre grupper med registerbekræftede psykiatriske diagnoser (skizofreni, depression og anden psykiatrisk lidelse)¹²⁸ udgjorde forgiftning den hyppigste dødsårsag; der er en sammenhæng mellem forgiftningsdød og antallet af medikamenter i blodet; ved medicinforgiftningerne var antidepressiva og antipsykotika (63 %) den hyppigste forgiftningsårsag; ophobningen af medicin i hjertevævet synes at variere

¹²⁸ Forfatterne inddeler psykiske sygdomme i fire kategorier med reference til ICD-10: skizofreni, 32 % af studiepopulationen; depression, 18 %; og anden psykiatrisk lidelse, 24 %. Disse kategorier er alle registerbekræftede. Den sidste kategori, "ingen psykiatrisk lidelse", 26 %, udelukker ikke tilstedeværelse af psykisk sygdom, men den kan mangle registrering i Landspatientregistret, hvis den ikke er blevet behandlet på en psykiatrisk afdeling. Den kan være behandlet af en praktiserende læge eller en privatpraktiserende psykiater (ibid., p. 21).

på personbestemt niveau, dvs. omsætningen af medicinen kan være genetisk betinget, og endvidere kan kronisk stressbelastning påvises i hjerneområder og binyrerne. Heraf var tre resultater overraskende: For det første ”forekomsten af mere end et medikament i kroppen på dødstidspunktet, der potentielt kan udgøre en farlig cocktail på grund af interaktion (med andre medikamenter) og forklare en andel af dødsfaldene” (ibid., p. 6). Derudover havde næsten 40 % dobbeltdiagnoser, dvs. psykisk sygdom og stof- og/eller alkoholmisbrug. Det peger på, at behandlingssystemet ikke mestrer kombinationen, det er enten rettet mod psykisk sygdom eller mod misbrug (ibid., p. 43). Den tredje overraskelse drejer sig om fund af en større koncentration af medicin i hjertevæv end i blodet, hvilket vides at kunne udløse hjerterytmeforstyrrelser. Jeg citerer: ”Koncentrationen af psykofarmaka i hjertevæv er op til 20 gange højere end i blodet, så forgiftningsniveauer målt i blodet måske ikke er retvisende” og ”Ophobningen af medicin i hjertevævet synes at variere på et personbestemt niveau” (ibid., p. 6).

Den 12. november 2019 sendte Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg en forespørgsel til Sundhedsstyrelsen (Sst) og bad om svar på et spørgsmål med henvisning til Statusrapporten fra Survive-projektet, der udkom tidligere i 2019. Spørgsmålet drejede sig om ”mulige risici ved brug af polyfarmaci og dermed brugen af flere forskellige antidepressiva og antipsykotika”, når Statusrapporten (ibid., p. 6) anfører at, ”forekomsten af mere end et medikament i kroppen på dødstidspunktet, der potentielt kan udgøre en farlig cocktail på grund af interaktionen mellem lægemidlerne og forklare en andel af dødsfaldene?” Sundhedsstyrelsen svarede 3.12.2019 (Sundhedsstyrelsens bidrag til besvarelse af SUU almindelig del – spørgsmål 154), at ”visse lægemidler og herunder antidepressive, antipsykotiske samt lægemidler anvendt i misbrugsbehandling er forbundet med risiko for hjertepåvirkning” (risiko for proarytmi). (Proarytmi forstået som uregelmæssig og ofte påskyndet hjertebanken). ”Hertil kommer, at misbrugsstoffer, som fx kokain har kendt risiko for proarytmi”. Samt at ”risikoen for hjertepåvirkning øges ved samtidig brug af flere lægemidler med kendt proarytmisk effekt. Lægemedelinduceret hjertepåvirkning kan føre til død”. Endvidere, som påpeget og dokumenteret i Statusrapporten, ”fandt man i 63 % af de dødstilfælde, som skyldtes medicinforgiftning, at kombinationen af antidepressiver og antipsykotika kunne tilskrives forgiftningen”.

Sundhedsstyrelsen henviser i besvarelsen til, at den udarbejder vejledninger ”som præciserer, hvad det vil sige, at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i en

given behandlingssituation". Vejledningerne udarbejdes på områder, hvor Sundhedsstyrelsen ser en risiko for patientsikkerheden (ibid., p. 1). Det fremgår senere af svaret, at "der ikke er evidens for, at samtidig behandling med flere antipsykotiske lægemidler (polyfarmaci) medfører bedre effekt. Derimod ser det ud til, at polyfarmaci medfører flere bivirkninger (ibid., p. 2). Om antidepressiver hedder det, at "nogle antidepressive lægemidler kan medføre hjertepåvirkning (risiko for proarytmi)", og at lægen inden start af behandlingen skal vurdere patientens kardiale risikoprofil ved et EKG (ibid., p. 3). Frances (2013) beskriver tilfælde af iatrogene dødsfald ved polyfarmaci (ibid., pp. 106-107), det kan ses som en parallel til resultater fra den danske obduktionsundersøgelse. Gøtzsche (2015) har nogle pointer om medicinalindustriens aggressive markedsføring over for psykiaterne, når det drejer sig om at sælge psykofarmaka. Han anbefaler afdgiftningsklinikker til psykiatriske patienter med overforbrug af psykofarmaka. Ligesom det fremgår, at nogle danske psykiatere er på Big Pharmas lønningslister (ibid., pp. 271-300). Det ser ud til, at Big Pharma sammen med nogle psykiatere har et ansvar for den forbindelse, som Statusrapporten for Survive-projektet (Kunwald et al., 2019) nu har dokumenteret, der er mellem polyfarmaci og psykiatriske patienters overdødelighed.

7.9. Opsamling

I dette kapitel har jeg beskrevet de to former for stigma, som psykiatriske patienter kan opleve, det usynlige og det synlige. De to dagcentre fungerede både som fristed og stigmamarkører. Det sidste, fordi patienterne blev stigmatiseret af majoritetssamfundets stereotyper qua deres kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Det usynlige stigma afhæng i vidt omfang af patienternes håndtering af den personlige information, de gav fra sig til deres sociale omverden. Det kræver et dobbelt bogholderi, der kan give samme problemer som løgne. Problemet viste sig især på arbejdspladser, som nævnt af flere patienter på Kvadratets dagcenter. Stereotyperne udgør moralske domme, som bevæger sig mellem agtelse og ringeagt (Luhmann, 1978a 1987b). De fungerer som en slags lydomme, der faciliterer "kognitiv effektivitet" (Link & Phelan, 2001, pp. 369-370). Det synlige stigma kunne indfinde sig efter indtag af psykofarmaka, og de såkaldte bivirkninger, det gav, som rastløshed, rysten på hænder, ben og fødder

etc. Stigmatiseringen kom blandt andet til udtryk i stereotyper om psykiatriske patienter som ”farlige” og ”utilregnelige”. Det sidste er en lovfæstet juridisk term. Det første er snarere en folkelig stereotyp for, hvordan psykiatriske patienter ”er”, uanset om den er realistisk eller ej. Stigmamagt er det sidste led i den diskrimineringsproces, som magtfulde grupper udøver i relation til psykiatriske patienter. Diskrimineringen af psykiatriske patienter berører alle livsområder og giver ulige muligheder i relation til indkomst, uddannelse, psykologisk velbefindende, boligstatus, medicinsk behandling, helbred og tilfredsstillende relationer (Link & Phelan, 2001, p. 370). Jeg gengiver en debat i Folketinget for at belyse den systematiske diskriminering af psykiatriske patienter, der finder sted i det danske samfund. Den findes i alle funktionssystemers stigmamagt og gemmer sig jævnlige i deres faglige vejledninger for dette og hint. Sidst i kapitlet beskriver jeg nogle fund fra ”Survive”, en obduktionsundersøgelse af 500 psykiatriske patienter. Det fremgår, at psykiatriske patienter lever livet farligt, de risikerer op til 25 års overdødelighed ifølge undersøgelserne oven i stigmatisering og diskriminering.

I næste og afsluttende kapitel samler jeg op på de empiriske resultater og forsøger mig med en status over mit vidensbidrag på området. Til sidst nogle perspektiver for videre forskning.

Kapitel 8:

Konklusioner og perspektiver

Denne afhandling har undersøgt hverdagen i en miljøterapeutisk kontekst i to distriktspsykiatriske dagcentre i Københavns Kommune, mere specifikt patienternes kommunikation, adfærd og den stigmatisering, patienterne oplever fra deres sociale omverden. I dette afsluttende kapitel vil jeg svare på forskningsspørgsmålene. Derefter diskuterer jeg mit vidensbidrag i relation til den tidligere forskning og til den teoretiske referenceramme. Til sidst nogle overvejelser om implikationer i relation til den videre forskning. Som udgangspunkt for analyserne anvender jeg centrale dele af Luhmanns (1971; 1984; 1997) kommunikationsteori. De første to analysedele (kapitel 5 og 6) fokuserer på graden af patienternes kommunikations- og adfærdsforstyrrelser. Jeg anvender et enkelt kriterium for patienternes funktion, nemlig om de kan gøre sig tilstrækkeligt forståelige i hverdagssemantik til at indgå i interaktionssystemer. I afhandlingen har jeg begrebsat patienternes kommunikations- og adfærdsforstyrrelser som sociale uordensydelser på den ene side, og på den anden sociale ordensydelser for normal kommunikation og upåfaldende adfærd – inklusive alle de mellemformer, jeg observerede. Denne binære modsætning stemmer overens med Luhmanns idéer om et polykonteksturalt program (Luhmann, 1997, pp. 36-38; pp. 1094-1096; p. 1141). Min bestemmelse af sociale ordensydelser betyder, at der ikke er forstyrrelser på nogen af de tre meningsdimensioner i den verbale kommunikation, og at patienternes adfærd er upåfaldende.

I kapitel 5 beskriver jeg patienter med store kommunikationsforstyrrelser, som ikke kunne gøre sig tilstrækkeligt forståelige til at indgå i interaktionssystemer (Luhmann, 1972; 1984, pp. 560-573). Jeg besvarer spørgsmålet om, hvordan medpatienter og teammedlemmer reagerede, når nogle psykiatriske patienter ikke kunne følge de elementære regler for forståelig kommunikation (Luhmann, 1984; 1987c), men fortabte sig i deres egen private forestillingsverden og

kommunikerede ud fra den. Patienterne talte så uforståeligt, at deres ”kommunikation” ikke havde kommunikativ værdi (Rowland, 1938, pp. 334-335). Der var udfald i alle tre meningsdimensioner, og kommunikationens tredje og sidste led, ”forståelse”, manglede. Derved forblev udtrykket en individuel handling uden social resonans – med det generelle forbehold, at i psykiatriske institutioner behandler personalet personer, der mangler psykosociale kompetencer i forskellige grader og af forskellig varighed. Jeg bruger dog fortsat Rowlands (1938) termer til at analysere de enkelte hændelser. Jeg beskriver kun hallucinationer fra patienter, der selv giver udtryk for, at de tidligere har hørt stemmer og haft ”syn”, og som senere kan henvise til dem, når de har fået tilstrækkeligt styr på deres sociale ordensydelse, til at de kan udtrykke sig forståeligt i hverdagssemantik (Luhmann, 1980b). Psykotiske personer både kommunikerer og ikkekommunikerer, når de ytrer sig. De havde store vanskeligheder med at indgå i interaktionssystemer, når de havde auditive og visuelle hallucinationer, det vil sige, at de hørte stemmer og så fænomener, der ikke kunne valideres konsensuelt (Arieti, 1974; Bleuler, 1911; Crafoord, 1994; Cullberg, 2004; Hausgjerd, 1985 & 1990; Mors et al. (red.), 2017; Poulsen (red.), 2010; Ruf, 2005; Simonsen & Møhl (red.), 2010; 2017). Patienterne skelnede heller ikke altid mellem selv- og fremmedreference (Luhmann, 1984, pp. 57-70; 1988a), de var ude af kontakt med refleksive perceptioner og med refleksive forventninger. De havde endvidere tendens til at vende attributionerne om, sådan så det, der normalt skulle komme indefra, nemlig ytring eller handling, opfattede de som udefrakommende, og opfattede samtidig oplevelser som kommende indefra (Luhmann, 1978b; 1979). Hallucinationer, især ”stemmer”, vrangforestillinger, nonstop-talestrømme, påfaldende proxemics-adfærd, grænseløshed i form af manglende skelnen mellem selv- og fremmedreference, bizar adfærd og kommunikation og lignende, finder hovedsageligt forståelse hos det personale, der er uddannet til at afkode psykotisk kommunikation på det symbolske plan. Fænomenerne er svært konnekterbare for alle andre (Luhmann, 1984, pp. 203-207), og de får først kommunikativ værdi, når patienterne lærer at følge regelværket og levere sociale ordensydelse (Luhmann, 1984; 1987c).

Der er en gradvis overgang fra klart psykotiske patienter til psykosenære patienter, de sidste opviser de nævnte fænomener, men i mindre grad. Psykotiske ytringer kunne være blandet med sociale ordensydelse, det observerede jeg flere eksempler på. Jeg benytter Arietis (1974) teorier af den psykosociale dynamik og dens fortolkninger af psykotisk kommunikation og adfærd. Arieti (1974)

fremhæver ”den lyttende holdning”, som går forud for, at en patient hører stemmer. Pointen er her, at patienterne kan lære, at stemmehøringen har noget med dem selv at gøre (Arieti, 1974, pp. 571-584). Bizar kommunikation forekom, når en patient ytrede sig på en måde, som både gav forstyrrelser i sags- og socialdimensionen. Ytringen gav ikke umiddelbart mening – Arieti (1974) skriver, at patienter ofte glemmer ordenes mening, og at de fokuserer på det lydige i verbaliseringen, samt at den kan være ”multifokal” (ibid., pp. 261-263). En anden form for psykose eller psykosenær tilstand fremkom, hvor patienter ikke overholdt de uformelle regler for afstand ved kommunikation – proxemics. Endvidere forekom flere tilfælde med brud på basisforventninger – set fra undertegnede observatørposition – i relation til personlig hygiejne, omgang med mad og i relation til patienternes påklædning. Der var en del ”dårlige” patienter i begge dagcentre, de var tavse, hvor jeg kunne ikke observere andet, end at de var til stede, og at de sad og så ud til at have det dårligt. Nogle af dem var formodentlig mere eller mindre psykotiske – men det afgørende var, at de ikke forstyrrede nogen i dagcentret, de sad der bare og var stille, og teammedlemmerne lod dem blive siddende. I begge dagcentre kunne jeg høre ytringer, der pegede på, at patienterne ikke havde en klar idé om, hvad deres rolle som patienter bestod i. Det, jeg umiddelbart opfattede som ”manglende stabilitet i kontakten”, viste sig at være bundet op til en uklar patientrolle. Løchen (1976) beskriver tre modstridende krav til patienterne (ibid., pp. 170-172), herunder opløsningen af skellet mellem offentligt og privat, som ikke alle patienter var lige begejstrede for. Jeg slutter kapitel 5 med et afsnit om ”psykiatrisk dagligstuesnak”. Udtrykket fremtræder som en misbilligende term fra personalets side. Den fokuserer på, at patienterne helst ikke skal snakke for meget om ”sygdom”, dvs. fokusere på det ”negative”, og at personalet af og til afbrød interaktioner med for meget ”negativt” indhold. Personalet i psykiatriske institutioner havde en forpligtelse til at udvise omsorg og til at beskytte patienterne (Heinskou & Schjødt, 2010, pp. 627-644; Hummelvoll, 2013, pp. 589-633). Det står i et vist modsætningsforhold til dagcentrenes fristedsfunktion. På Cirklen var der et stort pres på dagcentret, de patienter, der var indskrevne og på vej til bedring, fik nedsat deres besøgsfrekvens til en eller to gange om ugen, så man kunne tage nye patienter ind, der var mere behandlingskrævende. På Kvadratets dagcenter, derimod, forekom der ikke det store pres – i overensstemmelse med litteraturen om temaet om distrikter med høj socioøkonomisk status. Så vidt jeg kunne se, opretholdt teammedlemmerne på begge dagcentre normative forventninger til patienternes adfærd, når det drejede

sig om sociale uordensydelse. De havde imidlertid den rummelige margin, der var forventelig i en højtspecialiseret institution, som et psykiatrisk dagcenter var (Luhmann, 1984, pp. 551-592; 1987a).

Det var et gennemgående træk ved de to dagcentre, at forskellene i patienternes socioøkonomiske status gav sig udslag i udpræget forskellig kommunikation og adfærd. Den væsentlige forskel på de to dagcentre var, at patienterne på Cirkelns dagcenter hovedsageligt orienterede sig mod patientfællesskabet, og på Kvadratets dagcenter orienterede patienterne sig mod normalitet. Det betød, at mange patienter på Cirkelns dagcenter socialiserede ekstensivt efter dagcentrets åbningstid, at de besøgte ”vennerne”, når de var indlagt på stamafdelingen, og de deltog i udflugter ud af dagcentret – somme tider i stort antal, jeg observerede fx 24 patienter til en udflugt. Det modsatte gjorde sig gældende på Kvadratets dagcenter, patienterne ville ikke se andre patienter efter dagcentrets åbningstid, de besøgte ikke indlagte patienter, det gjorde kun teammedlemmerne. Dertil havde patienterne problemer med at blive set af nogen, de kendte, på udflugt med en psykiatrisk institution – det var en væsentlig grund til den vigende tilslutning til udflugter. Tilsammen bevirkede det, at patienterne på Kvadratets dagcenter fik et instrumentelt forhold til dagcentret, de var der kun i åbningstiden for at komme sig, for at få struktur på hverdagen eller for at lære noget om, hvordan andre patienter forholdt sig til deres psykosociale problemer. Endvidere var der stor forskel på, hvordan patienterne på de to dagcentre reagerede på symptomudtryk fra andre patienter. Det var en typisk reaktion for patienterne på Kvadratets dagcenter, at nogle patienter markerede afstand enten ved at fjerne sig, tog verbalt afstand eller tog høretelefoner på for at skærme sig mod symptomerne. Den afvisende holdning til andre patienters udtryk for psykosociale forstyrrelser fremstod som et udtryk for den stigmatisering inde i dagcentret, som patienterne også kunne opleve uden for dagcentret. På Cirkelns dagcenter tolererede patienterne i højere grad psykosociale forstyrrelser.

I kapitel 6 behandler jeg patienter med mindre kommunikationsforstyrrelser, der leverede omtrentlige sociale ordensydelse. Her viser jeg, hvordan patienterne havde tilstrækkeligt styr på deres sociale ordensydelse, til at de kunne indgå i interaktionssystemer i hverdagssemantik. Når patienterne udtrykte sig ud fra enkeltstående vrangforestillinger, forestillinger om selv-reference m.m., gjorde de sig alligevel tilstrækkeligt forståelige i hverdagssemantik og kunne dermed deltage i interaktionssystemer. Alle patienter i dette kapitel kunne til en vis grad forholde sig til både refleksiv perception og til refleksive forventninger. Jeg præsenterer fem

eksempler på enkeltstående vrangforestillinger, hvor patienterne har fundet hver sin måde at udtrykke sig på, som åbenbart føltes rigtigt for dem selv i situationen. Det gode og det onde knytter an til et af de store temaer gennem vores kristne kultur. Det er samtidig knyttet til en bestemt polariseret oplevelse af omverdenen og af selvet i den tidlige barndom (Hausgjerd, 1985, pp. 159-161; Killingmo, 1988, pp. 69-70; Winnicott, 1965; 1971). I afsnittet om tvangsfænomener tager jeg udgangspunkt i Luhmanns skrift om ”magt” (Luhmann, 1975e, p. 9), hvor han siger, at tvang betyder at gøre noget konkret, nøje bestemt. Jeg mener, begrebet kan bruges til både kollektive og individuelle fænomener og benytter det til at analysere tre former for individuelle tvangsfænomener, nemlig OCD, ludomani og spiseforstyrrelser. Angående OCD – så refererede patienter på begge dagcentre til interaktioner med andre patienter om deres tvangstanker. Med udgangspunkt i en interaktion med en patient fra distriktets mest belastede område beskriver jeg det udbredte misbrug i distriktet, som også den oprindelige distriktsundersøgelse beskrev (Knudsen et al., 1992, pp. 39-72). Det kunne føre til overmedicinering for paranoia, hvis personalet på Cirklen ikke havde et indgående kendskab til distriktet, og det var ikke en selvfølge for alle personalegruppers vedkommende. Jeg gør opmærksom på den sociale og kulturelle kløft mellem personale og patienter fra områder med lav socioøkonomisk status. Psykiatriske personalemedlemmer har som regel hverken i deres sekundær- eller primærsocialisering kendskab til forhold og livsbetingelser i socialklasse 4 og 5 (Olsen et al., 2012). Behandlingen fokuserer på enkeltpersoner og betegner de patienter fra områder med lav socioøkonomisk status med diagnoser, der indeholder slet skjulte værdidomme. I forbindelse med klasseproblematikken behandler jeg ”den kulturfattige gruppe” af patienter (Jørgensen, 1993, p. 87) og ser på, hvad der kan gøres for at imødekomme deres behov. Rogers & Pilgrim (2014) mener, at der kan være professionelle interesser på spil i den måde, det psykiatriske personale administrerer deres egen rolle og kognitive verdensbillede. Endvidere undersøger jeg, om Bernsteins (1964; 1974) teorier om forskellige sprogkoder kan have indflydelse på diagnosticering og behandling i det psykiatriske system. Der var en betydelig forskel mellem de to centres anvendelse af psykologisk og psykoterapeutisk behandling, som ikke kun kunne tilskrives forskellene i psykosepopulationerne. Jeg mener, at nogle forskelle kan henføres til Bernsteins (1964; 1974) beskrivelse af to forskellige sprogkoder, den restringerede og den elaborerede. ”Undgåelse” – angående ansvar, ambivalens og eksponering – var det næste tema. Undgåelse af ansvar og udtryk for

ambivalens på begge dagcentre forekom, når patienterne især ved morgen(mads)møderne undslod sig for at påtage sig mindre, praktiske opgaver. Det var især det "offentlige" aspekt ved opgaven, der skræmte dem, at der var publikum til alle deres aktiviteter. Eksponeringsangsten var jævnlige nærværende på dagcentrene, den matcher med Anna Kåvers (2014) beskrivelse af social angst. Den næste underoverskrift om undgåelse var diskontinuitet. Den kan være undgåelse af "forpligtende" kommunikation, som jeg anslår, det drejede sig om i de fleste tilfælde; det ville betegne sociale uordensydelse. Der kan også være kedsomhed involveret – og undgåelse af den, det ville snarere være en social ordensydelse (ibid.). Mine observationsbetingelser var forskellige i de to dagcentre, jeg kunne ikke observere, om en patient forlod dagcentret på Cirkelns dagcenter, på samme måde som jeg kunne på Kvadratets dagcenter. Alle eksemplerne kommer derfor fra det sidstnævnte, teammedlemmerne var ikke altid direkte involverede. Jeg trækker på Lindells (2003) værk for at forstå problemet, især den tavse diskontinuitet. De psykiatriske patienter i Lindells afhandling havde tilsvarende diagnoser som de to patientpopulationer, jeg undersøgte. Jeg diskuterer social angst (Kåver, 2014) med udgangspunkt i blandt andet ovenstående beskrivelse af diskontinuitet. Næste afsnit handler om undgåelse af angstprovokerende situationer, illustreret med en patients beretning om sin lille "klaus"(trofobi) og store "klaus". Kedsomhed var almindelig på begge dagcentre i perioder. På Kvadratets dagcenter kom det til spredte protester fra patienter, der kedede sig. På Cirkelns dagcenter kedede patienterne sig som regel sammen, og deres protest mod "kedsomhed" truede en overgang god ro og orden. Jeg trækker på Doehlemans (1991) kategorier om kedsomhed til analysen – det ser ud til, at patienterne hovedsageligt reagerer på den situative kedsomhed. Den forekommer, når "noget" keder en – af mangel på stimulation. I afsnittet om de "porøse" patienter tematiserer jeg den modtagelighed for andre patienters dårligdomme, som nogle ikkepsykotiske patienter gav udtryk for. På begge dagcentre følte patienter, at de blev "smitted" af de andre. Et af "forbuddene" i Albums (1996) analyse af regler for omgang på somatiske hospitaler drejer sig om ikke at vise stærke, dårlige følelser, det kan være en byrde at bevidne dem (ibid., pp. 65-67). Hausgjerd (1985) kalder fænomenet for smertetransport. Det står tilsyneladende i modsætning til miljøterapiens symptomtilladelse, men den sidste ser ud til kun at forekomme i organiserede kontekster. Afsnittet om de svages forsvar (Løchen 1976; Mathiesen, 1965; Thagaard, 2009) og idealer versus realiteter drejer sig om, at psykiatriske patienter befinder sig i en afmagtssituation i relation til

personalegrupperne, de er det nederste lag i et fagligt hierarki – i lighed med fanger i fængsler. Det giver en svag forhandlingsposition som udgangspunkt, de kan ikke rigtig true med noget, som arbejdere, der kan true med at strejke. I stedet kan de som eneste forsvar kritisere personalet for ikke at leve op til egne og institutionens standarder, for eksempel angående retfærdighed. Den sidste relaterer jeg til Løchens (1976) ”realiteter” i de psykiatriske institutioner. Han sætter spørgsmålstegn ved, hvad der sker, hvis personalet ikke respekterer patienternes formelle medbestemmelse over behandlingen, som påstås at være til ”patienternes eget bedste” – men som patienterne med rette kan forstå som noget helt andet, fx som social kontrol.

I kapitel 7 behandler jeg stigmatiseringen af patienterne, dels det usynlige stigma, som de erhverver qua deres kontakt til det psykiatriske behandlingssystem, og dels de synlige stigmata, som psykofarmaka kan påføre dem. I de distriktspsykiatriske dagcentre formodedes patienterne at have mere styr på deres sociale ordensydelse end på stamafdelingerne, som mange af dem kom fra. Det var dog et fælles træk for patienterne på begge dagcentre, at de i overvejende grad viste mistillid til deres omverden – hvor tillid ville have været den lettere vej (Luhmann, 1968; 1988d). Det var derfor en social ordensydelse, når de accepterede en kontaktperson eller primærbehandler som adgang til dagcentrene, som de skulle have regelmæssig kontakt med – de beviste dermed, at de kunne mobilisere tillid til hende. I plejet semantik (Luhmann, 1980b) i psykiatrien hedder fænomenet ”sygdomsindsigt”. Litteraturen om den sociale fordeling af psykisk sygdom i samfundet viser overensstemmende, at den er mest udbredt i områder med lav socioøkonomisk status, og at de ramte har boet der hele deres liv (Faris & Dunham, 1939; Cockerham, 2014, pp. 112-126; Hollingshead & Redlich, 1958; Horwitz, 2002; Leighton et al., 1959; Myers & Roberts, 1959; Rogers & Pilgrim, 2014, pp. 21-36; Srole et al., 1975 & 1977). Der er en kløft mellem det behandlende personale i de psykiatriske institutioner og patienterne fra socialklasse 4 og 5 (Olsen et al., 2012). Derimod er der ingen sociokulturel kløft til personer i socioøkonomiske områder med høj status. Her flourer diagnoser og forslag til dem, ifølge Horwitz (2002). Folk i disse områder har forståelse for, hvad tegn på psykisk sygdom er, og hvordan de giver sig udtryk (ibid., pp. 47-51; pp. 63-70).

Mere konkret fokuserede jeg på dagcentrenes dobbeltstatus af fristed og stigmamarkør. Det krævede et minimum af sociale ordensydelse at frekventere dagcentrene, det skulle være frivilligt, og patienterne skulle være

behandlingsmotiverede. De var fristeder, når patienterne kunne snakke frit om deres symptomer og effekten af psykofarmaka – med de forbehold, teammedlemmernes adfærd gav anledning til, når de afbrød nogle interaktionssystemer med ”sygdomssnak” som tema. Det var et af de få steder, hvor patienterne kunne udveksle erfaringer om symptomer og om virkningen af psykofarmaka og om, hvordan man kunne håndtere omverdenens fordomme i form af stigmatisering og diskriminering. Jeg observerede jævnligt på begge dagcentre interaktioner, hvor patienterne tematiserede symptomer og virkningen af psykofarmaka, og jeg hørte tilsvarende udsagn i interviewene. Patienterne blev udsat for stigmatisering og moralske domme ved deres blotte kontakt med det psykiatriske behandlingssystem (Goffman, 1963a; Link & Phelan, 2001; 2013). Dagcentrene fik derfor en yderligere fristedsfunktion, når patienterne tematiserede den stigmatisering, de blev udsat for i majoritetssamfundet. Psykiatriske patienter har et usynligt stigma, idet der ikke er synlige ydre tegn på deres status. Patienterne måtte derfor nøje administrere den personlige information, de gav fra sig, de forholdt sig følgelig meget selektivt til, hvem de ville fortælle om deres kontakt til psykiatrien – ud over familien og de nærmeste venner. Stigmatiseringen går på hele personen, ikke blot på bestemte aspekter af deres kommunikation og adfærd via stereotyperne i majoritetssamfundet (Goffman, 1963a), den bliver derved til en moralsk dom, hvor koderne er hhv. respekt og ringeagt (Luhmann, 1978a). Jeg kunne observere selvstigmatisering hos nogle patienter, den forekommer, når patienterne havde internaliseret omverdenens stereotyper og dermed accepteret fordommene om den gruppe, de tilhører (Corrigan & Watson, 2002; Goffman, 1963a; Link & Phelan, 2001; 2013). I anden del af kapitlet fokuserer jeg på den synlige stigmatisering, som nogle patienter fik efter indtag af psykofarmaka – der kunne give uønskede virkninger. Det gav sig synlige udslag i form af manglende kropskontrol og dermed selvkontrol i form af rastløshed, sløvhed, rystelser i hænder og ben, overvægt m.m. (Bi)virkningerne havde stor betydning for patienternes sociale liv. Næsten alle patienterne havde negative eller ambivalente følelser over for medicinen, over afhængighedsfølelsen, forlegenheden og fortvivlelsen over bivirkningerne, de var magtesløse over for invasionen af det indre rum (Estroff, 1981, p. 115). Men overtalelsesnetværket omkring patienterne var magtfuldt (Luhmann, 1975). De, der forsøgte sig uden medicin, løb en alvorlig risiko (Estroff, 1981, pp. 89-106). Litteraturen om stigmatiseringen beskriver, hvordan den diskriminering, psykiatriske patienter møder, påvirker deres livsmuligheder

på stort set alle områder (Goffman, 1963a; Jørgensen & Ulff-Møller, 1972; Jørgensen, 1993; Link & Phelan, 2001; 2013). Jeg anfører endvidere en fremstilling af en debat fra Folketinget (2018-2019) på baggrund af et partis forslag om retten til at blive erklæret rask for sin psykiatriske diagnose. Det fremgik af debatten om lovforslaget, at diskriminationen over for psykiatriske (eks)patienter foregår i alle funktionssystemer.

Afslutningsvis refererer jeg en obduktionsundersøgelse af 500 psykiatriske patienter, hvor rets- og andre medicinere sammenligner deres fund med registeroplysninger om patienterne, da de levede (Banner et al., 2018). Fx har skizofrene en forventet levetid, der er 25 år kortere end gennemsnitsbefolkningen. Undersøgelserne fokuserer på tre områder: betydningen af medicin og misbrugsstoffer, graden af hjerte-kar-sygdomme og betydningen af livsstilsfaktorer. De sidste forstået som fedme, forhøjet blodtryk og diabetes (Kunwald et al., 2019, p. 6). En af overraskelserne i undersøgelserne drejede sig om fund af en større koncentration af medicin i hjertevæv end i blodet, hvilket vides at kunne udløse hjerterytmeforstyrrelser (de sidste som pro-arytmi – forstået som uregelmæssig og ofte påskyndet hjertebanken)¹²⁹ (ibid., p. 7). Statusrapporten (2019) fra obduktionsundersøgelsen fik Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg til at sende en forespørgsel til Sundhedsstyrelsen om ”mulige risici ved brug af polyfarmaci”. Sundhedsstyrelsen svarede, at ”risiko for hjertepåvirkning øges ved samtidig brug af flere lægemidler med kendt proarytmisk effekt. Lægemiddelinduceret hjertepåvirkning kan føre til død”. Det svarer til Frances’ (2013) observation om nogle rapporterede iatrogene dødsfald (ibid., pp. 106-107).

8.1. Afhandlingens bidrag til forskningsfeltet

Jeg vil dele afhandlingens bidrag op i en teoretisk og en empirisk del. Det teoretiske bidrag består hovedsageligt i en anvendelse af systemteoriens kommunikationsanalyse. Den kommer fra Luhmanns forfatterskab, men det er undertegnede, der har fundet på at benytte den til analyser af psykiatriske patienters kommunikation og adfærd. Jeg videreudvikler dertil Luhmanns

¹²⁹ Fx har et stof som kokain ifølge Statusrapporten en kendt risiko for proarytmi.

(1983a; 1983b; 1990c) teori om det medicinske funktionssystem, hvor kroppen er i fokus i det somatiske behandlingssystem. I det psykiatriske subsystem, derimod, er det psykiske system – bevidstheden – i fokus. Det psykiske system er via sproget koblet til de sociale systemer, hvor al kommunikation finder sted. Derved bliver kommunikation med vågne patienter det centrale værktøj til diagnosticering og behandling af patienter i psykiatrien. Jeg gør uforståelighed versus forståelighed i hverdagssemantik i interaktionssystemer til kriteriet for psykosociale forstyrrelser. Hvis patienterne kun kan udtrykke sig uforståeligt i hverdagssemantik, fremstår de som psykosocialt forstyrrede, idet deres ytringer mangler kommunikativ værdi i de enkelte hændelser (Rowland, 1938, pp. 334-335). Fænomenerne præger imidlertid som tidligere nævnt de psykiatriske institutioners funktion: De behandler mennesker med psykosociale inkompetencer af variende grader og varighed. Til analysen af kommunikationen i dagcentre benytter jeg en inddeling i sociale uordensydelse og sociale ordensydelse i overensstemmelse med Luhmanns (1997) polykonteksturale referenceramme (ibid., pp. 36-38; pp. 1094-1096). Sociale ordensydelse forekom, når der ikke var forstyrrelser i de tre meningsdimensioner, og ved sociale uordensydelse var der forstyrrelser på mindst en af dem. Derudover har jeg omdøbt Luhmanns (1980a) sjældent skuffede forventninger (ibid., pp. 44-45) til basisforventninger. Det skyldes, at der i psykiatrien jævnligt er brug for at beskrive egne reaktioner og reaktioner fra andre, der ikke er vant til at omgås psykiatriske patienter. Jeg gør rede for bestemmelsen af ”hjælp” (Luhmann, 1973) og argumenterer for, at dens anden side er social kontrol (Järvinen & Mik-Meyer (red.), 2003) og ser miljøterapien som distriktskykiatriens sociale hjælpesystem.

Afhandlingens empiriske bidrag består i beskrivelsen af, hvordan patienterne på de to dagcentre forholdt sig meget forskelligt til deres medpatienter – og at forskelligheden hovedsageligt relaterede sig til den sociale klassesdifferentiering i de to centerdistrikter. Placeringen af et distriktskykiatrisk center i kommunens mest velhavende distrikt tilsidesatte – bevidst? – elementær viden om den sociale fordeling af psykiske sygdomme (Cockerham, 2014, pp. 112-126; Hollingshead & Redlich, 1958; Horwitz 2002; Leighton et al., 1959; Myers & Roberts, 1959; Rogers & Pilgrim, 2014, pp. 21-36; Srole et al., 1975 & 1977). De to centre var lige store med næsten identisk bemanding. Jeg gjorde jævnligt opmærksom på sagsforholdet i Evalueringsgruppen, men lægerne ignorerede det (Klitgaard, 1993). Når den indvending er fremført, så er der ikke desto mindre – sagt i al ubeskedenhed – kommet unikke resultater ud af projektet. Et studium af to

patientpopulationer fra hver sin ende af den sociale skala med en analyse af patienternes kommunikation indbyrdes, med teammedlemmerne og med undertegnede samt en beskrivelse i enkeltheder af de udslag, sociale forskelle manifesterer sig i, er noget helt nyt. Jeg kortlægger kommunikations- og adfærdsmønstre for de to dagcenterpopulationer. De stemmer nogenlunde overens med resultaterne fra værkerne af Myers & Roberts (1959) og Horwitz (2002). Der er selvsagt væsentlige forskelle mellem amerikanske og danske tilstande – men alligevel: Her drejer det sig om voksne patienter, som så ud til at være prægede af lignende klasseforskelle i deres symptomudtryk som i Myers & Roberts og Horwitz' beskrivelser. For kort at opsummere: Patienterne på Cirkelns dagcenter orienterede sig mod patientfællesskabet, og patienterne på Kvadratets dagcenter orienterede sig mod normalitet. Jeg betragter ovenstående som primærdata i Thagaards (2018, p. 188) forstand, dvs. data, der er uafhængige af en observatørs fortolkninger. Til at analysere psykosymptomer benytter jeg Arietis (1974) klassiker, hvor han beskriver, at hallucinationer fremtræder som konkretiseringer af en overvældende angst (ibid., pp. 215-302). Jeg påviser en tendens til, at patienterne vender attributionerne om i forhold til den normale fremgangsmåde (Luhmann, 1978b; 1989). Endvidere ”genopliver” jeg Bernsteins (1964; 1974) teori om de to forskellige sprogkoder, den personlige og den restringerede, og (lommer af) deres fordeling i samfundet. Jeg finder støtte til teorien på baggrund af observationer af bestemte adfærdsmønstre i begge dagcentre.

8.2. Videre forskning og perspektiver

Min undersøgelse er 30 år gammel, men resultaterne er med de i kapitel 4.7 angivne forbehold stadigvæk gyldige. Bernsteins teorier om sprogkoder er fra 1960'erne og 1970'erne, men at sprogkodedynamikken stadigvæk fungerer, bekræftes i Rogers & Pilgrims (2014) fremstilling. De redegør for den kulturelle kløft – og jeg kan tilføje, at den også er social – mellem patienter og behandlere, især behandlere fra de øverste hierarkiske lag som psykiatere og psykologer. De kender gennemgående ikke, hverken fra deres primær- eller sekundærsocialisering, de vanskelige og somme tider kaotiske opvækstvilkår, som mange patienter i socialklasse 4 og 5 er vokset op med (ibid., pp. 32-36). Det kan være én af mange

grunde til, at klasse 4 og 5-patienter sjældent får diagnoser, der lægger op til psykoterapi. Rogers & Pilgrim (2014) skriver videre, at fattigdom og andre klasserelaterede fænomener er forsømte områder i uddannelsen af psykiatrisk personale, som ikke er sensitiverede til fortællinger om fattigdom og daglige kampe (ibid., pp. 33-36). Socialklasserne 4 og 5 udgør stadigvæk en betragtelig del af den danske befolkning. I Olsen et al. (2012) angiver forfatterne tallene fra 2009 opgjort som enkeltindivider for de 18-59-årige til hhv. 47 % og 20 %, i alt 67 %. Sammenholdt med opgørelsen fra 1985 efter samme principper var tallet hhv. 58 % og 18 %, i alt 76 %, dvs. en langsom tilbagegang over 24 år på 11 % (ibid., p. 14). Efter en hurtig hovedregning skulle de to socialklasser stadigvæk udgøre over halvdelen af befolkningen. Mit bidrag, der gør opmærksom på de to sprogkoder, den restringerede og den elaborerede (Bernstein 1964; 1974), kan måske skubbe på en udvikling, der ad åre kan skabe en mere ligestillet behandling i psykiatri og tilstødende discipliner. Alene det faktum, at der i Cirkelns dagcenter var så stort et pres, at det i sig selv udelukkede psykoterapeutiske foranstaltninger, oven i, at ikke alle ville have følt sig fortrolige med ekstremversionen af den personlige sprogkode, som psykologer og psykoterapeuter benytter (Bernstein 1964), havde i sig selv en barriereeffekt. På Kvadratets dagcenter, derimod, gik fire-fem patienter i psykoterapi, de var mere fortrolige med den personlige sprogkode, og der var ikke det samme pres på Kvadratets dagcenter som på Cirkelns dagcenter. Det svarer til resultater fra forskellige undersøgelser (Horwitz, 2002; Jørgensen & Ulf-Møller, 1972; Jørgensen, 1993; Rogers & Pilgrim, 2014; Schnitzer, 1996). Simonsen & Møhls (red.), 2017-udgave har inkluderet et kapitel om "Socialpsykiatri" skrevet af Jørgen Aagaard (ibid., pp. 725-742) og et afsnit om stigmatisering af psykiatriske patienter (ibid., pp. 51-53). Det betegner et fremskridt set fra et socialpsykologisk og (kultur)sociologisk perspektiv. Den samfundsmæssige fordeling af psykosociale forstyrrelser og deres konsekvenser skulle gerne være elementær viden for alle faggrupper i det psykiatriske subsystem. På trods af at nedenstående lærebøger efter egne udsagn benytter en "bio-psyko-social" sårbarhedsmodel (Poulsen (red.), 2010; Mors et al. (red.), 2017, Simonsen & Møhl (red.), 2010; 2017) bliver den sidste tredjedel, nemlig den sociale del, som regel negligeret. De nævnte lærebøger har et forhold til den sociologiske subdisciplin, der på engelsk hedder "Sociology of Mental Health", medicinsk antropologi og tilstødende discipliner, der er præget af villet uvidenhed. Med et rammende engelsk udtryk kunne man kalde fænomenet for "self-serving inattention" – angående det faktum, at psykosociale forstyrrelser er mest udbredt

i socialklasser med den laveste socioøkonomiske status. Den nævnte disciplin har en historie på over firs år, hvis man regner fra Faris & Dunhams bidrag i 1939, alternativt på over tres år fra Hollingshead & Redlichs store undersøgelse i 1958 og Roberts & Myers (1959) opfølgende værk med undersøgelser på familieplan. Sørensen (1996) taler om myten om den nødvendige institutionsbehandling (ibid., pp. 299-300). Der er en interesse modsætning mellem lægernes, herunder psykiaternes, opretholdelse af en meget autonom professionskultur på den ene side (Freidson, 1988; Larson, 2013)¹³⁰, og på den anden side offentlighedens interesse i et sundhedsvæsen, der tilgodeser brugernes interesser. De to interesser er ikke nødvendigvis sammenfaldende. Fx kunne sundhedsøkonomer regne ud, hvad den udbredte brug af polyfarmaci og den medfølgende 25 år kortere levealder for nogle grupper af patienter koster samfundet – regnet ud i tab af arbejdstimer, stigmatisering og diskriminering, tab af livskvalitet etc., over for hvad det ville koste at investere i andre behandlingstyper, som målrettet kommunikation og social træning – i løbet af 5, 10 eller 20 år – her er brug for det lange lys. Ligesom farmaceuter eller andre ikkelæger med relevant fagkundskab, der er uafhængige af medicinalindustrien, kunne bedømme effekten af overforbruget/den megen psykofarmaka og vurdere alternativerne.

En psykiatrisk diagnose medfører – i modsætning til somatiske diagnoser – diskrimination og kan foranledige overdødelighed, som obduktionsundersøgelserne (Banner et al., 2018) og Statusrapporten (Kunwald et al., 2019) fra ”Survive” har dokumenteret. Må jeg her minde om Frances’ (2013) observation fra Florida, 2003-2006, om, at lægeordnede stoffer i stigende grad er skyld i lejlighedsvis iatrogene dødsfald (ibid., pp. 106-107). De kan ses som en parallel dokumentation til de danske obduktionsundersøgelser. Psykiaterne er dertil den faggruppe i det psykiatriske subsystem, som tilbringer mindst tid sammen med patienterne. Deres diagnoser – bortset fra et indledende interview og derefter regelmæssige samtaler – bygger på indberetninger fra de andre faggrupper, plejere og sygeplejersker (Rhodes, 1991, p. 30; Barrett, 1996, p. 274; Løchen, 1976, pp. 50-94) samt på indberetninger fra de tværfaglige. Psykiaterne har ikke desto mindre den endelige beslutningsmyndighed over diagnoser og medicintildeling.

¹³⁰ Jeg fik anskuelsesundervisning i problemstillingen i sidste fase af Evalueringsprojektet. Her blev jeg mødt af et krav fra ”konsulenten” om, at ”lægefaglige” vurderinger skulle prioriteres over sociologfaglige vurderinger (Klitgaard, 1993, pp. 24-26). Den fremgangsmåde kommenterede Udvalget Vedrørende Videnskabelig Uredelighed kritisk, idet de refererede til ”lægenes manglende forståelse af og respekt for sociologiske undersøgelsesmetoder” (UVVU, Beretning 1993, pp. 52-53). Er denne holdning mon kun fortid?

Gøtzsche (i Brinkmann & Petersen (red.), 2015, pp. 155-182) anfører, at myndighederne intet har gjort for at forlange dokumentation for de langsigtede skadevirkninger af psykofarmaka (ibid., p. 178). Han skriver endvidere, at den ”kemiske ubalance i hjernen” er ”en skrøne” (ibid., p. 173). Frances (2013) kalder den for ”misvisende” (ibid., p. 108). Patienterne kommer ind på de psykiatriske afdelinger i dyb personlig krise, og de kan opleve – urimeligt – skræmmende fænomener på psykiatriske hospitaler. Her kommer nogle eksempler fra patientinterviewene: ”Sankt Hans Hospital var som helvedes forgård, det var ikke befordrende for at blive rask med de voldelige patienter. Jeg var meget udsat på psykiatriske afdelinger”. Et andet eksempel: ”På [navn på Kvadratets stamafdeling] bliver man lukket ind sammen med de vildeste mennesker, jeg var på lukket afdeling alle fire gange. Det var skræmmende med de mennesker, jeg mødte oven i stemmerne. Jeg havde kun en lidelse, indlæggelsen ødelægger mere end selve sygdommen. Man mister sin identitet, ”så er vi nået helt ned””. Er disse udsagn mon kun fortid? Hausgjerd (1985) fremstiller de psykiatriske hospitaler og institutioner som en offentlig fattigdomskultur (ibid., p. 243). I den forbindelse vil jeg tillade mig at sætte spørgsmålstegn ved, om ovennævnte (mangel på) ressourcetilførsel til det psykiatriske subsystem er ”ikkeintenderet forskelsbehandling” – som nævnt i den refererede Folketingsdebat i kapitel 7. Det forekommer mig ret så intenderet efter mange års folketingsbeslutninger, der bevidst underprioriterer det psykiatriske område i relation til det somatiske. Man kunne i den forbindelse spørge, om et psykiatrisk hospital automatisk er den mest velegnede organisationsform til at behandle patienter i krise. Egne observationer på de to stamafdelinger i forbindelse med ”Samarbejdsanalysen” tegner et billede af psykiatriske afdelinger med en klinisk atmosfære, der tager mere hensyn til personalets arbejdsforhold og sikkerhed end til patienternes velbefindende (Knudsen et al. 1992, pp 338-346; pp 358-363). Det er en organisationssociologisk problemstilling, som vi måske aldrig får belyst, fordi læger og psykiatere har et tredobbelt monopol – på behandling, faglig ledelse og kvasimonopol på forskningen. I deres rolle som ”gatekeepers” lukker psykiaterne ikke gerne faggrupper ind i ”deres” system, som kan sætte spørgsmålstegn ved professionens og institutionens dominans og fremsætte ”systemfremmede” bemærkninger (Klitgaard, 1993, p. 15). Det faktiske har som bekendt en

normativ kraft (Luhmann, 1980a, p. 45, fodnote 34)¹³¹, sådan at det selvfølgelig ved en indlæggelse på et psykiatrisk hospital fortsætter for patienter i krise. Freidson (1988) kunne i 1970 tematisere lægeprofessionens autonomi som følger: Den har fremmet udforskningen af sygdom og behandling, men samme autonomi hæmmer den sociale organisation af sundhedsvæsenet, da det i høj grad er lægerne som nøgleprofessioner, det styrer det. De har imidlertid ikke specifikke kompetencer til at udarbejde hensigtsmæssige sociale organisationer, der tjener patienternes og offentlighedens interesse (ibid., pp. 71-84; pp. 333-392).

I min artikel i *Social Kritik* (Klitgaard, 1993) analyserede jeg de to modsætningsforhold, psykiatere står i, nemlig som psykiater-terapeut versus psykiater-forsker. Det sidste medfører et habilitetsproblem – set fra en ”fremmed” faggruppe – og en institutionsbestemt indskrænkning af problemstillingerne (ibid., pp. 29-30). De to stemmer heller ikke altid overens, som det fremgik af et distriktspsykiatrisk centers placering i Københavns Kommunes distrikt med den højeste socioøkonomiske status. Den anden modsætning træder frem, når korpssånd og lukkethed omkring fagkollegiet kommer til at stå i modsætning til idealerne for fri forskning (ibid., pp. 29-30). I den forbindelse kan man med Luhmann gøre opmærksom på, at når psykiatere optrådte som forskere, var de en del af det videnskabelige funktionssystem, hvor de skulle have anvendt sand-falsk-koden, men de fulgte syg-sund-koden i det medicinske funktionssystem, når det fremmede deres karrieremuligheder (Luhmann, 1990d; 1997, pp. 772-776; 2005, pp. 261-285). Den tredje modsætning fremkommer ikke fra psykiaterne selv. De leder et funktionssystem, hvor forskningsgenstanden er deres egne patienter; jeg har kaldt fænomenet for institutionsintern forskning (Klitgaard, 1993). For eksempel når de to kliniske assistenter, der var ansat på hver sit distriktspsykiatriske center, gennemførte både en ”intern” undersøgelse til Kvadratets og Cirkelens egne formål, og en ”ekstern” undersøgelse til Evalueringsprojektet med patienterne på de distriktspsykiatriske centre, hvor de selv var ansat (Klitgaard, 1993, pp. 9-10; pp. 20-22). De syntes ikke selv, der var noget galt med modellen, idet deres egen kvantitative videnskabsforståelse frikendte dem. Problemet opstår, når der kommer en observatør – som her fra en ”fremmed” faggruppe – som anlægger et observatørperspektiv på fænomenet som institutionsintern og institutionsbekræftende forskning. Den psykiatriske

¹³¹ Her citerer Luhmann Georg Jelliner, en tysk-østrigsk jurist, der udgav *Allgemeine Staatslehre* i 1900, hvor udtrykket ”det faktiske normative kraft” optræder.

profession sætter ikke spørgsmålstegn ved selvfølghederne i de institutioner, hvor den selv har en dominansposition (Klitgaard, 1993, pp. 29-30). Patienterne skal selvsagt beskyttes, det sker via de Videnskabsetiske Komitéer – kunne det tænkes, at beskyttelsen af patienterne falder sammen med beskyttelse af psykiaterne mod refleksioner fra andre professioner, når professionen selv kan optræde som gatekeeper? Det er et åbent spørgsmål, men jeg rejser problemstillingen på baggrund af mine erfaringer fra fire år i Evalueringsprojektet (Klitgaard, 1993).

Løchen (1976) kommenterer delvist situationen, når han skriver, at der i det psykiatriske sygehus er blevet indført en ”bred og anstrengende ideologi”, som på mange måder går længere end vanlig medicin. Den diagnostiske kultur (ibid., pp. 211-232) og de psykiatriske institutioner i øvrigt opretholder de aftaler, som eksisterer mellem store samfundsinteresser og den psykiatriske profession (ibid., p. 232). Løchen konstaterer, at de psykiatriske institutioner har en vogteropgave på samfundets vegne, idet de skal absorbere socialt uacceptabel adfærd og tage sig af patienterne og behandle dem efter bedste evne. Patienterne har større problemer, end de kan mestre, og de kan være en stor belastning for deres omverden. Den er somme tider af brutal art, som når der forekommer tvangsindlæggelser, selvom samfundet i øvrigt er forpligtet af en demokratisk og liberal ideologi (ibid., pp. XI-XIII; pp. 13-15; pp. 213-214). Patienternes problemer bliver omformuleret til plejet psykiatrisk semantik i det psykiatriske systems diagnoseapparat. Her vil jeg referere til Folketingsdebatten i 1. behandling af SF’s forslag B 28 den 10. januar 2019. De institutioner, der blev nævnt, gjorde det klart, at den diskriminerende praksis, der forekom i næsten alle funktionssystemer, kunne gemme sig i deres faglige vejledninger. Faren for overdødelighed for psykiatriske patienter, for en stor del på baggrund af de kropslige påvirkninger af polyfarmaci, blev dokumenteret af en gruppe forskere fra Survive-projektet (Banner et al., 2018) og dets Statusrapport (Kunwald et al., 2019). Psykiatriske diagnoser kan forfølge nuværende og tidligere psykiatriske patienter resten af livet. Det illustrerer samtidig, at andre funktionssystemer uden for det psykiatriske subsystem er afhængige af dets diagnoseapparat og bidrager til at opretholde det – indtil status quo gradvist ændres, som den nævnte debat gav udsigt til. Den daværende sundhedsminister lovede nemlig at gennemgå hele diskrimineringsområdet, så man kunne igangsætte en af-stigmatisering af stigmamagt (Link & Phelan, 2001; 2013) i dens nuværende form.

Møllergård (i Kragh (red.), 2008) skriver i sit kapitel om ”Psykiatriske Trosretninger 1880-1930”, at ”Fagets relation til de øvrige lægelige specialer blev i denne periode bekræftet gennem fælles forskningsmetode og et fælles biologisk grundlag, men det blev også mere og mere tydeligt, at psykiatrien alligevel måtte have en særstilling – det var ikke biologi alt sammen” (ibid., p. 173). Lægerne kommer fra en biologisk og biokemisk grunduddannelse, som det er helt på sin plads at anvende, når det drejer sig om somatiske sygdomme, og det nyder vi alle sammen godt af. Det er det begrebsapparat, de er fortrolige med og parate til at anvende. Når det drejer sig om psykiatri, derimod, risikerer samme grunduddannelse at blive til en biologisk ”bias” i deres teoridannelser, idet kropsoverrettede behandlinger som psykofarmaka og elektrochok dominerer. Det er åbenbart udtryk for en tendens, at nogle psykiatere indtager en holdning, hvor biologiske faktorer fremhæves som de eneste gyldige. Som fx i følgende citat i Mors et al. (red.) (2017) fra afslutningen på første kapitel om ”Psykiatriens teoretiske fundament” (ibid., pp. 15-29): ”Afklaringen af den multifaktorielle baggrund placerer de psykiske lidelser fuldstændig på linje med de somatisk komplekse folkesygdomme og fjerner derved begrundelsen for at opfatte de psykiske lidelser som noget særligt eller anderledes, hvad ætiologien angår. De er sygdomme med klar biologisk baggrund, hvor vi med små skridt nærmer os en afklaring af deres ætiologi og patogenese” (ibid., p. 29). Jeg er helt med på det multifaktorielle, men hvorfor reducere hele den multifacetterede kompleksitet i psykiske sygdomme til biologi, når der helt åbenlyst er flere ligeså tungtvejende faktorer i spil, som kommunikative, udviklings- og socialpsykologiske, miljørelaterede, kulturelle og sociologiske? Luhmann (1993c) gør opmærksom på at ”fundamentalismer er underkomplekse” (ibid., p. 24). Ovenstående citat lyder grangiveligt som en underkompleks biologisk fundamentalisme. Man kunne omskrive Lantéri-Lauras (1972) pointe om, at mange kroniske somatiske sygdomme, som invaliditet i almindelighed, samt fænomener i medicinske subdiscipliner som kardiologi og reumatologi ikke altid benævnes som ”kroniske”, fordi det er en selvfølge, at de er det (ibid., p. 549). Ligeledes er det en selvfølge, at de nævnte og andre somatiske sygdomme er biologiske, men den nævnte lærebogs understregning af, at det forholder sig ligesådan med ”psykiske sygdomme”, vil jeg sætte et stort spørgsmålstegn ved. Det lyder som ”somatosepostulatets” genkomst (Janzarik, 1978, p. 135), hvor alt reduceres til biologi. Forfatterne borteskamoterer derudover teoretisk epigenetikens betydning, selvom der er en halv side om epigenetik i samme kapitel (Mors et al. (red.), 2017,

p. 28). Den biologiske model er den, psykiaterne med deres lægefaglige baggrund er mest fortrolige med og uddannede til at administrere. Citatet (Mors et al., 2017, p. 29) vidner om normative forventninger, der er resistente i forhold til at lære noget nyt, og de søger typisk at behandle ikkekonformitet til normer som undtagelser (Luhmann, 1980a, pp. 40-53; 1984, pp. 396-399; pp. 436-443). Resultatet af ovenstående citat er, at kun biologiske forklaringer er acceptable, og andre modeller afvises som undtagelser fra reglen. Samtidig usynliggør forfatterne de mange væsentlige forskelle mellem somatiske sygdomme og ”psykiske sygdomme”, eller psykosociale forstyrrelser, som fx i relation til årsagsproblematikken. Jeg har angivet de væsentligste forskelle i kapitel 1. Det bliver derfor i bedste fald en upræcis metafor¹³². Psykosociale forstyrrelser kan i modsætning til fx en akut blindtarmsbetændelse, der kræver en kropslig intervention, hovedsageligt kureres ikke blot med målrettet kommunikation af forskellig art, men også med almindelige sociale relationer med og uden professionelle, ved arbejde etc. (Topor, 2001; i Oute & Jørgensen (red.), 2021, pp. 145-165; Skatvedt, 2017; 2020; Wagner, 1994; 2009). Endvidere kan jeg anføre et stykke tekst fra Bastide (1965), som med Le Guillant spørger, om ikke de franske psykiaters modvilje mod at acceptere socialpsykiatrien udtrykker bourgeoisiets ønske om at glemme, at samfundet har et ansvar for de mentale sygdommes ætiologi? (ibid., p. 8). I lighed med Freud, der annullerede de socioøkonomiske faktoreres rolle til fordel for biologiske og seksuelle drifter (ibid., pp. 34-35). Jeg kunne spørge nogle danske psykiatere om det samme.

Der er et moralsk aspekt ved diagnoser (Luhmann, 1978a; 1987b; Goffman, 1961a; 1963a). For yderligere at belyse det vil jeg vil anføre et citat fra Goffmans, 1961a), *Asylums* i den sidste artikel om den medicinske model og ”Mental Hospitalization” (ibid., pp. 281-336). Her siger han, at moralske domme er legitime og forståelige i bestemte situationer¹³³: ”It is understandable, then, that

¹³² Fx skrev Psykiatrifonden i efteråret 2021, at ”Angst er en af de mest udbredte sygdomme i Danmark. Men hvad er angst? Det kan du blive klogere på med Psykiatrifondens minibog om angst”. At ”angst” kun skulle være en sygdom, kan man se som et klart eksempel på, hvordan psykiatrien ignorerer de funktionelle ækvivalenter, som (kognitiv) psykoterapi og social træning. Kunne det samtidig være udtryk for en fagpolitisk strategisk kategorisk at udnævne angst til en ”sygdom”?

¹³³ Jeg citerer teksten i dette citat fra den danske udgave af *Asylums*: Goffman, E. 1967. *Anstalt og menneske*. København. Paludans Fiol-Bibliotek. I den danske udgave lyder citatet: ”Det er således forståeligt, at selv i tilfælde, som trækkes frem for at demonstrere, at institutionen yder professionel, moralsk neutral psykoterapi, vil der snige sig et moralistisk perspektiv ind i billedet – om end dette perspektiv er modificeret. Det er forståeligt, at psykoterapien består i at holde

even occasions set aside to demonstrate that professional non-moralistic psychotherapy is taking place in the institution will be invaded by a moralistic perspective, albeit a modified one. It is understandable that a large part of psychotherapy consists of holding the sins of the patient up to him and getting him to see the error of his ways. And in a sense, I do not see how it can or should be otherwise. The interesting point here is that the psychiatric staff are in a position neither to forgo the fiction of neutrality nor actually to sustain it” (ibid., p. 318). Undertegnede kan heller ikke se andet, end at en vis kvote af moralske domme er påkrævede i situationer, hvor patienterne kommer ind på en psykiatrisk afdeling, efter de har begået brud på basisforventninger. En basisforventning af den vægtige art er, at der skal være mening i en samtale, og at folk skal opføre sig nogenlunde upåfaldende, fx ikke tale højlydt med deres stemmer. Her er en vis moraliseren faktisk påkrævet og i orden.

I den britiske sociolog D. Morgans (1975) undersøgende artikel om psykisk sygdom skriver han, at de naturvidenskabelige forklaringer og teoretiske modeller stadigvæk anses for de primære, ligesom for 100 år siden – det gælder stadigvæk her 45 år efter. Den medicinske model producerer tilsyneladende (natur)videnskabelige løsninger på uforståelig og socialt stødende adfærd, som hverken kan tolereres eller løses i en traditionel ramme af lov og orden. Den naturvidenskabelige rationalitet er blevet et symbol på orden, sammenhæng og sandhed, stillet over for den sociale verdens kompleksitet – hvor ordenssymbolerne understreges i relation til de problemer, vi mindst forstår (ibid., pp. 276-280). Forsøget på at presse ”psykisk sygdom” ind i en biologisk referenceramme illustrerer modellens inkonsistens og den funktionelle ambivalens af ”sygdom” som psykosocial størrelse. Luhmann (1988e; 1990f) og Watzlawick et al. (1967, pp. 72-119) foreslår at kalde den type kommunikation og adfærd, det her drejer sig om, for patologisk kommunikation.

Nu er der fremskridt i form af resultater fra epigenetikken, idet Schutt, Seidman & Keshavan ((eds.), 2015) konstaterer, at det er blevet umuligt at skelne klart mellem biologiske, biokemiske og sociale faktorer (ibid., pp. 15-18). Resultaterne er heldigvis knyttet til kroppens faste materie og ikke bare til noget så flygtigt som talt kommunikation, der består af lyd og mening, og som straks

patientens synder op for ham og få ham til at indse sine fejl. Og på en vis måde kan jeg ikke se, hvordan det skulle være anderledes. Det interessante i denne sammenhæng er, at det psykiatriske personale hverken er i stand til at opgive forestillingen om neutralitet eller rent faktisk at håndhæve den” (Goffman, 1967, p. 269).

forsvinder igen, så snart den er ytret (Luhmann, 1984, pp. 191-241; 1987c; 1997, pp. 213-215). Modsat Kraepelin (1900; 1903-1904; 1916; 1918), der negerede de psykiatriske patienters sociale dimension, kommer det sociale miljø og den sociale dimension tilbage i form af epigenetiske resultater, der i form af fast materie påviser, at negation i Luhmanns (1971; 1997) forstand ikke er eliminerende. Den er kun en midlertidig udsættelse af problemet, idet identitet har brug for negationer for at bestemme det identiske. Negationen sikrer, at alternative temaer ikke forsvinder sporløst, men kan gemmes og tages op på senere tidspunkter. Den har funktionsprimat i meningskonstituerende systemer af samme grund. For at det kan lade sig gøre, må negationen levere generalisering og refleksivitet. Generalisering, ved at den ikke behøver at differentiere negationerne, vi behøver ikke at vide, nøjagtigt hvad der negeres. Det refleksive består i, at negationer reducerer uden at tilintetgøre de ikkeaktualiserede muligheder. Negation er kun mulig i kommunikation, den har ikke noget korrelat hverken i system eller omverden (Luhmann, 1971, pp. 49-52; 1997, pp. 221-230).

Der kan være funktionelle ækvivalenter (Luhmann, 1962; 1964b; Jönhill, 1997; Knudsen, 2014) til den nuværende måde at diagnosticere og behandle psykosociale forstyrrelser på. Hvas (i Brinkmann & Petersen (red.), 2015, pp. 319-340) foreslår, at man kan anvende funktionsbeskrivelser i psykiatrien i stedet for diagnoser for at afgøre ret til hjælp. Når et antal kriterier er opfyldt, og under hensyntagen til den situation, personen er i, kunne man arbejde for et system, hvor kun "unormale" reaktioner på en given belastning får betegnelsen psykisk sygdom. Det kunne modvirke patologiseringen af sunde reaktioner på usunde belastninger (ibid., p. 339). I forbindelse med funktionelle ækvivalenter kan jeg ligeledes citere nogle refleksioner af Frances (2013), som gør opmærksom på, at man i Japan er ved at gå væk fra medicinbaseret psykiatrisk behandling, og at regeringen forsøger at bryde psykofarmaka-industriens monopol ved at satse på kognitiv terapi som et alternativ, fordi det virker, og fordi det er omkostningseffektivt. Selv om psykoterapi tager lidt længere tid og koster mere, kan det bedre betale sig i længden. I og med at det at tage en pille er en passiv handling, så lærer forskellige terapiformer patienterne at håndtere deres vanskeligheder og at udvikle nye holdninger til dem (ibid., p. 108). Endvidere udtrykker Frances et ønske sidst i bogen om, at det må gå med Big Pharma på samme måde som "Big Tobacco", nemlig tilbage – og hvem ville have troet det for 20-30 år siden med Big Tobacco – der dengang fremstod som almægtig? Og

“Big Pharma is clearly riding for the same kind of fall” (ibid., p. 283). Jeg kan tilslutte mig ønsket.

En af Løchens (1976) mange analytiske pointer er, at skellet mellem myndighed og kyndighed disintegreres i det psykiatriske subsystem i opløsning i psykiatrien (ibid., pp. III-V). Her drejer det sig om at skabe kontakt til patienterne, holde kontakten og skabe alliancer med de enkelte patienter. De egenskaber er ulige fordelt i det psykiatriske hierarki, alle faggrupper kan have personalemedlemmer med de kommunikative kompetencer, der kræves for at fremme patienternes recovery (Topor, 2001; i Oute & Jørgensen (red.), 2021, pp. 145-165; Skatvedt, 2017; 2020).

Problemstillinger gennem hele afhandlingen peger på to temaer som centrale, forventninger og de relativt faste regler for forståelig kommunikation i interaktionssystemer. Forventninger er ifølge Luhmann, (1971; 1984; 1997) grundlaget for alt socialt liv. Lærebøger i sociologi og socialpsykologi anvender ligeledes forventninger som et nøglebegreb, fx Allardt & Littunen (1967), Aubert (1964; 1979) og Israel (1963). Forventninger er fremtidsrettede, patienterne kan lære at danne fremtid, ved at lære at danne forventninger – det er der mange af dem, der har svært ved. Luhmann (1989a) skriver, at fremtiden i de vestlige sekulariserede samfund står tilbage som den eneste ukendte størrelse, for nogle hundrede år siden gjaldt det ligeledes ens nådesstatus (ibid., pp. 135-137). Det er et fællestræk for mange diagnosegrupper, at patienterne har svært ved at danne fremtid. Både træning i at danne forventninger og dermed i at danne fremtid og i at levere forståelig kommunikation i daglige interaktionssystemer kan ses som systematisk social træning.

Appendix: Interviewguide

1. Patientkarriere

Hvad var dit problem?

Hvornår begyndte det, og hvordan er det forløbet siden?

Hvor mange og lange indlæggelser har du haft, og hvor?

Hvilke andre behandlingserfaringer har du?

2. Dagcentret og distriktspsykiatrisk center

Hvad var dine forventninger til behandlingen?

Hvorfor accepterede du tilbuddet?

Hvordan er det at gå her?

Hvad kan du lide/ikke lide ved det?

Er du tilfreds med kontaktpersonordningen og de individuelle samtaler?

Er du tilfreds med de andre behandlere i distriktspsykiatrisk center?

Hvad synes du om aktiviteterne?

Hvad synes du om samvær med de andre patienter?

Hvad betyder det, at de fleste her er kvinder/mænd (til hhv. Kvadratets og Cirkelns dagcenter)?

3. Patientrollen

Ved du, hvad du skal gøre for at få det bedre?

Hvad venter personalet af dig?

Hvordan har du det med at snakke om dine problemer?

Kan du tale frit om dine indre oplevelser?

Kan du være dig selv i dagcentret?

Hvad fortæller du andre mennesker om at være psykiatrisk patient?

Hvad mener du om dine fremtidsudsigter (med hensyn til at få det bedre psykisk og socialt)?

4. Resultater

Har det hjulpet at komme her?

Hvordan – bolig, arbejde, fritid, socialt netværk?

Hvad får du mest ud af ved at komme her?

Hvad har gjort mest indtryk på dig her? – fortæl evt. om en oplevelse.
Hvad ville den bedste hjælp for dig være, hvis du skulle ønske?
Er der noget, du vil slutte med, i forbindelse med det, vi har talt om?

English Summary

Social (Dis)order in Community Psychiatry: A Systems Theory Analysis of Psychiatric Patients' Communication and Behaviour, and Stigmatisation from their social environment.

Background and Research Questions

This dissertation looks into everyday life at two day-care centres of community psychiatry in the Municipality of Copenhagen, Denmark. More specifically, it is about the patients' communication and behaviour, and about the stigmatisation from the outer world they experience. The empirical material is based on three years (1989-1992) of participant observation while I was a member of the Evaluation Project on the two first centres of community psychiatry in the Municipality of Copenhagen. From the beginning, I was hired to carry through two sociological studies about the districts, based on qualitative interviews and statistical material, plus an organisation analysis of the cooperation between the centres and their partners / collaborators, that is the psychiatric hospitals wards to which the centres were attached, the social services and the general practitioners. I also initiated an organisation study of the centres, including the functioning of the day-care centres. All three studies were published as separate chapters of the official report (Knudsen et al. 1992). The other five members of the Evaluation Project were all medical doctors, three of them psychiatrists. During the participant observation I observed the patients' communication and behaviour in relations with other patients, the staff and myself at the day-care centres. The participant observation included 24 qualitative interviews with twelve selected patients from each centre. The Psychiatry Plan issued by Municipality of Copenhagen in 1987 defined the day-care centres' primary target group as being "chronic psychotics" from the two districts. The centres each had a staff of 21 persons. The so-called "interdisciplinary professionals" outnumbered those with a traditional psychiatric background.

Both day-care centres were run according to milieu-therapeutic principles, mainly based on characteristics such as predictability and clear boundaries – partly as a compensation for the patients' own less than clear personal boundaries, partly to rebuild their faulty ego functions (Hummelvoll, 2013; Heinskou & Schjødt, 2010). The day-care centres demanded that the patients be ready to accept a contact person and keep in regular contact with her. This meant that the patients had to be able to mobilise trust (Luhmann, 1968) and display "disease consciousness" as it is called in cultured ("professional") psychiatric semantics (Luhmann, 1980b). The two centres and their districts were situated in opposite ends of the socioeconomic scale within the municipality, one of them in the district of highest socioeconomic status, the other one in a district of very low socioeconomic status (Olsen et al., 2012). I shall refer to the former centre as the Square, the latter as the Circle.

The socioeconomic distance caused marked differences in the patients' communication and behaviour patterns. I did not find the localisation of the centres optimal since I knew from literature on the theme that patients in areas of low socioeconomic status were more in need of treatment. However, the medical doctors in the Evaluation Project ignored this objection. Otherwise they would have had to criticise the psychiatrists administrating the psychiatric hospital wards of the centres, who had taken part in the planning of community psychiatry and regularly held meetings with the Evaluation Project. This they did not want to do (Klitgaard, 1993). All in all the combination of a (cultural) sociologist and five medical doctors created a number of cooperation challenges. I call them controversies, partly because they had to do with often incompatible scientific traditions – the doctors adhered to a quantitative tradition whilst I worked with qualitative data – partly because the structure of the Evaluation Project was an integrated part of the medical functions system. The main problems were about the scientific (or non-scientific) character of sociological methods, about the localisation of the centres, and about the stigmatisation of patients (Klitgaard, 1993). It became clear soon after the beginning of the project that there was a larger psychotic population in the Circle district, and this soon pressured the Circle day-care centre, whereas the psychotic population in the Square district did not lead to pressure on the day-care centre. Community psychiatry is an organisational form that decentralises the large psychiatric hospitals of the past. According to Kelstrup (1983) it is not necessarily a progressive development. The centres may be led by biologically-oriented psychiatrists, which does not

necessarily lead to a better social-psychiatric understanding of the influence of societal factors on mental illness. Social psychiatry as a discipline overlaps with large studies of the distribution in society of mental illness and psychosocial disturbances. So this dissertation falls both within the sociological sub-discipline called "Sociology of Mental Health" and within a field of single authors' monographies on psychiatric institutions seen from the inside, focusing on the patients' communication with each other, the staff and the researcher.

The patient groups at the two centres were characterised by large (Chapter 5) as well as lesser (Chapter 6) psychosocial disturbances. Most of the patients were recruited straight from psychiatric wards in their districts, as soon as their conditions began to improve. I used a single criterion of psychiatric patients' functioning – that is, whether they could make themselves understood in everyday semantics to a degree that made it possible for them to become parts of interaction systems (Luhmann, 1972; 1980b; 1984; 1997; 2002a). Despite their improvement I still observed large psychosocial disturbances in the shape of psychotic and near-psychotic symptoms like hallucinations, nonstop talking bursts, massive delusions, bizarre communication and conspicuous behaviour, "proxemics" (disturbances related to distance in communication), expressions of extreme pain such as arson, massive thoughts of self-reference and paranoia, etc. The patients' expressions or symptoms were lacking in social resonance, being bound up with the single patients' private fantasies and ideas. Using Rowland's (1938) expression, they have no communicative value, if not for staff members trained to communicate with the patients on a symbolic level. For everyone else they are more or less incomprehensible and difficult to connect to. I use Rowland's (1938) formulation, that psychotic patients have no communicative value, only when analysing individual expressions, since the task of a psychiatric institution is to treat persons with psychosocial incompetence of differing degrees and duration. In case of lesser communication disturbances the patients could be included in interaction systems and – at least to some degree – make themselves understood, for instance in case of singular delusions, ideas of self-reference, polarised understanding of the environment, various forms of evasion, etc. Rubington (1972) and Rowland (1938) describe a "normality hierarchy" in psychiatric institutions, meaning that "normal" patients seek out other "normal" patients. One patient demonstrated the problem of patients that were more or less accessible to communication, in an interview: "Some patients are in such a bad state that they are difficult to talk with. I keep to those who wish to speak." In

this dissertation I shall use the word "normal" to indicate that a person behaves more or less as expected in a specific situation. Behaviour will be described as "inconspicuous" if it does not attract attention because it is common and therefore unproblematic, or as "conspicuous" if it attracts negative attention.

I shall briefly describe some important concepts and ideas in systems theory since they are important for understanding what follows. The individual is seen by Luhmann (1984) as a triple bio-psycho-social unit (*ibid.*, figure p. 16): Firstly as a body which is, when viewed as a biological system, unable to transgress itself (Luhmann, 1984, pp. 331-341); secondly as a psychic system – consciousness – which is structurally coupled with the social systems by means of language; and thirdly, a human person is part of the social systems where all communication takes place and where another person functions as that person's addressee. Communication is an emergent reality (Luhmann, 1984, pp. 191-241; 1987c) consisting of a synthesis of three different types of selection: Selection of information, selection of utterance and selection of understanding. The latter may of course be misunderstanding. However, the important thing is the existence of a sort of understanding of the selections (Luhmann, 1984, pp. 111-113). Both information and utterance can be conceived as action – the former because the initiative for the interaction sets the agenda and with it the first theme of further communication. Utterance "acts" in the sense that the utterer does not have full control over it. The difference may be phrased in terms of a "what" (expressed by information) and a "how" (expressed by an utterance). It takes at least one other person to receive and understand the selection by distinguishing information from utterance. The understanding – or misunderstanding – is the basis on which connection is established or not established.

Society consists of communication (Luhmann, 1984; 1987c). The body as well as the psychic system therefore belong to society's environment – with the decisive difference that the psychic system through language expresses itself in the media of meaning in the social systems. In the social systems a person can interact with their meaning-processing social environment, opposite the environment void of meaning of things, technical systems and organisms (Luhmann, 1984, pp. 242-285). The concept of meaning creates an ordered form of human experience, consisting of the difference between the actual and the potential (Luhmann, 1971; 1984; 2002a). In this dissertation I have conceptualised the patients' communication and behaviour disturbances as social-disorder contributions, their normal communication and inconspicuous behaviour as social-order

contributions (Luhmann, 1984, pp. 179-182) – not forgetting the many in-betweens I have observed. My definition of social-order contributions would be absence of disturbances on all the three dimensions of meaning in the patients' communication, and that their behaviour be inconspicuous. Psychosocial disturbances always express themselves in the social system as spoken communication and behaviour – even though they may be incomprehensible. This binary opposition fits in with Luhmann's ideas of a polycontextual programme (Luhmann, 1997, pp. 36-38, pp. 1094-1096; p. 1141).

In the theoretical chapter (3) I develop Luhmann's (1983a; 1983b; 1990c) theory of the medical – that is, somatic – function system in which the body is central. In the psychiatric subsystem, on the other hand, the psychic system – consciousness – is in focus. And that makes communication the central tool for diagnostics and treatment in the psychiatric subsystem. The main differences are as follows: Like somatic illness, psychosocial disturbances are characterised by being – partly – involuntary, involving loss of self-control (Arieti, 1974; Bleuler, 1911; Bock, 2010; Crafoord, 1994; Cullberg, 2004; Hausgjerd, 1985; 1990; Morgan, 1975, Mors et al. (red.), 2017; Poulsen (red.), 2010; Ruf, 2005; 2013; Simonsen & Møhl (red.), 2010; 2017). Psychosocial disturbances render those affected dysfunctional. They lose social capacities – not due to lack of bodily control, as it may happen to somatic patients (Album, 1996; Bauch, 2000; 2006; Luhmann, 1983a; 1983b; 1990c; Parsons, 1958, pp. 428-479), but because of their communication and behaviour disturbances. In case of psychosocial disturbances, the psychiatric staff need a patient to be awake if communication is to take place. People suffering from somatic illnesses speak comprehensibly whereas psychiatric patients do not necessarily do so. I think "psychosocial disturbances" would be a more precise term than "mental illness", because the concept of "illness" makes sense only when talking of an individual phenomenon. Psychosocial disturbances always express themselves between people in communication and behaviour within social systems. In the somatic (hospital) system the patients turn up out of free will, or they are brought in in an unconscious state. In the latter situation the patients can have the correct treatment after staff have taken the required test samples. Medical staff build on a solid and differentiated knowledge of causes, all starting with the body. At the same time, communication plays a marginal role in the somatic system, since the main task is directed towards examination, diagnosing and treatment of the body. Treatment of somatic illnesses has become a high-tech, highly operationalised

field based on knowledge of causes, whereas psychiatry is low-tech and widely non-operationalised since it is based on communication. In the psychiatric system not all patients are motivated for treatment, which at times may necessitate forcible practices, in opposition to liberal and democratic values in the rest of society (Løchen, 1976, pp. XI-XII). In psychiatry, progress is measured by growth of communicative competence, opposite the somatic health-care system that measures progress as rehabilitation of lost physical functions, adaptation to physical handicaps, etc. The spoken language is bound up with the ear, meaning that communication must be sequential – one sentence after another. Language communicates within social systems, and communication is defined as a social phenomenon (Luhmann, 1984, pp.191-241; pp. 346-376; 1987c; 1997, pp. 78-91). This makes communication the main tool in psychiatry, whereas in somatic medicine this role is taken by the body (Luhmann, 1983a; 1983b; 1990c). Psychiatrists arrive at their diagnoses by communicating with awake patients and observing their behaviour.

Based on the above considerations I have formulated research questions that basically turn on the way in which co-patients, staff members and I myself reacted to communication and behaviour disturbances large or small: large disturbances when specific patients based their own private fantasies on loud and clear expressions or downright enactment of psychotic phenomena like those mentioned earlier; lesser disturbances when patients are able to make themselves understandable to such a degree that they can take part in interaction systems – sometimes in spite of singular, partly incomprehensible communicative elements. Were there differences between the two day-care centres, and if so, how did they manifest themselves? In Chapter 7 I shall look at the patients' stigmatisation from their social environment as a consequence of their mere contact with the psychiatric treatment system, and I shall ask about the influence of that stigmatisation on the patients' social life.

The study I refer to is 30 years old, and it is reasonable to ask whether it might be outdated, or whether using data from a study developed for evaluation purposes in other contexts is in order. Answering the first question, I wish to stress that I did observe *psychiatria major* in the day-care centres since most of the patients were recruited from psychiatric hospitals. They all displayed serious communication and behaviour disturbances, and newer psychiatric textbooks describe the same phenomena I observed back then (Cullberg, 1999; 2004; Mors et al. (red.), 2017; Poulsen (red.), 2010; Ruf, 2005; Simonsen & Møhl (red.),

2010; 2017). The development of psychiatric theory and practice in the meantime has mainly concerned *psychiatria minor* (Poulsen (red.), 2010, pp. 27-28). Answering the second question, I am using data from my participant observation as these were comprehensive qualitative data free of any particular aim or bias even if they were bound up with the evaluating purpose. In contrast, I have left out most of the questions from the interviews as they were aimed at the evaluating purpose.

Being myself a woman, I shall use the personal pronoun in its feminine form when referring to a person who is not obviously a man.

Main points of psychiatric history and former research

In this section I shall look into the historic origins of selected key concepts in modern psychiatry, specifically "milieu therapy", "psychotic", "chronic" and "dementia praecox".

"Milieu therapy" was developed in the 19th century out of the so-called "moral treatment" which became prominent around 1830, preferably based on small units, often founded by private actors like W. Tuke in England. The main principle was to distance the treatment from forcible methods, including straightjackets. The doctor should be a paternal figure who – supported by trained helpers – offered kind support and care, aiming at pain relief and healing. Throughout the 1800's "moral treatment" gradually disappeared, as the asylums grew larger and their therapeutic aims were overtaken by custodian priorities (Kringlen, 2003, pp. 24-31). Moral treatment made a comeback in the form of "therapeutic communities" in the 1940's, and later yet with the advent of group therapy and community psychiatry. In the German-speaking world, "psychotic" was mainly introduced by Griesinger, who worked as a forensic psychiatrist in the 1860's. Part of his job was to decide whether a defendant could be held responsible for her actions. If not, she would be considered insane. For this purpose he established a clear distinction – he later admitted that it was *too* clear – between deviant but still normal phenomena on the one hand and morbid brain processes on the other. The latter coincided with a personality change, so the defendant could not be punished (Griesinger, 1872, Band I, pp. 215-253). The progress consideration presented by Griesinger was systematically introduced as the central criterion deciding whether a defendant should be punished or not. It belongs to the temporal dimension, and the presence of personality change is seen as a criterion for psychosis.

The concept "chronic" was making itself known from around 1860 (Lantéri-Laura, 1972) in connection with the population growth that was partly caused by improved hygienic conditions. Within psychiatry, this gave rise to a distinction between acute cases, which were considered curable, and chronic cases, which were considered incurable. The latter group of patients were moved to large asylums in the countryside where they became a cheap and dependable workforce. Lantéri-Laura call the asylums for chronic patients a "*contre-monde*" [counterworld] in an otherwise hastily developing society based on an industrial division of labour (Ibid., pp. 565-567).

The distance from "chronic" to "dementia" was a rather short one. Kraepelin (1900; 1903-1904; 1916; 1918) formulated the illness unit "dementia praecox" as a diagnosis and a prognosis for "chronic" mental illness in the large asylums and institutions. "Praecox" indicated that the illness broke out at an early age. Both "chronic" and "praecox" are to do with the temporal dimension. The institutions became particularly large in Germany as German officials saw even poor persons with minor criminal incidents in their past as fit for institutionalisation (Blasius, 1980; Dörner, 1975; Güse & Schmacke, 1976). Kraepelin used the prognosis to legitimise the recognition of psychiatry as a medical speciality. He did not take the patients seriously as interaction partners, but objectified them by reducing them to carriers of a process of illness within a hierarchical structure with the psychiatrist on the top rung, the patient on the bottom one. Kraepelin's paradigm did not include the patients' social dimension. He thought they represented meaningless matter and were incurable. He saw growing lethargy and dementia as the end result (Ackerknecht, 1985; Alexander & Selesnick, 1967; Güse & Schmacke, 1976, pp. 121-122; pp. 153-160; Kringlen, 2003). That attitude was later to come under fierce attack from the so-called "anti-psychiatry" writers, among them Goffman (1961a), who was the first to document the debilitating effects of the asylums that had now become large psychiatric hospitals. The same diagnosis and particularly the prognosis are nonetheless still in use a hundred years later. The term appears several times in *Psykiatriplanen* ("The Psychiatry Plan", Municipality of Copenhagen, 1987), in the phrase "chronically psychotic (persons)" as the key target group of community psychiatry. Bleuler (1911) in Switzerland took up the profile of "dementia praecox", renamed it "schizophrenia", modified it and stated that not all cases were "chronic", meaning incurable, and that the disturbance could be treated with good results. Doing so, Bleuler removed the reification of the prognosis construed

by Kraepelin, reintroducing a certain flexibility by treating schizophrenia as temporary and curable.

Large sociological studies of mental illness and psychosocial disturbances in defined areas of North America report that these illnesses are more common in areas of low socioeconomic status than in high-status areas, and that persons from low-status areas who end up with psychiatric diagnoses have lived in the same place all their life – in contrast to the so-called "social drift" thesis, proposing that mental illness selects people for movement towards areas of low socioeconomic status. The studies also conclude that persons from areas of high socioeconomic status receive milder diagnoses, making them accessible for psychotherapeutic interventions (Faris & Dunham, 1939; Hollingshead & Redlich, 1958; Horwitz, 2002; Myers & Roberts, 1959; Rogers & Pilgrim, 2014, pp. 21-36; Srole et al., 1975 & 1977). The studies from research on psychiatric patients' communication and interaction in psychiatric institutions include works by Rowland (1938; 1939a; 1939b), Goffman's *Asylums* (1961a), Løchen (1976), Barrett (1996), Estroff (1981) and Dobransky (2014) and others.

Goffman (1961a) and Løchen (1976) both stress the fact that the mandate of psychiatric institutions is to defend society against the dangers and disturbances that might be caused by certain persons' intolerable, socially offending or unpredictable behaviour. Among Løchen's many analytic points I wish to highlight two. The first one is his presentation of the "diagnostic culture" (ibid., pp. 211-232). Løchen calls the process of systematic individualisation of collective and organisational phenomena in psychiatric institutions a diagnostic culture. It typically takes behaviour as an expression of unconscious motives – what "really" happens – thus overlooking singular conspicuous and situation-based interpretations. It is a person-oriented way of looking, in opposition to a situationally oriented one. The actors counter crises and difficulties in the organisation with diagnoses, hereby reducing interaction phenomena and conflicting interests within the psychiatric system to individual qualities. The diagnostic culture always ascribes reasons to internal factors in the individual, thus confirming the specific role distribution in the psychiatric system. My other point is about the overlapping of authority with knowledgeability (ibid., pp. III-V). Normally, in internal medicine or other specialities the most knowledgeable person will be the one in authority. The fact that this distinction has evaporated within psychiatry is to do with an unclear social situation where communicative competences, empathy, spontaneity and open-mindedness play decisive roles.

They may be unevenly distributed in the psychiatric hierarchy so that those in authority (in this case: the head psychiatrist, the head nurse) are not necessarily the most knowledgeable. Here, the members of staff who possess the requisite communicative competences necessary in order to get in contact with the patients, keep up the contact and set up alliances with the patients. Such qualities may be distributed among all professional groups, as shown by Topor (2001) and Skarvedt (2017; 2020).

Theory, method and a few observed events

According to Luhmann, meaning comes out of a difference between actuality and possibility, observed by an observer. Observation of a difference is a precondition for describing it (Luhmann, 1984, pp. 111-122; 2002a, pp. 59-60). The psychic system creates meaning through perception, thinking and focusing with intention. Social systems communicate. As soon as there is communication between people, social systems come into existence. One can talk about social systems when several persons' communications relate meaningfully to each other (1975a, pp. 10-14). In this dissertation, I mostly focus on interaction systems. As is the case in other social systems as well, communication is the central element. Meaning puts the elements of the system in order, deciding what belongs to the social system and what belongs to the environment. The actual horizon is constantly changing, making way for new possibilities every time a selection defines a communication. The selections make it possible to both reduce complexity and keep it – the latter by keeping non-selected possibilities open for further possibilities. Luhmann also establishes a connection between meaning and expectations in spoken communication. All social life is inextricably connected to expectations (Luhmann, 1972; 1984, pp. 551-592; 1997, pp. 205-230; 2002a, pp. 274-285). In case of double contingency in interaction systems the situation creates reflexive expectations when all participants see the others as meaning-processing (Luhmann, 1984, pp. 148-190). When we change from intention to communication in an interaction system, concrete expectations enter the stage side by side with a reference horizon, *i.e.* a selection of possibilities: What do I expect and what is going to actually happen? What will surprise me? Who says what, do I answer yes or no? All themes that are actualised operatively will become meaningful because they are placed within at horizon of possibilities (Luhmann, 2002a, pp. 221-246). Luhmann (1971; 1984, pp. 111-122; pp. 566-573)

identifies three dimensions of meaning – the fact, the temporal and the social dimension.

The primary difference in the fact dimension is the distinction between this and that. For example, velocity is not a colour, a book is not made of glass and will not break in the same way. The central characteristic is that you are concerned with the object as such and classify it in relation to other objects. The theme of an interaction always belongs to the fact dimension. It calls for a choice of direction favouring connection and synchronisation. The theme may change, and with it the specific favouring of connections (Luhmann, 1979a; 1984, pp. 566-573; 2002a, pp. 221-246). The temporal dimension is based on the difference between past and present, the latter taking the shape of events. The present is irreversible and will be lost when it has passed. On the other hand you can always return to it in the form of a present foregone. This double quality makes us think that time is a flow. The social dimension is built on a double horizon of Alter and Ego. If I imagine that Alter is also an Ego, and that I as Ego is an Alter Ego for Alter, I get at hypothetical double existence as Ego and Alter Ego in double contingency situations – hence reflexive expectations and reflexive perception. The latter is diffuse and often non-intentional although it allows for simultaneousness and a high-speed information process whereas spoken communication is expressed through sequenced processes because it is bound up with hearing and therefore takes more time – it also activates reflexive expectations. Role complementarity is more pronounced in spoken communication than in a perception process (Luhmann, 1972, 1975a; 1984, pp. 191-241).

There are relatively fixed rules for comprehensible communication in interaction systems. The theme in question makes communication a process that functions as a factual, temporal and social structure. In informal interaction systems themes may change gradually. The meaning horizon will change accordingly (Luhmann, 1972, pp. 29-31; 1984, pp. 212-225; 566-573; 2006, pp. 59-61). Speech diverts consciousness away from a full reflexive perception of the social environment, using connection and synchronisation to force the communication into a spoken, sequential flow with a considerably smaller "bandwidth". A specific interaction system will require connection and synchronisation, focus on a theme, a linear time horizon, selection pressure, rapidity and suitable contributions within the meaning horizon or the "selection pool". The contributions to the theme have to be delivered with a certain rapidity.

For instance, a person who takes several minutes to respond cannot function as an interaction partner. Only one person can speak at any one time, otherwise understanding and coordinating will suffer. These requirements for comprehensible communication were too high for some psychiatric patients. The interaction system has few means to handle contradictions and conflicts and can easily break down in case of unpleasant communication (Luhmann, 1972, pp. 29-30; pp. 36-39; 1975a, pp. 19-20; 1984, pp. 466-550).

Luhmann (1973) defines help as contributions to the satisfaction of another person's needs when expected. The other side of help takes the shape of social control (Järvinen & Mik-Meyer (red.), 2003). The milieu-therapeutic organisation may be called the auxiliary (help) system of psychiatry since it meets some expected patient needs while at the same time subjecting them to social control. Luhmann (1980a, pp. 40-53); 1984, pp. 436-443) divide expectations up into normative and cognitive ones, respectively. Normative expectations decide not to learn from the situation, whilst cognitive expectations are ready to learn from it. The two reaction modes are functionally equivalent as both process disappointment in order to handle situations with an inbuilt risk of disappointment – which will always be at hand in double-contingency situations. In the flow of everyday reality, normative and cognitive expectations constantly mix and will be difficult to tell apart, although they are analytically different (Luhmann, 1969; 1980a, pp. 40-53; 1984, pp. 436-443).

I am now going to cite some events to illustrate what happens when certain psychiatric patients do not adhere to the rules of comprehensible communication in interaction systems. During a visit to the Square day-care centre I sat with five or six patients around a table, talking about Greenland, when a patient nearby, but outside the interaction system, suddenly began to complain vehemently about the radio waves or signals that disturbed his brain. The interaction group fell silent; nobody seemed to know what would come next. The other patients seemed consternated. The third defining part of communication, "understanding", was missing. Psychotic persons' utterances are communication and not communication at the same time. The patient in question fell silent again, still not a part of the interaction system. After a few moments' hesitation the theme of Greenland continued. However, one of the patients put on her earphones to protect herself. Another patient left the table (Field notes, 11 April, 1991). This patient was obviously psychotic and heard voices, so his "contribution" (to the theme) clashed with the expectation structure. He did not connect, neither did he

synchronise or distinguish between self- and other-reference (Luhmann, 1984, pp. 57-70). By not following the rules of order-sustaining communication the sender broke the communicative order. In Luhmann's terms the patient's outburst can be characterised as difficult to connect to. As for the three meaning dimensions, you might say that they all broke down (Luhmann, 1971). The patient was not guided by reflexive perception nor by reflexive expectations (Luhman 1984, pp. 411-417; pp. 560-566). He lived in his own private imaginative world, fully occupied by his voices. However, the patient had delivered social-order contributions by being motivated for treatment, by having accepted a contact person, by turning up at the Square day-care centre during opening hours and by tolerating the presence of other persons. It was a typical reaction from the patients at the Square day-care centre to generally dismiss expressed symptoms, using varying degrees of negative sanctions.

The following is an event from the Circle day-care centre, and another instance of large communication disturbances. A patient was seriously at odds with the day-care centre's expectations as far as acceptable behaviour was concerned. He went around the centre, speaking to himself incessantly and incoherently in a loud voice. After some time the other patients began to sigh, make comments and shoot him (and each other) meaningful looks. A little later he stood leaned to the frame of the kitchen door, speaking angrily and incomprehensibly. Another patient, sitting on one of the chairs nearby, ignored the first patient's loud flow of speech and asked me in a slightly louder voice if I had benefited from my interview with him. I confirmed this, and we had an interaction about some details in the interview (Field notes, 3 June, 1991). The patient's constant loud flow of speech had no communication value, and there were no team members at hand who could connect and synchronise to it on a symbolic level. The other patient treated the constantly speaking patient in a pragmatic way, by speaking a up a bit to drown out his speech. Understanding, the last defining part of communication, was also missing here. The patient who spoke constantly had no interaction partners, as one would have expected if he was looking for an answer or a response – which he evidently was not. He was beyond reflexive perception as well as beyond the reflexive expectation structure, and he made only social-disorder contributions. However, in spite of his state he had made the same four contributions to the social order as had the patient from the Square day-care centre. His flow of speech was an expression of a linguistic competency mastered

by all grown-up persons (Sandin 1993) and "used" by psychotic persons. It was not necessarily fully intentional in the way normal speech is.

The following is a description of two events from among the lesser communication disturbances. The patients can partake in interaction systems. In both, the rules are partly adhered to, and both cases are about delusions. A few of us sat around a table at the Circle day-care centre: Robert, Bøje, Georg, Alice and myself. Robert started chatting about his luminous golf balls with the built-in beepers. I wondered if he was paranoid or if he was just kidding us. Georg then told me in a low voice that the beepers meant he was paranoid – he thought there were radio-wave transmitters everywhere. Robert mentioned some wellknown names of persons who played with the same sort of balls at the Dyrehaven golf course (north of Copenhagen). Bøje said that he had worked there, too, but did not comment on the question of beepers or on the golf balls (Field notes, 29 November, 1990). There were two themes in the interaction system – the golf course at Dyrehaven and golf balls with beepers – the latter a delusion of next to no communicative value. Bøje connected to the theme of the golf course at Dyrehaven, but not to the beepers or the radio transmitters, which were the potentially conflict-prone part of the theme. He only synchronised to the conflict-free part of the theme, and the interaction went on peacefully. As regards the social dimension – the other part of the patients' reaction to Robert's delusion: As far as I could gather they detected a disturbance (in the fact dimension), but otherwise accepted the disturbance in the social dimension tacitly – excepting Georg, who probably only explained this to me because I was an outsider. If I had not been present I imagine the event would have passed without comment. The three patients accepted Robert in the social dimension – as a fully communication-relevant member of "the friends". Luhmann (1994) says that one of the criteria deciding whether a person is excluded or included is whether she is communication-relevant, which will lead to inclusion. I see this as an event confirming that the patients' community carried more weight than a single delusion. Those present and other patients have gone to town with Robert many times and intend to keep doing so. They did not initiate a conflict by opposing Robert's singular delusion. So it was not the delusive person himself who avoided conflict, opposite Rowland's (1938, pp. 333-335) cases – but the interaction group that chose to ignore the lack of communicative value in the delusion. As happened in this case and many other events, the patients at the Circle day-care centre supported a co-patient's self-esteem rather than opposing it in interaction

systems. That made them more tactful (Luhmann, 1987b) than the patients at the Square day-care centre who tended to robustly distance themselves from expressions of psychosocial disturbances.

The next event throws light on a communication by a patient at the Square day-care centre, this one also adhering only partly to the rules of communication. I sat at The Big Table, playing at cards with a patient called Lonnie. Another patient, Charlotte, came up and showed me a newspaper clipping, saying there was something about herself in the newspaper. She showed me the clipping, which was a short article with a description of a bride-to-be lying on the wet grass, sensing everything around her. Charlotte commented that this was exactly how she herself felt at times. However, she had stated that the article was about her. She seemed to partly know that it was not specifically about herself, but at the same time she thought that it probably was. Lonnie, who had overheard Charlotte's first contribution, read the clipping too. She got busy distancing herself by saying that she might have put on her earphones if her Walkman had been within range. Charlotte heard Lonnie's remark, but did not react to it (Field notes, 11 May, 1990). Lonnie dismissed what she heard as an expression of a psychosocial disturbance. Charlotte's delusion of self-reference had only little communicative value but did not limit her to such a degree that she could not communicate, and I synchronised with her. I did not comment on her partial conviction that the article was about herself, which might have led to conflict. This would have been at odds with my discrete role as a participant observer as it was formalised in the cooperation agreements. Charlotte's private imaginative world had grown strong enough to partly push the social environment away. Her communication was intact in the temporal dimension, since her contribution to the theme was delivered with the expected rapidity. However, there were a disturbance in the fact dimension and a partial disturbance in the social dimension. Here she was partly on the outside of reflexive perception and reflexive expectations. She expressed a psychosocial disturbance in the fact dimension because she both believed and did not believe the newspaper article to be about herself. In the social dimension there was a partial breakdown because Lonnie recognised it as an expression of a psychosocial disturbance and rejected Charlotte's utterance. I understood the message and took it down as a delusion of self-reference without explicitly distancing myself. I here played the double role of "virtual addressee" (Nassehi & Saake 2002, p. 74) since I was present at the day-care centre in order to understand the patients, and at the same time to partly

represent a skeptical "sound sense" with regard to – in this case – a delusion of self-reference.

The basic difference between the two day-care centres had to do with the patients' orientation. The Circle's patients focused on the patient community whereas the Square's patients were oriented towards normality. This difference I consider primary data in Thagaard's (2018) sense. That is to say, data that are independent of the interpretations of an observer (*ibid.*, p. 188). Many patients at the Circle day-care centre socialised extensively after the centre's opening hours, paid visits to their "friends" who were hospitalised at the centre's hospital ward, and participated in outings from the day-care centre – sometimes in large numbers. I once observed 24 patients on an outing. The opposite was true of the Square day-care centre: the patients did not want to see other patients after the day-care centre's opening hours, they did not visit other patients when hospitalised – only the team members did so. The patients also found it troubling being seen by someone they knew when on an outing with a psychiatric institution – this was an important reason for the falling participation rates. Taken together it meant that the patients at the Square day-care centre developed an instrumental relation with the day-care centre. They were only there during the day for rehabilitation, to structure their days or to learn about other patients' attitudes to their disturbances. Patients from two day-care centres also reacted very differently to communication disturbances from other patients. It was typical for the patients at the Square day-care centre to sometimes underline distance either by moving away, by verbalising the issue of distance, or by putting on earphones as a screen against disturbances. The rejection of other patients' expressions of psychosocial disturbances seemed to be an effect of the stigmatisation at the day-care centre, which they might just as well experience outside the centre. At the Circle day-care centre, the patients tolerated psychosocial disturbances to a higher degree. Many studies have shown that mental illness is more widespread among the lower social classes (Cockerham, 2014, pp. 112-126; Hollingshead & Redlich, 1958; Horwitz, 2002; Leighton et al., 1959; Myers & Roberts, 1959; Rogers & Pilgrim, 2014, pp. 23-36; Srole et al. 1975 & 1977). Horwitz (2002) underlines in the same context that there is widespread understanding of the mental components of mental illness among the upper socioeconomic layers (*ibid.*, pp. 47-51; pp. 63-70). Myers & Roberts (1959) develop this point further, writing that especially patients from social class 5 tended to recognise only the somatic symptoms as phenomena of illness, even though later in the therapeutic process

they would admit that mental components could actually play a role in the process (ibid., pp. 239-240). These descriptions fit with the rejections of psychosocial disturbances at the Square day-care centre and the wider tolerance at the Circle day-care centre, respectively.

Further empirical observations of lesser communication disturbances

The patients regularly displayed lesser communication disturbances if and when they had succeeded in getting through larger communication disturbances. Taking my starting point in an interaction with a patient from the Circle day-care centre, I describe the rather widespread drug abuse in the district, which was also described in the original District study (“Distriktsundersøgelsen” by Knudsen et al., 1992, pp. 39-72). It might lead to over-medication against paranoia if the Circle staff did not keep their knowledge of the district up to date, which could not be expected of all staff groups. I want to stress the social and cultural gap between staff and patients from areas of low socioeconomic status (Rogers & Pilgrim 2014, pp. 32-36). Psychiatric staff normally have no secondary nor primary socialisation that will provide them with knowledge of life conditions in the social classes 4 and 5 (Olsen et al., 2012). Psychiatric treatment focuses on single persons and mark out patients from areas of low socioeconomic status with diagnoses ripe with not very well concealed value judgments.

I also look into Bernstein's (1964, 1974) language codes to see whether differences in language codes will influence diagnostics and treatment in the psychiatric system. The difference between the level of psychological and psychotherapeutic treatment at the two centres was rather large, which could not be explained away by reference to the size of the psychotic populations. At the Square day-care centre 4 or 5 patients received individual psychotherapeutic treatment by a psychologist. At the Circle day-care centre, however, according to Field notes and interview notes only one patient had received psychotherapeutic treatment by a psychologist, and this patient had opted out as a protest. I think some of the differences may be referred to Bernstein's (1964, 1974) description of the two different language codes: restricted and elaborated code, respectively. They are distributed according to family type, role system, communication system and social control forms. Bernstein defines a language code as a culturally induced speech system (Bernstein, 1964, p. 54.). The restricted language code is based on the family members' formal status. Bernstein describes it as positional, spoken mainly in social classes 4 and 5, where the asserting of rights is more collective

than individual. In restricted code the child will typically receive clear instructions such as, “Stop that noise!” from a parent, followed up by a threatening stare. In this code, the child gets further information about the situation only by extra-verbal means – that is by reading the body language of the grown-ups and other situationally determined factors. The elaborated or personal code is mostly spoken in the social classes 1, 2 and 3. It is based on the individuals' abilities and aptitudes within social, emotional and intellectual fields, and the parents base their social control over the child on these. In a person-oriented family, an instruction might be phrased, “Would you mind stopping that noise, I can't stand it”, bordering on an appeal. The child has access to a grown-up person's reasons and motives behind the instruction, which was not the case in the above example. The personal code can be used for psychological manipulation but will not be compatible with ideas of violence and physical punishment. In his article on psychotherapy, Bernstein (1964) calls its language code an extreme variant of the personal code. It builds on the assumption that the conditions that gave rise to the mental illness can be improved in a relation where the communication between patient and psychotherapist plays a decisive role. The aim of psychotherapy is to ask about details in the patient's story and question them. Bernstein (1964) writes that this would be an unusual interaction system for a patient who was more familiar with a restricted code. The psychotherapist expects the patient to verbalise her intentions, motives and reasons for acting as she does. It will, however, be difficult for the patient to live up to these expectations, since she is not used to expressing them verbally. Restricted code does not facilitate an ongoing interest in processes – in particular, motivational processes – and the self rarely becomes the object of verbal analysis (*ibid.*, p. 63).

At both day-care centres, instances of responsibility avoidance were noticed as patients, particularly at morning meetings, shied away from minor practical tasks. It was most of all the “public” aspect of the task – the fact that all their activities would be watched by a public – that scared them. The fear of exposure was always present at the day-care centres. However, it takes a certain level of social-order contributions before one displays symptoms of “social anxiety” – as described by for instance Anna Kåver (2014). In Kåver's rendition the thoughts in social anxiety circle around catastrophic scenarios – fantasies of the worst possible outcomes. The fear is usually way out of proportion with the actual situation (*ibid.*, pp. 42-43).

Furthermore, boredom was a problem at both day-care centres. At the Circle day-care centre, patients normally stayed seated and felt bored together. At the Square day-care centre, boredom in some cases led to discontinuity, the patients leaving the day-care centre, often without speaking. For various reasons I did not have identical observation conditions at the two day-care centres. It was only at the Square day-care centre I was in a position to observe discontinuity with the patients leaving the centre. Discontinuity belongs to the temporal dimension. It might be based on avoidance of what patients saw as “committing” communication – more precisely, connection and synchronisation with other patients – even in cases of very short interaction systems consisting of three or four contributions from two involved participants. The patients may have had good reasons to leave the day-care centre which I was not in a position to identify, but there was too much discontinuity in the day-care centre for it to have been accidental. I was not in a position to know what went on in their psychic system, and it was not to be observed since they did not communicate it. According to Luhmann, silence is the ultimate communication code (Luhmann, 1989, p. 105), and it was by and large a silent discontinuity I was able to observe. When one was present at the day-care centre it was not possible to not communicate. Even in silence, oneself as well as other patients would be able to perceive reflexively (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967, p. 22). The patients therefore had to try and control their looks, their body language and their behaviour which could all be exposed to interpretation and communication. I suppose the patients in most cases chose absence in order to avoid reflexive perception and to avoid exposing themselves to reflexive expectations when connecting and synchronising with other patients.

In an attempt to understand the problem of those patients who displayed the above contingent silent coming and going, I shall try to shed light on the patients' behaviour by using Lindell's (2003) dissertation, which is based on a similar patient population. Lindell's patients had gained consciousness of their psychosocial problems, hence a certain distance from them, and they had become robust enough to communicate about the phenomena that troubled them (*ibid.*, pp. 215-241). She interviewed some of the patients after they had been in a group where the staff had set guidelines for communicative participation. The patients were required to adapt to the group situation and contribute positively to the group, thus showing who they were (*ibid.*, p. 218, 240). The required sociality consisted in the very least in a forthcoming attitude and social activity in the form

of communication. It could lead to unrest in the group if some kept silent (ibid., p. 233). The patients saw their mere being present as hard work and potential self-surrender. They thematised what a hurdle it was just having enough stamina to sit through the hour and a half each meeting lasted (ibid., p. 216). According to one patient, it was laborious sitting in a group with other people. Another patient said that it was “workative” to be seen and heard. A third participant said that everybody looked at you whenever you spoke up, and everybody listened. Lindell interprets the statement of a patient to mean that it was an “exhausting visibility” (ibid., p. 233); just being present was a kind of work and the aim was to honour the normative expectations of the staff, namely to make a positive contribution to the interaction. Lindell’s patients were afraid of doing anything wrong. Parts of the two patient populations I observed also feared “public blunders” (Kåver 2014, pp. 39-51), meaning that they displayed social anxiety. Whereas psychosocially well-functioning persons enter into interaction systems out of volition and aptitude and because it is their job, communicating effortlessly all day long – some psychiatric patients see elementary communication as hard work. When a person wants to take part in a communication process, she must accept the rules, meaning the expectation structure that goes with the process of building order and social systems. The contingent discontinuity at the Square day-care centre is connected with lesser communication disturbances.

Expectations are future-oriented (Luhmann 2002a, pp. 324-326). Luhmann (1989a) says, that in western secularised societies the future is now the only unknown entity (ibid., pp. 135-137). As described in an empirical study by Rønberg (i Brinkmann & Petersen (red.), 2015, pp. 185-206), it is not only patients with depression diagnoses who have difficulties producing expectations and hence a future. Other diagnostic groups also have a broken and fragmented relation with their future, as documented by phenomenologically inspired psychiatrists like Kisker (1960) and Blankenburg (1971).

Stigmatisation, discrimination and excess mortality

In the last analytic chapter (7) I shall take a look at the stigmatisation of psychiatric patients: the invisible stigma they get through their mere contact with the psychiatric treatment system, and the visible stigmata that may follow from the use of psychoactive drugs. On the concrete level I have focused on the day-care centres' double status as places of refuge and as a stigma-marker. They were places of refuge where the patients could talk freely about their symptoms and the effects

of psychiatric medicines. However, the day-care centres were also a stigma-marker because the patients were subjected to stigmatisation and moral judgment as a consequence of their mere contact with the psychiatric treatment system (Goffman, 1963a; Link & Phelan, 2001; 2013). In both day-care centres I observed interactions in which the patients thematised symptoms and the effects of psychoactive drugs. The day-care centres became places of refuge in an additional sense when patients thematised the stigmatisation they were subjected to in the majority-society. Psychiatric patients have an invisible stigma, since there are no visible indicators of their status. For this reason, the patients had to be very careful about the personal information they gave away, and they were very sensitive about who they would talk to about their contact with the psychiatric system. By way of the stereotypes in the majority-society, the stigmatisation regards the whole person, not just certain aspects of their communication and behaviour (Goffman, 1963a). And that makes it a moral judgment based on the codes of respect and contempt, respectively (Luhmann, 1978a). I observed self-stigmatisation in certain patients. It happened when they internalised the stereotypes of the social environment, thus accepting prejudices about the group to which they themselves belonged (Corrigan & Watson, 2002; Goffman, 1963a; Link & Phelan, 2001; 2013). In the second part of the chapter I focus on the visible stigmatisation of some patients due to their use of psychoactive drugs. The physical expressions of this could be lack of body control in the shape of restlessness, lethargy, trembling hands and legs, overweight, etc. These (side) effects meant a lot in the social lives of the patients. Nearly all patients harboured negative or ambivalent feelings about their medicine, feelings of dependency, embarrassment and despair over side effects. They felt powerless vis-a-vis the invasion of their inner space (Estroff, 1981, p. 115). However, the persuasive network surrounding the patients was powerful. Those who tried to make do without psychiatric medicine ran a serious risk (*ibid.*, pp. 89-106). The literature on stigmatisation describes how the discrimination against psychiatric patients influence their chances in more or less all areas of life: income, education, job and employment, psychological well-being, housing status, medical treatment, health and satisfactory relations (Goffman, 1963a; Jørgensen & Ulf-Møller, 1972; Jørgensen, 1993; Link & Phelan, 2001; 2013).

This kind of discrimination was the theme of a debate in the Danish parliament (“Folketinget”) in January of 2019 on “The right to obtain a final certificate relating to one’s psychiatric diagnosis” (see “B.28 – 2018-2019 (1.

samling) Forslag til folketingsbeslutning”). This debate gives a good view over the kinds of discrimination practised in the Danish society today. “Bedre psykiatri” [Better Psychiatry], a society for relatives to people with psychiatric diagnoses, has been quoted for pointing to problems to do with “driving licence, credit cards, pilot’s certificate, insurance (travel, life, house contents), marriage, adoption, national service, jury membership, foster care, appointment to the police force, to the secret service, as train driver, truck driver, etc., plus limitation of voting rights, eligibility for social help, parenthood – apart from widespread excess mortality among citizens with mental illness”. If one looks very carefully it turns out that many discriminating initiatives are chained to the professional manuals of various function systems. The then minister let it be known that it is not possible to erase psychiatric diagnoses today. She referred to the Danish Health Agency, saying that the health system does not issue final certificates, neither in somatic nor psychiatric cases. The health system expresses it another way: “The symptoms of a given illness are not present any longer” (ibid., p. 2). What is in everyday language called absence of (mental) illness may simply mean that a medical doctor / psychiatrist has written in the patient’s medical record that she has no signs of a clinically active (mental) illness. The then Health Minister promised to look into the total field of discrimination in order to initiate a de-stigmatisation process (ibid., p. 3).

The excess mortality mentioned in the parliamentary debate was documented in a forensic autopsy study called “Survive”, covering 500 deceased psychiatric patients (Banner et al., 2018). The ten researchers compared their data with those from the National Patient Register (“Landspatientregisteret”) on the same persons while they were alive. The first thing the researchers noticed was premature death in people with serious mental illness. For schizophrenics it may be a difference of up to 25 years compared with the general populace. The aim of the study was to identify risk factors predicting premature death in people who have suffered from serious mental illness by identifying relevant bio-markers of co-morbidity and premature death for preventive causes. The known risk factors include cardiovascular disease, lifestyle-related factors, obesity, smoking, alcohol and drug use (Banner et al., pp. 7-8). The dead supply us with a key for decoding. In the “Survive” status report (Kunwald et al., 2019) the researchers describe how they have specified the causes of death behind the clearly excessive mortality. One third of the deaths are due to a higher prevalence of suicides and accidents, but the majority are due to natural causes. Heart-related illnesses are the most frequent

cause of death (ibid., p. 4; p. 10). Some of the results were surprising, among them finds of a higher concentration of medicine in the heart tissue than in the blood, which may have led to heart-rhythm disturbances (proarrhythmia) – that is an irregular and often faster heart rhythm. The concentration of psychoactive drugs in heart tissue was up to twenty times higher than that in the blood, meaning that levels of poisoning measured by means of blood samples may be misleading (ibid., p. 6). The parliamentary committee on Health and Aged Care reacted to the status report by forwarding an inquiry to the Danish Health Agency about possible risks of treatment with more than one anti-psychotic drug (polypharmacy) at a time. The answer was that “there is no evidence to show that treatment with more than one anti-psychotic drug at a time leads to a better effect. On the contrary, it seems to lead to more side effects.”

Conclusions and Perspectives

Opposite somatic diagnoses, a psychiatric one leads to discriminatory treatment and may cause premature death, as documented in autopsy studies by Banner et al. (2018) and Kunwald et al. (2019). Gøtzsche (2015) has a few points on aggressive marketing by the medicinal industry towards psychiatrists when trying to sell psychoactive drugs. In his critique of DSM-5, Frances (2013), who chaired the DSM-IV task force from 1994, describes an incomparable difference between the market for psychoactive drugs and the market for psychotherapy. The latter is small, extremely fragmented and individualised in comparison with Big Pharma (the fraction of the medicinal industry producing psychoactive drugs), and plays in a totally different league as concerns organisation, effectivity and marketing potential. The market for psychotherapy has not like Big Pharma delivered an effective (if misleading) slogan: that “mental illnesses” are due to a chemical imbalance in the brain. Frances goes on to say that taking a pill is a passive action, as opposed to the activation of patients in psychotherapy when introducing them to new attitudes to their problems and new mastering competencies (ibid., pp. 106-108). Psychosocial disturbances are best cured by means of targeted communication in various forms and by social training.

Medical doctors have received a biological and biochemical basic education which is fine for the treatment of somatic diseases and illnesses, and that is a good thing for all of us. This background defines the terminological system they know well and are ready to use. When it comes to psychiatry, however, there is a risk that the same basic education may act as a biological bias in theory formation. It

appears to be a trend that some psychiatrists take the attitudinal stand that biological factors are the only valid ones (for example, Mors et al. (red.), 2017, p. 29). Luhmann (1993c) says that “fundamentalisms are sub-complex” (ibid., p. 24), which also goes for “biological fundamentalisms”. The psychiatric profession is not going to ask questions about the matters of course in the institutions where they themselves hold dominant positions (Klitgaard, 1993, pp. 29-30). In this connection one might ask if a psychiatric hospital is automatically the best organisational form for treatment of humans in crises. This is an organisational-sociological problem to which we may never know the answer since the medical doctors and psychiatrists hold a triple monopoly – in treatment, in professional organisation and (a near) monopoly in research (Klitgaard, 1993). In their roles as “gatekeepers” the psychiatrists are not prone to open up “their” system to other professions who may ask questions about professional dominance of the psychiatric institutions. In his analysis of the medical profession, Freidson (1988) wrote that its autonomy has furthered the study of illness and treatment while at the same time inhibiting the social organisation of the health system, since medical doctors have a key role in it and largely decide its development course. However, medical doctors are not competent when it comes to building suitable social organisations with a view to serving the patients' and the public's best interests (ibid., pp. 71-84, pp. 333-392). Hence the clash of interests between – on the one hand – a very autonomous profession culture among medical doctors – including psychiatrists – and on the other hand, the public interest in a health-care system oriented towards the best interests of its users (Freidson 1988; Larson 2013).

The societal distribution of psychosocial disturbances and their consequences ought to be elementary knowledge in all professional groups in the psychiatric subsystem. Although the following textbooks claim to be based on a “bio-psycho-social” vulnerability model: (Poulsen (red.), 2010; Mors et al. (red.), 2017; Simonsen & Møhl (red.), 2010; 2017)), the social part is very often treated with neglect. These textbooks relate to the sociological sub-disciplines of “Sociology of Mental Health”, medical anthropology and neighboring disciplines on a basis of willed ignorance. A precise description of the phenomenon would be “self-serving inattention”. The results of the large North American studies within the above discipline(s) are discussed and summed up in surveys by Cockerham (2014) and Rogers & Pilgrim (2104). I would add a quotation from Bastide (1965), who with Le Guillant asks if the French psychiatrists' unwillingness to accept social psychiatry might be an expression of the bourgeoisie's wish to forget that society

bears a certain responsibility for the etiology of mental illnesses (*ibid.*, p. 8) – like Freud, who annulled the socioeconomic factors' role to the benefit of biological and sexual drives (*ibid.*, pp. 14-35). I would ask the same question of some Danish psychiatrists.

Now there is progress to be seen in the results from epigenetics. Schutt, Seidman & Keshavan ((eds.), 2015), state that it has become impossible to distinguish clearly between biological, bio-chemical and social factors (*ibid.*, p. 15-18). Similar findings are cited in Simonsen & Møhl (eds.), 2017 (pp. 40-41) and Mors et al. (red.), 2017 (p. 28). These results are luckily bound up with solid bodily matter, not with anything as ephemeral as spoken communication, which consists of sound and meaning and disappears as soon as it is uttered (Luhmann, 1984, pp. 191-241; 1987c; 1997, pp. 213-215). In opposition to Kraepelin (1900; 1903-1904; 1916; 1918), who negated the social dimension of the psychiatric patients, the social environment is now coming back in the form of epigenetic results showing that negation in Luhmann's sense is not elimination. It is simply a temporary postponement of the problem, since identity needs negations for the designation of the identical. Negation sees to it that alternative themes do not vanish restlessly but can be stored and taken up at a later point (Luhmann, 1971, pp. 49-52; 1997, pp. 221-230).

Problems throughout this dissertation have indicated the centrality of two themes: expectations and the relatively fixed rules of comprehensible communication in interaction systems. "Expectation" is a basic concept on which according to Luhmann (1971; 1984; 1997) all social life is built. Expectations are future-oriented and come with a bonus by making it possible for patients to learn how to produce future projections – as mentioned, many of them have a hard time doing so. At the same time the patients can learn how to become sufficiently understandable in everyday semantics to take part in interaction systems (Luhmann, 1972; 1980b; 1984; 1997; 2002a). Both themes may be made the objective of targeted communication in sessions of social training.

Referencer

- Ackerknecht, E.H. (1943). "Psychopathology, Primitive Medicine and Primitive Culture". *Bulletin of the History of Medicine*, 14, pp. 30-67.
- Ackerknecht, E.H. (1967). *Kurze Geschichte der Psychiatrie*. 3. verbesserte Auflage, 1985. Stuttgart. Ferdinand Enke Verlag.
- Album, D. (1996). *Nære Fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. 2. Opplag, 2007. Oslo. Tano.
- Alexander, F.G. & Selesnick, S.T. (1967). *The History of Psychiatry. Psychiatric thought and Practice from Prehistoric Times to the Present*. London. Georg Allen and Unwin.
- Allardt, E. & Littunen, Y. (1962). *Sociologi*. 4. omarbetade upplagan, 1967. Stockholm, Almqvist & Wiksell.
- Andersen, B. Rold et al. (1967). *Københavnerrapporten. Sociale og sundhedsmæssige udgiftsbehov*. København. AKF's Forlag.
- Andersen, H. Thor. (2005). *Storbyens ændrede socialgeografi. Storkøbenhavn i et nordvesteuropæisk perspektiv*. København. Kulturgeografiske skrifter. Bd. 15.
- Andersen, H. Thor. (2011). "Byens sociologi". Andersen, H. (red.) *Sociologi – en grundbog til et fag*. København. Hans Reitzels Forlag, pp. 381-397.
- Anker J. & Nielsen I.K. (1995). *Det frivillige arbejde*. København, 1995, SFI-Rapport, 95:3.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*(Trade Mark). APA. American Psychiatric Publishing. Arlington. Virginia.
- Arieti, S. (1967). *The Intrapsychic Self. Feeling, Cognition, and Creativity in Health and Mental Illness*. New York. London. Basic Books.
- Arieti, S. (1974). *Interpretation of Schizophrenia*. Second Edition. Completely Revised and Expanded. New York. Basic Books.
- Aubert, V. (1964). *Sosiologi*. Oslo. Universitetsforlaget.

- Aubert, V. (1979 og 1981). *Sosiologi. 1. Sosialt samspill*. 3. Opplag, 1987. Oslo - Bergen - Tromsø. Universitetsforlaget.
- Baecker, D. (1994). "Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft". *Zeitschrift der Soziologie*, 23(2), pp. 93-110.
- Banner, J. et al. (2018). "SURVIVE: Let the dead help the living – an autopsy-based cohort study for mapping risk markers of death among those with severe mental illnesses". *Scandinavian Journal of Forensic Science*, 24(1), pp. 7-17. Online: <https://doi.org/10.2478/sjfs-2018-0002>
- Barrett, R. (1996). *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia. An Anthropological Study of Person and Illness*. New York. Cambridge University Press.
- Bastide, R. (1965). *Sociologie des maladies mentales*, Paris. Champ Psychiatrique. Flammarion.
- Bauch, J. (2000). *Medizinsoziologie*. München. Oldenburg Wissenschaftsverlag.
- Bauch, J. (Hrsg.) (2006). *Gesundheit als system. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens*. Konstanz. Hartung-Gorre Verlag.
- Becker, H.S. & Geer, B. (1957). "Participant Observation and Interviewing: A Comparison". *Human Organisation*, 16, pp. 28-32.
- Becker, H.S. (1958). "Problems of Inference and Proof in Participant Observation". *American Sociological Review*, 23, pp. 652-660.
- Beer, M.D. (1995). "Psychosis: From Mental Disorder to Disease Concept". *History of Psychiatry*, 6, pp. 177-200.
- Belardi, N., Eurich, G. & Wangler, W. (1980). *Gesellschaftsentwicklung und soziologische Grundlagen*. Frankfurt. Hermann Luchterhand Verlag.
- Berger, P. (1963). *Invitation to Sociology. A Humanistic Perspective*. New York. A Doubleday Anchor Original. Dansk udgave: *Invitation til sociologi. Et humanistisk perspektiv*. 1968. København. Rhodos.
- Bernstein, B. (1964). "Social Class, Speech Systems and Psycho-Therapy". *British Journal of Sociology*, 15, pp. 54-64.
- Bernstein, B. (1974). *Class, Codes and Control. Theoretical Studies Towards a Sociology of Language*. (1971). 2nd revised edition 1974. New York, Schocken Books. Dansk oversættelse: *Basil Bernsteins kodeteori. Et udvalg af hans artikler om sprog, socialisering og kontrol*. (1974) Redigeret af og med indledning af J. Enggaard & K. Poulsgaard. København. C. Ejlers forlag.
- Binswanger, L. (1957). *Schizophrenie*. Pfullingen. G. Neske Verlag.
- Bion, W.R. (1961). *Experiences in Groups and other papers*. 7th Reprint. London, 1992. Routledge.

- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. London. Maresfield Reprints, 1984.
- Birchnell, J. (1989). "The Myth of Mental Illness: Thomas S. Szasz", *British Journal of Psychiatry*, 155, pp 425-429.
- Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Beiträge aus der allgemeinen Medizin. 21. Heft, Stuttgart. Ferdinand Enke Verlag.
- Blasius, D. (1980). *Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses*. Frankfurt am Main. Fischer Taschenbuchverlag.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig. Franz Deuticke Verlag.
- Blinkenberg, S. et al. (red.) (2002). *Distriktpsykiatri. En lærebog*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Bock, T. (2010). *Umgang mit psychotischen Patienten*. 7. Auflage. Bonn. Psychiatrieverlag.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris. Les Éditions de Minuit.
- Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.) (2015). *Diagnoser – Perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus. Klim.
- Brody, E.B. (1956). "Interprofessional Relations of Psychologists and Psychiatrists Are Human Too, Only More So". *American Psychologist*, 14(2), pp. 105-111.
- Bruyn, S.T. (1966). *The Human Perspective in Sociology. The Methodology of Participant Observation*. New Jersey. Prentice-Hall.
- Bürgy, M. (2008). "The Concept of Psychosis: Historical and Phenomenological Aspects". *Schizophrenia Bulletin*. 6, pp. 1200-1210.
- Busch, S. (2006). *Fra patient til person. Et studie af recovery som ideologi, praksis og erfaring i dansk socialpsykiatri*. København. Specialrække nr. 422. Institut for Antropologi. Københavns Universitet.
- Canguilhem, G. (1943). *Le normal et le pathologique*. 3. Edition. 1975. Paris. Presses Universitaires de France.
- Castel, R. (1970). "Le Traitement Moral. Thérapeutique mentale et contrôle social au XIX siècle". *Topique*, 2, pp. 109-129.
- Circourel, A.V. (1969). *Method and Measurement in Sociology*. 4th Printing. New York. The Free Press of Glencoe.
- Cockerham, W.C. (2014). *Sociology of Mental Disorder*. 9th Edition. Boston Pearson Education.

- Corrigan, P.W., Edwards A. & Green, A. (2001). "Prejudice, social distance and familiarity with mental illness". *Schizophrenia Bulletin*, 27, pp. 219-225.
- Corrigan, P.W. & Watson A.C. (2002). "Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness". *World Psychiatry*, 1(1), pp. 16-20.
- Coser, L.A. (1956). *The Functions of Social Conflict. An Examination of the Concept of Social Conflict and its Use in Empirical Sociological Research*. New York. A Free Press Paperback.
- Coser, L.A. (1971). *Masters of Social Thought. Ideas in Historical and Social Context*. New York. Harcourt Brace Jovanovich.
- Cour, A. la, Knudsen, M. & Thygesen N.T. (2005). "Det systemteoretiske interview – Interviewet som meningsdannelse". *Working Paper 8/2005*. København. Institut for Ledelse, politik og filosofi, Copenhagen Business School.
- Crafoord, C. (1994). *Udviklende fortrolighed. Tanker om kontaktpersonfunktionen*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Cullberg, J. (1989). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. 5. reviderede udgave. København. Hans Reitzels Forlag.
- Cullberg, J. (2004). *Psykosser. Et integreret perspektiv*. 2. reviderede udgåvan. Stockholm. Natur och Kultur.
- Deegan, P.D. (1993). "Recovering Our Sense of Value After Being Labeled". *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31(4), pp. 7-11.
- Dobransky, K.M. (2014). *Managing Madness in the Community. The Challenge of Contemporary Mental Health Care*. New Brunswick. Rutgers University Press.
- Doehlemann, M. (1991). *Langeweile? Deutung eines verbreiteten Phänomens*. Frankfurt am Main. Suhrkamp Verlag. Dansk udgave i H. Chr. Finks oversættelse (1992) *Kedsomhed. Tolkning af et udbredt fænomen*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Dörner, K. (1967). "Nationalsozialismus und Lebensvernichtung". Dörner, K. *Diagnosen der Psychiatrie*. Frankfurt am Main. Campus Verlag, pp. 59-95.
- Dörner, K. (1975). *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Frankfurt am Main. Fischer Taschenbuch Verlag.
- Douglas, M. (1966). *Purity and Danger. An Analysis of Concept of Pollution and Taboo*. London. Routledge Classics Edition, 2002.
- Durkheim, E. (1893). *De la division du travail social*. Nouvelle édition: 1930. 9^e édition, 1973. Paris. Presses Universitaires de France.
- Durkheim, E. (1912). *Les formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie*". 4^e édition « Quadrige », 1998. Paris Presses, Universitaire de France.
- Eneroth, B. (1987). *Orelationer. Undflyendets socialpsykologi*. Stockholm. Akademeja.

- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and Society*. New York. Norton Paperback, 1993.
- Eriksson, I. (1998). « Svarte Petter – om bortstötande och undflyende i samband med kommunaliseringen ». Sjöström, S. (red.). *Nya kulturer i psykiatrin*. Lund. Studentlitteratur, pp. 128-143.
- Esholdt, H.F. (2015). *Når humor, leg og lyst er på spil. Social interaktion på en multietnisk arbejdsplads*. Media-Tryck. Lund Dissertations in Sociology 107. Sociologiska Institutionen. Lunds Universitet.
- Estroff, S.E. (1981). *Making It Crazy. An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Paperback Printing, 1985. Berkeley and Los Angeles. University of California Press.
- Faris, R.E.L & Dunham, H.W. (1939). *Mental Disorders in Urban Areas. An Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychoses*. New York. Hafner Publishing, 1960.
- Festinger, L., Schachter S. & Back K. (1950). *Social Pressures in Informal Groups. A study of Human Factors in Housing*. Stanford California. Stanford University Press.
- Feuchtersleben, E. von, (1845). *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde*. Wien. Carl Gerold.
- Folketinget, B28: *Forslag til folketingsbeslutning om indførelse af retten til at blive erklæret rask for sin psykiatriske diagnose*. Bemærkninger til forslaget og 1. behandling. København. Folketinget 2018-2019
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris. Presses Universitaires de France.
- Foucault, M. (1961). *Folie et Dérison. Histoire de la Folie à l'Age Classique*. Édition Abrégée, 1975. Paris. Union Générale d'Éditions.
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collèges de France. 1973-1974*. Paris. Hautes Études. Éditions Gallimard et Éditions du Seuil.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal. An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life*. New York. HarperCollins Publishers.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. University of Chicago Press, edition 1988. Chicago. The University of Chicago Press.
- Freud, S. (1967). *Gesammelte Werke. Bd. XI (1916-1917)*. Frankfurt am Main. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1967). *Gesammelte Werke. Bd. XIII (1920-1924)*. Frankfurt am Main. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1937). "Konstruktionen in der Analyse". *Gesammelte Werke. Bd. XVI. (1932-1939)*. London, 1950. Imago Publishing, pp. 43-56.

- From, F. (1965). *Om oplevelsen af andres adfærd*. København. Nyt Nordisk Forlag.
- Gannik, D.E. & Launsø, L. (red.) (1996). *Kontrollerede kliniske undersøgelser. Forsvar, kritik og refleksioner*. København. Netværk for Samfundsvidenskabelig Sygdomsforskning. Central Forskningsenhed for Almen Praksis. Panum Institutet.
- Gannik, D.E. (1999). *Situational sygdom. Fragmenter til en social sygdomsteori baseret på en undersøgelse af ryglidelser*. København. Central forskningsenhed for almen praksis. Samfundslitteratur.
- Gannik, D.E. & Launsø, L. (eds.) (2000). *Disease, Knowledge, and Society*. Copenhagen. The Disease and Society Network. Central Research Unit of General Practice. Samfundslitteratur.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures. Selected Essays*. London. Fontana Press, 1993.
- Geertz, C. (1983). *Local Knowledge. Further Essays in Interpretative Anthropology*. London. Fontana Press, 1993.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Renewed edition 1999. New York. Aldine de Gruyter.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. London. Allan Lane. The Penguin Press, 1969.
- Goffman, E. (1961a). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. London. Penguin Books, 1991.
- Goffman, E. (1961b). *Encounters. Two Studies in the Sociology of Interaction*. 6th Printing. Indianapolis and New York. The Bobbs-Merrill Company.
- Goffman, E. (1963a). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. New Jersey. Pelican Books, 1968.
- Goffman, E. (1963b). *Behavior in Public Places. Notes on the Social Organization of Gatherings*, New York. First Free Press Paperback Edition, 1966.
- Goffman, E. (1967). *Interaction Ritual. Essays on Face-to-Face Behavior*. New York. Pantheon Books.
- Goffman, E. (1971). "The Insanity of Place". *Relations in Public. Microstudies of the Public Order*. New Jersey. Transaction Publishers, 2010, pp. 335-390.
- Goffman, E. (1983). "The Interaction Order". *American Sociological Review*, 48 (1), pp. 1-17.
- Goffman, E. (1989). "On Fieldwork". *Journal of Contemporary Ethnography*, 18(29), pp. 123-132.

- Gold, R. L. (1958). "Roles in Sociological Field Observation", *Social Forces*, 36(3), pp. 217-223.
- Griesinger, W. (1868). "Vorwort". *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 9, pp. III-VIII.
- Griesinger, W. (1872). *Gesammelte Abhandlungen*. Bd. I-II. Berlin. Hirschwald.
- Güse, H.-G. & Schmacke, N. (1976). *Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus*. Bd. I & II. Kronberg. Athenäum Verlag.
- Gunderson, J.G. (1978). "Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus". *Psychiatry*, 41, pp. 327-335.
- Gøtzsche, P. (2015). *Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse*. København. People's Press.
- Habermas, J. (1962). *Strukturwandel der Öffentlichkeit. Untersuchungen zu einer Kategorie der bürgerlichen Gesellschaft*. 14. Auflage, 1983. Darmstadt und Neuwied. Hermann Luchterhand Verlag.
- Habermas, J. & Luhmann, N. (1971). *Theorie-Diskussion. Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie – Was leistet die Systemforschung?* Frankfurt am Main. Suhrkamp Verlag, 1975.
- Hall, E.T. (1966). *The Hidden Dimension*. New York. Anchor Books Editions, 1990.
- Hansson, J-H. (1993). *Organizing Normality. Essays on Organizing Day Activities for People with Severe Mental Disturbances*. Linköping. Linköping Studies in arts and Science.
- Harding, C.M., Zubin, J. & Strauss, J.S. (1987). "Chronicity in Schizophrenia: Fact, Partial Fact, or Artifact?" *Hospital and Community Psychiatry*, 38(5), pp. 477-486.
- Hausgjerd, S. (1972). *Psykiatrien i nyt perspektiv*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Hausgjerd, S. (1985). *Psykoterapi og miljøterapi ved psykoser*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Hausgjerd, S. (1990). *Lidelsestilstande i ny psykiatri*. Oslo. Hans Reitzels Forlag.
- Heinskou, T. og Schjødt, T. (2010). "Miljøterapi". Simonsen, E. & Møhl, B. (red.) *Grundbog i Psykiatri*. København. Hans Reitzels Forlag, pp. 627-644.
- Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C. (1958). *Social Class and Mental Illness: A Community Study*. New York. John Wiley & Sons.
- Horwitz, A.V. (1982). *The Social Control of Mental Illness*. With a New Prologue by the Author. 2002. New York. Percheron Press.
- Hummelvoll, J.K. (2013). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sygepleje og psykisk sundhed*. 4. udg. København. Hans Reitzels Forlag.

- Husserl, E. (1901). *Logische Untersuchungen, II Teil, Untersuchungen zur Phänomenologie und Theorie der Erkenntnis*, Halle a. S, Max Niemeyer, 1901. Online: freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidoc:6020/datastreams/FILE1/content
- Ingleby, D. (1983). "The Social Construction of Mental Illness". Wright, P. & Treacher, A. (eds.) *The Problem of the Construction of Medical Knowledge*. Edinburgh. Edinburgh University Press, pp. 123-143.
- Institut for Social Medicin, København Universitet, 22.12.1988: "Evaluering af distriktspsykiatri i Københavns Kommune – Projektbeskrivelse". Manuskript.
- Israel, J. (1963). *Socialpsykologi. Teori, Problem, Forskning*. Stockholm. Svenska Bokförlaget. Norstedts-Bonniers.
- Jacobsen, C.B. (2006). *Paradoksal Psykiatri. Etnografiske analyser af samspillet mellem plejepersonale og patienter i dansk retspsykiatri*. København. Ph.d.-række nr. 40. Institut for Antropologi. Københavns Universitet.
- Jahraus, O. et al. (Hrsg.) (2012). *Luhmann Handbuch: Leben – Werk – Wirkung*. Stuttgart. Weimar. Verlag J.B. Metzler.
- Janzarik, W. (1978). "Wandlungen des Schizophreniebegriffes". *Nervenartz.* 39(3), pp. 133-139.
- Jaspers, K. (1913). "Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Schizophrenie)". *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*. Berlin, 1963. Springer, pp. 329-413.
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.) (2003). *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Jenkins, R.L. (1954). "Understanding Psychiatrists". *American Psychologist*, 9, pp. 617-620.
- Jessen-Petersen, B. (1994). *Psykotiske patienter med misbrugsproblemer (Dual-Diagnosis patients)*. København. FADL's Forlag.
- Jönhill, J.I. (1993). "Om kortlådesystem, sociologins specialisering og brister, likhetsprincippet, moralen och människan. En intervju med Niklas Luhmann". *Sociologi i dag*. Oslo. 2/3, pp. 117-130.
- Jönhill, J.I. (1997). *Samhället som system och dess ekologiska omvärld. En studie i Niklas Luhmanns sociologiska systemteori*. Lund Dissertations in Sociology 17. Sociologiska Institutionen. Lunds Universitet.
- Jönhill, J.I. (2012). *Inklusion och exklusion. En distinktion som gör skillnad i det mångkulturella samhället*. Malmö. Liber.
- Johannisson, K. (1990). *Medicinens Öga. Sjukdom, medicin och samhällen – historiska erfarenheter*. Stockholm. Norstedts, 2013.

- Johannisson, K. (2006). "Hur skapas en diagnos? Ett historisk perspektiv". Hallerstedt, G. (red.) *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg. Daidalos, pp. 29-41.
- Jones, M. (1968). *Social Psychiatry in Practice. The Idea of the Therapeutic Community*. Harmondsworth. Penguin Books.
- Jørgensen, F. (1993). *Distriktspsykiatri. Samfundsmæssigt betragtet*. København Aarhus Odense. Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag.
- Kelstrup, A. (1983). *Galskab, psykiatri, galebevægelse*. København. Amalie – Galebevægelsens Blad.
- Killingmo, B. (1988). *Rorschach-metode og psykoterapi. Et egopsykologisk studie*. 3. oplag, 1991. Oslo. Universitetsforlaget.
- Kisker, K.P. (1960). *Der Erlebniswandel des Schizophrenen. Ein psychopathologischer Beitrag zur Psychonomie schizophrener Grundsituationen*. Berlin. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Springer-Verlag.
- Kistrup, M. (2012). *Psykologien i psykiatrien. At forstå, forholde sig til og behandle mennesker med skizofreni*. København. Dansk Psykologisk Forlag.
- Klitgaard, V. (1987). "Om deltagerobservation i et terapeutisk samfund". København. Institut for Kultursociologi. Københavns Universitet. Manuskript.
- Klitgaard, V. (1988a). *Tysk psykiatri i det 19. århundrede. Sammenhængen mellem samfundsudviklingen i Tyskland og psykiatriens teori og praksis, med specielt henblik på etableringen af skizofreni som sygdomsenhed*. Repro-Serie, 1988, nr. 4. København. Institut for Kultursociologi. Københavns Universitet.
- Klitgaard, V. (1988b). "Brug og misbrug af psykiatriske begreber". København. Institut for Kultursociologi. Københavns Universitet. Manuskript til Magisterkonferens.
- Klitgaard, V. (1989). "Fænomenologiske teorier om skizofreni. Tysk psykiatri i det 19. og 20. århundrede". *Nordisk Psykologi*, 1, pp. 61-66.
- Klitgaard, V. (1993). "På besøg hos en fremmed stamme". *Social Kritik*, 24, pp. 8-30.
- Knudsen, H.C. et al. (1992). *Distriktspsykiatri i København. En evaluering af de første to år*. København. Institut for Social Medicin. Københavns Universitet.
- Knudsen, M. (2014). "Metodisk overrasket – om systemteori og funktionel metode". Harste, G. & Knudsen, M. (red.). *Systemteoretiske analyser. At anvende Luhmann*. København. Nyt fra samfundsvidenskaberne, pp. 19-40.
- Kolle, K. (1956). "Emil Kraepelin". Kolle, K. (Hrsg.). *Grosse Nervenärzzte*. Bd. I. Stuttgart. Thieme, pp. 175-186.
- Kraepelin, E. (1900). *Die psychiatrische Aufgaben des Staates*. Jena. Gustav Fischer.

- Kraepelin, E. (1903 & 1904). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 7. vielfach umgearbeitete Auflage. Bd. I, 1903. Bd. II, 1904, Leipzig, J.A. Barth.
- Kraepelin, E. (1916). *Einführung in die psychiatrische Klinik*. 3. Völlig umgearbeitete Auflage. Leipzig, J.A. Barth.
- Kraepelin, E. (1918). « Hundert Jahre Psychiatrie ». *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 38, pp. 161-238.
- Kragh, J.V. (red.) (2008). *Psykiatriens historie i Danmark*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Kringlen, E. (2003). *Psykiatriens samtidshistorie*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Kroska, A. et al. (2014). "Illness Labels and Social Distance". *Society and Mental Health*, 4(3), pp. 215-234.
- Krönig, F.K. (2009). "Die Entdeckung des Gemeinsamen. Musikalische und poetische Kommunikation jenseits von Krankheit und Gesundheit". Köln. Ein soziokulturelles Projekt der offenen Jazz Haus Schule. Manuskript.
- Kunwald, E.O. et al. (2019). *Statusrapport for Survive - lad de døde gavne de levende. Et obduktionsbaseret studie af årsagerne til tidlig død blandt personer med psykisk sygdom*. København. Retsmedicinsk Institut. Københavns Universitet. Online: <http://www.retsmedicin.ku.dk>
- Kvale, S. (2002). *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Københavns Kommune. Direktoratet for Hospitalsvæsen. (1985). "Rapport vedrørende etablering af distriktspsykiatri i Københavns Kommune". Manuskript.
- Københavns Kommune. Direktoratet for Københavns Hospitalsvæsen. (1987). *Forslag til psykiatriplan for Københavns Kommune 1988–2000*. København.
- København. Københavns Statistiske Kontor. 1991. *Københavns Statistiske Årbog 1991*. København.
- Kåver, A. (2014). *Social ångest. Att känna sig granskad och bortgjord*. Tredje reviderade och utökade utgåvan. Stockholm. Natur & Kultur.
- Laing, R.D. (1959). *The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness*. Penguin Books Ltd. Reprint 1970. Harmondsworth.
- Laing, R.D. & Esterson, A. (1964). *Sanity, Madness and the Family. Families of Schizophrenics*. Penguin Books. Reprint 1974. Harmondsworth.
- Lamb, H.R. & Goertzel, V. (1971). "Discharged Mental Patients - Are They Really in the Community?" *Archives of General Psychiatry*, 24, pp. 29-34.
- Lantéri-Laura, G. (1963). *La Psychiatrie Phénoménologique. Fondements philosophiques*. Paris. Presses Universitaires de France.

- Lantéri-Laura, G. (1972). "La chronicité dans la psychiatrie française moderne. Note d'histoire théorique et sociale". *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*. 27(3), pp. 548-568.
- Larson, M.S. (1977). *The rise of Professionalism. Monopolies of Competence and Sheltered Markets*. With a New Introduction by the Author, 2013. New Jersey. Transaction Publishers.
- Lee, D.B. & Brosziewski, A. (2007). "Participant Observation and Systems Theory: Theorizing the Ground". *Soziale Welt*, 58, pp. 255-269.
- Leppänen, V. (2018). *Maktrelationer i ett lokalt inflytanderåd inom psykiatrin*. Research Reports 2018:1. Network for Research in Criminology and Deviant Behavior at Lund University.
- Lindell, L. (2003). *Mellan frisk och sjuk. En studie av psykiatrisk öppenvård*. Lund. Lund Dissertations in Sociology 53.
- Link, B.G. et al. (1999). "Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness and Social Distance". *American Journal of Public Health*, 89(9), pp. 1328-1333.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). "Conceptualizing stigma". *Annual Review of Sociology*, 27, pp. 363-385.
- Link, B.G. et al. (2001). "Stigma as a Barrier to Recovery. The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People with Mental Illness". *Psychiatric Services*, 52(12), pp. 1621-1626.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2013). "Labeling and Stigma". Aneshensel, C.S. Phelan, J.C. & Bierman, A. (eds.) *Handbook of the Sociology of Mental Health*. 2. Edition. New York. Springer, pp. 525-541.
- Luhmann, N. (1962). "Funktion und Kausalität". *Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme*. Wiesbaden. VS Verlag 2005, pp. 11-38.
- Luhmann, N. (1964a). *Funktionen und Folgen formaler Organisation. Mit einem Epilog 1994*. Fünfte Auflage 1999. Berlin. Duncker & Humblot.
- Luhmann, N. (1964b). "Funktionale Methode und Systemtheorie". *Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme*. 7. Auflage 2005. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 39-67.
- Luhmann, N. (1968). *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*. 4. Auflage, 2000. Stuttgart. Lucius & Lucius.
- Luhmann, N. (1969). "Normen in soziologischer Perspektive". Horster, D. (Hrsg.). *Die Moral der Gesellschaft*. Erste Auflage, 2008. Frankfurt. Suhrkamp Taschenbuch, pp. 25-55.

- Luhmann, N. (1971). "Sinn als Grundbegriff der Soziologie". Habermas, J. & Luhmann, N. *Theorie-Diskussion. Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie - Was leistet die Systemforschung?* Frankfurt am Main. Suhrkamp Verlag, 1975, pp. 25-100.
- Luhmann, N. (1972). "Einfache Sozialsysteme". *Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft*. 5. Auflage, 2005. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 25-47.
- Luhmann, N. (1973). "Formen des Helfens in Wandel gesellschaftlicher Bedingungen". *Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft*. 5. Auflage, 2005. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 167-186.
- Luhmann, N. (1975a). "Interaktion, Organisation, Gesellschaft". *Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft*. 5. Auflage, 2005. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 9-24.
- Luhmann, N. (1975b). "Konfliktpotentiale in sozialen Systemen". Landeszentrale für politische Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). *Der Mensch in den Konfliktfeldern der Gegenwart*. Köln. Verlag Wissenschaft und Politik. Berend von Nottbeck, pp. 67-74.
- Luhmann, N. (1975c). *Macht*. 3. Auflage, 2003. Stuttgart. Lucius & Lucius.
- Luhmann, N. (1976). "Allgemeine Theorie organisierter Sozialsysteme". *Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft*. 5. Auflage, 2005. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 48-62.
- Luhmann, N. (1977). "Interpenetration – Zum Verhältnis personaler und sozialer Systeme". *Soziologische Aufklärung 3. Soziales System, Gesellschaft, Organisation*. 4. Auflage, 2005. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 172-192.
- Luhmann, N. (1978a). "Soziologie der Moral". Horster, D. (Hrsg.). *Die Moral der Gesellschaft*. Erste Auflage, 2008. Frankfurt am Main. Suhrkamp Taschenbuch, pp. 56-162.
- Luhmann, N. (1978b). "Erleben und Handeln". *Soziologische Aufklärung 3. Soziales System, Gesellschaft, Organisation*. 4. Auflage, 2005. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 77-92.
- Luhmann, N. (1979). "Schematismen der Interaction". *Soziologische Aufklärung 3. Soziales System, Gesellschaft, Organisation*. 4. Auflage, 2005. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 93-114.
- Luhmann, N. (1980a). *Rechtssoziologie*. 4. Auflage, 2008. Wiesbaden. VS Verlag.
- Luhmann, N. (1980b). "Gesellschaftliche Struktur und semantische Tradition". *Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft. Band I*. Frankfurt am Main. Suhrkamp Taschenbuch, pp. 9-71.

- Luhmann, N. (1981). "Die Unwahrscheinlichkeit der Kommunikation". *Soziologische Aufklärung 3, Soziales System, Gesellschaft, Organisation*. 4. Auflage, 2005. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 29-40.
- Luhmann, N. (1983a). "Medizin und Gesellschaftstheorie", 1983a. *Medizin, Mensch, Gesellschaft*. No. 8. Stuttgart. Ferdinand Enke Verlag, pp. 168-175.
- Luhmann, N. (1983b). "Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht". Herder-Dorneich, P. & A. Schuller, A. (Hrsg.) *Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt*. Stuttgart-Berlin-Köln. Kohlhammer, pp. 28-49.
- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Erste Auflage, 1987. Frankfurt am Main. Suhrkamp Taschenbuch.
- Luhmann, N. (1985). "Complexity and Meaning". *Essays on Self-Reference*. New York. Columbia University Press, 1990, pp. 80-85.
- Luhmann, N. (1986a). "The Autopoiesis of Social Systems". *Essays on Self-Reference*. New York. Columbia University Press, 1990, pp. 1-20.
- Luhmann, N. (1986b). *Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen*. 5. Auflage, 2008. Wiesbaden VS Verlag.
- Luhmann, N. (1987a). "The Evolutionary Differentiation Between Society and Interaction" i Alexander, J.C., Giesen, B., Munch, R. & Smelser, N.J. (eds.) *The Micro-Macro Link*. Berkeley-Los Angeles-London. University of California Press, pp. 112-131.
- Luhmann, N. (1987b). "Die Moral des Risikos und das Risiko der Moral". Horster, D. (Hrsg.) *Die Moral der Gesellschaft*. Erste Auflage, 2008. Frankfurt. Suhrkamp Taschenbuch, pp. 362-374.
- Luhmann, N. (1987c). "Was ist kommunikation?". *Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch*. 3. Auflage, 2008. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 109-120.
- Luhmann, N. (1987e). "Autopoiesis als soziologischer Begriff". Jahraus, O. (Hrsg.). *Niklas Luhmann. Aufsätze und Reden*. 2001. Stuttgart. Philipp Reclam jun., pp. 137-158.
- Luhmann, N. (1988a). "Selbstreferentielle Systeme". Simon, F.B. (Hrsg.). *Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemische Therapie*. Berlin. Heidelberg. New York. Springer-Verlag, pp. 47-53.
- Luhmann, N. (1988b). "Therapeutische Systeme – Fragen an N. Luhmann". Simon, F.B. (Hrsg.). *Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemische Therapie*. Berlin. Heidelberg. New York. Springer-Verlag, pp. 124-138.

- Luhmann, N. (1988d). "Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives, i Gambetta, D. (ed.) *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*. Oxford. Basil Blackwell, pp. 94-107.
- Luhmann, N. 1988e. "Sozialsystem Familie". *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*. 3. Auflage. Wiesbaden. 2005. VS Verlag, pp. 189-209.
- Luhmann, N. (1989a). "Geheimnis, Zeit und Ewigkeit". Luhmann, N. & Fuchs, P. *Reden und Schweigen*. Frankfurt am Main. Suhrkamp Taschenbuch Verlag, pp. 101-137.
- Luhmann, N. (1990b). "Gleichzeitigkeit und Synchronisation". *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*. 3. Auflage, 2005. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 92-125.
- Luhmann, N. (1990c). "Der medizinische Code". *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*. 3. Auflage, 2005. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 176-188.
- Luhmann N. (1990d). *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Erste Auflage, 1992. Frankfurt am Main. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Luhmann, N. (1990e). "Risiko und Gefahr". *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*. 3. Auflage, 2005. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 126-162.
- Luhmann, N. 1990f. "Glück und Unglück der Kommunikation in Familien: Zur Genese von Pathologien". *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*. 3. Auflage. 2005. Wiesbaden. VS Verlag, pp 210-219
- Luhmann, N. (1991a). *Soziologie des Risikos*. Unveränderte Nachdruck der Ausgabe von 1991. 2003. Berlin. New York. Walter de Gruyter.
- Luhmann, N. (1991b). "Die Form "Person". *Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch*. 3. Auflage, 2008. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 137-148.
- Luhmann, N. (1992a). "Die Beschreibung der Zukunft". *Beobachtungen der Moderne*. 2. Auflage, 2006. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 129-147.
- Luhmann, N. (1993a). "Was ist der Fall" und "Was steckt dahinter"? Die zwei Soziologien und die Gesellschaftstheorie". *Zeitschrift für Soziologie*. 22(4), pp. 245-260.
- Luhmann, N. (1993b). "Gesellschaftstheorie und Normentheorie". Fazis, U. & Nelt, J.C. (Hrsg.). *Gesellschaftstheorie und Normentheorie. Symposium zum Gedenken an Theodor Geiger*. Universität Basel, 1993. Peter Lang. International Academic Publishers, pp. 15-29.
- Luhmann, N. (1994). "Inklusion und Exklusion". *Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch*. 3. Auflage, 2008. Wiesbaden. VS Verlag, pp. 226 -251.

- Luhmann, N. (1995a). "Die Behandlung von Irritationen". *Gesellschaft und Semantik. Studien Zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft*. Band 4, 1. Auflage, 1999. Frankfurt am Main. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, pp. 55-100.
- Luhmann, N. (1995b). *Die Realität der Massenmedien*. 3. Auflage, 2004. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Luhmann, N. (1995c). *Die Kunst der Gesellschaft*. 2. Auflage, 1996. Frankfurt am Main. Suhrkamp Verlag.
- Luhmann, N. (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. 1. Auflage, 1998. Frankfurt am Main. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Luhmann, N. (2002a). *Einführung in die Systemtheorie. Vorlesungen 1991-1992*. Baecker, D. (Hrsg.). 3. Auflage, 2006. Heidelberg. Carl-Auer Verlag.
- Luhmann, N. (2002b). *Das Erziehungssystem der Gesellschaft*. Lenzen, D. (Hrsg.). 1. Auflage. Frankfurt am Main. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Luhmann, N. (2005). *Einführung in die Theorie der Gesellschaft. Vorlesungen 1992-1993*. Baecker, D. (Hrsg.). 1. Auflage, 2005. Heidelberg. Carl-Auer Verlag.
- Luhmann, N. (2006). *Organisation und Entscheidung*. Manuskript der 1990-Jahren. Baecker, D. & Voss, S. (Hrsg.). 2. Auflage, 2006. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Løchen, Y. (1965). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. En sosiologisk fortolkning*. 2. utgave med ny innledning af forfatteren 1976. 2. opplag, 1984. Oslo. Bergen. Stavanger. Tromsø. Universitetsforlaget.
- Main, T. (1977). "The Concept of the Therapeutic Community: Variations and Vicissitudes". *Group Analysis*, vol. 10 (supplement), pp. 2-16.
- Mathiesen, T. (1965). *The Defenses of the Weak. A Sociological Study of a Norwegian Correctional Institution*, London. Tavistock Publications.
- May, T. (2011). *Social Research. Issues, Methods and Process*. 4. Edition. Berkshire. Open University Press.
- McHugh, P. (1968). *Defining the Situation. The Organization of Meaning in Social Interaction*. Indianapolis and New York. The Bobbs-Merrill Company.
- Mechanic, D. & Rochefort (1990). "Deinstitutionalization: An Appraisal of Reform". *Annual review of Sociology*. 16, pp. 301-327.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *La Phénoménologie de la Perception*. Paris, 1961. Librairie Gallimard.
- Midenet, M. (1972). "La conception de la schizophrénie dans la psychiatrie allemande des années 1920 à 1933" & Baruk, H. "Commentaire". *L'Encéphale*, 4, pp. 333-349.

- Miller, A. (1981). *Du sollst nicht merken. Die Realität der Kindheit und die Dogmen der Psychoanalyse*. 19. Auflage, 2012. Frankfurt am Main. Suhrkamp Taschenbuch.
- Miller, A. (1988). *Das verbannte Wissen*. 10. Auflage, 2013. Frankfurt am Main. Suhrkamp Taschenbuch.
- Minkowski, E. (1925). "La Génèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels". *L'Evolution psychiatrique*. I, pp. 193-236.
- Minkowski, E. (1927). *La Schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. 1997, Édition de poche. 2002, Édition de poche Payot & Rivages pour la présente édition. Paris.
- Minkowski, E. (1933). *Le temps vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*. Delachaux & Niestlé, 1968. Neuchâtel.
- Mintzberg, H. (1983). *Structures in Fives. Designing Effective Organizations*. New Jersey. Prentic-Hall.
- Mishler, E. G. (1984). *The Discourse of Medicine. Dialectics of the Medical Interview*. New Jersey. Ablex Publishing.
- Morgan, D. (1975). "Explaining Mental Illness". *Archives Européennes de Sociologie*, 16, pp. 262-280.
- Mors, O., Nordentoft, M. & Hageman, I. (red.) (2017). *Klinisk psykiatri*. 4. udgave, 2. reviderede oplag. København. Munksgaard.
- Myers, J.K. & Roberts, B.H. (1959). *Family and Class Dynamics in Mental Illness*. New York. John Wiley and Sons.
- Nassehi, A. (1997). "Kommunikation verstehen". Sutter, T. (Hrsg.) *Beobachtung verstehen, Verstehen Beobachten. Perspektiven einer konstruktivistischen Hermeneutik*. Wiesbaden. VS Verlag für Socialwissenschaften, pp. 134-163.
- Nassehi, A. & Saake, I. (2002). "Kontingen:z Methodisch verhindert oder beobachtet?" *Zeitschrift für Soziologie*. 31(1), pp. 66-86.
- Nielsen, J. (1981). *Tysklands industrialisering 1830-1914 – baggrund og forløb, politiske og sociale konsekvenser*. Gjellerup. Systeme.
- Olsen, L., Ploug, N., Andersen, L. & Juul, J.S. (2012). *Det danske klassesamfund. Et socialt Danmarksportræt*. København. Gyldendal.
- Oute, J. & Jørgensen, K. (red.) (2021). *Recovery-orienterede praksisser i velfærdsinstitutioner og civilsamfund*. 1. udgave. København. Samfundslitteratur.
- Parsons, T. (1951a). *Social Systems*. First Free Press Paperback Edition 1964, 4. Printing, 1968. New York. The Free Press.
- Parsons, T. (1951b). "Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective". *American Journal of Orthopsychiatry*, 21, pp. 452-460.

- Parsons, T. & Bales, R.F. (eds.) (1956). *Family. Socialization and Interaction Process*. Reprinted 1964. London. Routledge & Kegan Paul.
- Parsons, T. (1957). "The Mental Hospital as a Type of Organization". Greenblatt, M., Levinson, D.L. & Williams, R.H. (eds.) *The Patient and the Mental Hospital*. Chicago. Glencoe: The Free Press, pp. 108-129.
- Parsons, T. (1958). "Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and social Structure". Jaco, E.G. (ed.) *Patients, Physicians and Illness: Sourcebook in Behavioral Science and Medicine*. Chicago. Glencoe: Free Press, pp. 165-187.
- Persson, A. (2012). *Ritualisering och sårbarhed. Ansikte mot ansikte med Goffmanns perspektiv på social interaktion*. Malmö. Liber.
- Poulsen, H.D. (red.) (2010). *Basisbog i psykiatri*. 1. udgave, 3. oplag, 2014. København. Munksgaard.
- Rapoport, R.N. (1959). *Community as Doctor. New Perspectives on a Therapeutic Community*. London. Tavistock Publications.
- Rhodes, L.A. (1984). "This Will Clear Your Mind. The Use of Metaphors for Medication in Psychiatric Settings". *Culture, Medicine and Psychiatry*. 8, pp. 49-70.
- Rhodes, L.A. (1991). *Emptying Beds. The Work of an Emergency Psychiatric Unit*. Berkeley. Los Angeles. Oxford. University of California Press.
- Riesman, D. (1960). "The Oral and Written Traditions". Carpenter, E. & McLuhan, M. (eds.) *Explorations in Communication. An Anthology*. First Published in Great Britain 1970. London. Jonathan Cape, pp. 109-116.
- Ringer, A. (2013). *Listening to Patients. A Study of Illness Discourses, Patient Identities and User Involvement in Contemporary Psychiatric Practice*. Roskilde. Kopicentralen. Roskilde University.
- Rogers, A. & Pilgrim, D. (2014). *A Sociology of Mental Health and Illness*. First published 1993. 5th Editon, 2014. New York. Open University Press.
- Rosenbaum, B. & Sonne, H. (1979). *Det er et bånd der taler. Analyser af sprog og krop i psykosen*. Revideret udgave. 1994. København. Gyldendal.
- Rosenhan, D.L. (1973). "On Being Sane in Insane Places". *Science. New Series*, 179, pp. 250-258.
- Rowland H. (1938). "Interaction Processes in the State Mental Hospital". *Psychiatry*. 1, pp. 323-337.
- Rowland, H. (1939a). "Friendship Patterns in the State Mental Hospital". *Psychiatry*. 3, pp. 363-373.

- Rowland, H. (1939b). "Segregated Communities and Mental Health". *Mental Health*. 9, pp. 263-268.
- Rubington, E. (1972). "Informal Organization of Psychiatric Patients". *International Journal of Social Psychiatry*. 18, pp. 287-300.
- Ruesh, J. & Bateson, G. (1951). *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*. Reprint 1987. New Brunswick & London. 2008 by Transaction Publishers.
- Ruf, G.D. (2005). *Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch*. Dritte Auflage. 2015. Stuttgart. Fachbuch Klett-Cotta.
- Sagarra, E. (1977). *A Social History of Germany 1648-1914*. New York. Holmes & Meier.
- Sandin, B. (1993). "Psychiatric Symptoms". Hansen, J.B. (red.) *Crossing the Borders. Psychotherapy of Schizophrenia*. Ludvika. Dualis Förlag A. B., pp. 12-28.
- Sandin, B. (1986). *Den zebrarandige pudelkärnan*. Kristiansstad. Rabén & Sjögren.
- Scheff, T. (1966). *Being Mentally Ill. A Sociological Theory*. New York. Aldine Publishing Company, Thirteenth Printing, 1979.
- Schnittker, J. (2017). *The Diagnostic System. Why the Classification of Psychiatric Disorders is Necessary, Difficult and Never Settled*. New York. Columbia University Press.
- Schnitzer, P.K. (1996). "They Don't Come In". *American Journal of Orthopsychiatry*. 66(4), pp. 572-582.
- Schulze, R. (1967). "Nya mål i socialvården". *Psykisk Hälsa*, 2, pp. 83-91.
- Schwarz, M.C. & C.G. Schwarz (1955). "Problems in Participant Observation". *The American Journal of Sociology*, 60(4), pp. 343-353.
- Scull, A. (1975). "From Madness to Mental Illness". *Archives Européennes de Sociologie*. 16, pp. 218-251.
- Scull, A. (2006). *The Insanity of Place/The Place of Insanity. Essays in the History of Psychiatry*. London and New York. Routledge.
- Scull, A. (2015). *Madness in Civilization. A Cultural History of Insanity from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*. Princeton and Oxford. Princeton University Press.
- Schutt, R.K., Seidman, L.J. & Keshavan, M.S. (eds.) (2015). *Social Neuroscience. Brain, Mind and Society*. Cambridge and London. Harvard University Press.
- Sherif, M. & Sherif, C. (1956). *An Outline of Social Psychology. Revised edition*. New York. Evanston. London. Harper & Row.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry, From the Era of the Asylum to the Era of Prozac*. New York. John Wiley and Sons.

- Silverman, D. (1985). *Qualitative Methodology & Sociology. Describing the Social World*. Hants. Gower.
- Simonsen, E. & Møhl, B. (red.) (2010). *Grundbog i psykiatri*. 1. udgave, 4. oplag, 2013. København. Hans Reitzels Forlag.
- Simonsen, E. & Møhl, B. (red.) (2017). *Grundbog i psykiatri*. 2. udgave, 2. oplag, 2019. København. Hans Reitzels Forlag.
- Sjølund, A. (1965). *Gruppesykologi*. Gyldendals Pædagogiske Bibliotek, 1967. København. Nordisk Forlag.
- Skatvedt, A. (2017). "The Importance of "Empty Gestures" in Recovery: Being Human Together". *Symbolic Interaction*, 40(3), pp. 396-413.
- Skatvedt, A. (2020). *Bedringens sosiologi. Om potensialet i hverdagslig samhandling*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Smith, H. & Trasher, J. (1963). "Roles, Cliques and Sanctions: Dimensions of Patient Society". *International Journal of Social Psychiatry*. 9, pp. 184-191.
- Srole, L. et al. (1962). *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*. Revised and enlarged edition. Book One 1975. Book Two 1977. New York. Harper Torchbooks.
- Stanton, A.H. & Schwartz, M.S. (1954). *The Mental Hospital. A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*. London. Tavistock.
- Stichweh, R. (1998). "Raum, Region und Stadt in der Systemtheorie". *Soziale Systeme*. 4(2). Verlag Leske + Budrich. Opladen, pp. 341-358.
- Stichweh, R. (2003). "Niklas Luhmann (1927-1998)". Kaesler, D. (Hrsg.). *Klassiker der Soziologie. 2: Von Talcott Parsons bis Anthony Giddens*. München. Verlag C.H. Beck oHG, pp. 240-264.
- Strauss, A. et al. (1963). "The Hospital and Its Negotiated Order". Freidson, E. (ed.) *The Hospital in Modern Society*. London. Glencoe, pp. 147-169.
- Strömrgren, E. (1939). *Psykiatri. På grundlag af Jens Christian Smith: Psykiatriske Forelesninger*. 9. udgave, 1967. København. Munksgaard
- Sundin, B. (1974). *Individ, Institution, Ideologi*. 1. udgave, 2. oplag, 1974. København. Munksgaard.
- Szasz, T.S. (1961). *The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Paladin Edition, 1972. Reprinted 1975. Herts. Granada Publishing.
- Sørensen, L.J. (1996). *Særpræg. Særhed. Sygdom. Integrativ psykoseterapi*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1984). *Introduction to Qualitative Research Methods. The Search for Meanings*. Second Edition. New York. John Wiley and Sons.

- Teicher, M.H. (2000). "Wounds That Time Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse". *Cerebrum. The Dana Forum on Brain Science*. 2(4), pp. 50-67.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. 3. utgave. Bergen. Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. 5. utgave/1. opplag. Bergen. Fagbokforlaget.
- Thoits, P.A. & Link, B.G. (2016). "Stigma Resistance and Well-being among People in Treatment for Psychosis". *Society and Mental Health*, 6(1), pp. 1-20.
- Tonboe, J.C. (red.) (1988). *Storbyens sosiologi*. Aalborg. Aalborg Universitetsforlag.
- Topor, A. (1997). *Att återhämta sig från svåra psykiska störningar. En litteraturstudie. Rapport 9*. FoU-enheten/psykiatri. Västra Stockholms Sjukvårdsområde.
- Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm. Natur och Kultur.
- Udvalget Vedrørende Videnskabelig Uredelighed (UVVU). *Beretning 1993*. Forskningsrådene, 1994. København.
- Van Maanen, J. (1988). *Tales of the Field. On Writing Ethnography*. Chicago and London. The University of Chicago Press.
- Warner, R. (1994). *Recovery from Schizophrenia. Psychiatry and Political Economy*. Second Edition. London and New York. Routledge.
- Warner, R. (2009). "Recovery from Schizophrenia and the recovery model". *Current Opinion in Psychiatry*. 22, pp. 374-380.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*. London. Faber & Faber.
- Weber, M. (1904/1905). *Die Protestantische Ethik und der "Geist" des Kapitalismus*. 2. Fassung, 1920. 2. Auflage, 1996. Weinheim. Belz Athenäum Verlag.
- Weber, M. (1921). *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*. 5. revidierte Auflage. Studienausgabe, 1972. Tübingen. J.B.C. Mohr
- Whooley, O. (2014). "Nosological Reflections: The Failure of DSM-5, the Emergence of DCoC, and the Decontextualization of Mental Illness". *Society and Mental Health*. 4(2), pp. 92-110.
- Whooley, O. (2019). *On the Heels of Ignorance: Psychiatry and the Politics of not Knowing*. Chicago. London. University of Chicago Press.
- Williams, T.R. (1967). *Field Methods in the Study of Culture*. New York. Holt, Reinhart and Winston.

- Winnicott, D.W. (1965). *The Family and individual Development*. Routledge Classics, 2006. London and New York.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. Routledge Classics, 2005. London and New York.
- Wyrsh, J. (1957). "Über Geschichte der Psychiatrie". *Psychiatria et Neurologia*. 100, pp. 21-41.
- Årsrapport. Distriktpsikiatrisk Center Cirklen. Et år i et distriktpsikiatrisk forsøgscenter i Københavns Kommune. 01.04.1989-31.03.1990.
- Årsrapport 1990. Distriktpsikiatrisk Center Kvadratet.
- Årsrapport. Distriktpsikiatrisk Center Cirklen v/xxxxHospital 1990-1991.
- Årsrapport 1991. Distriktpsikiatrisk Center Kvadratet.

Publikationer från Sociologiska institutionen Lunds universitet

Beställning och aktuella priser på:
bokshop.lu.se
Böckerna levereras mot faktura eller kortbetalning.

Lund Dissertations in Sociology (ISSN 1102-4712)

- 13 Neergaard, Anders *Grasping the Peripheral State: A Historical Sociology of Nicaraguan State Formation* 401 sidor ISBN 91-89078-00-4 (1997)
- 14 Jannisa, Gudmund *The Crocodile's Tears: East Timor in the Making* 328 sidor ISBN 91-89078-02-0 (1997)
- 15 Naranjo, Eduardo *Den auktoritära staten och ekonomisk utveckling i Chile: Jordbruket under militärregimen 1973-1981* 429 sidor ISBN 91-89078-03-9 (1997)
- 16 Wangel, Arne *Safety Politics and Risk Perceptions in Malaysian Industry* 404 sidor ISBN 91-89078-06-3 (1997)
- 17 Jönhill, Jan Inge *Samhället som system och dess ekologiska omvärld: En studie i Niklas Luhmanns sociologiska systemteori* 521 sidor ISBN 91-89078-09-8 (1997)
- 18 Lindquist, Per *Det klyvbara ämnet: Diskursiva ordningar i svensk kärnkraftspolitik 1972-1980* 445 sidor ISBN 91-89078-11-X (1997)
- 19 Richard, Elvi *I första linjen: Arbetsledares mellanställning, kluvenhet och handlingsstrategier i tre organisationer* 346 sidor ISBN 91-89078-17-9 (1997)
- 20 Einarsdotter-Wahlgren, Mia *Jag är konstnär! En studie av erkännandeprocessen kring konstnärskapet i ett mindre samhälle* 410 sidor ISBN 91-89078-20-9 (1997)
- 21 Nilsson-Lindström, Margareta *Tradition och överskridande: En studie av flickors perspektiv på utbildning* 165 sidor ISBN 98-89078-27-6 (1998)
- 22 Popoola, Margareta *Det sociala spelet om Romano Platso* 294 sidor ISBN 91-89078-33-0 (1998)
- 23 Eriksson, Annika *En gangster kunde kanske älska sin mor... Produktionen av moraliska klichéer i amerikanska polis- och deckarserier* 194 sidor ISBN 91-89078-36-5 (1998)

- 24 Abebe Kebede, Teketel *'Tenants of the State': The Limitations of Revolutionary Agrarian Transformation in Ethiopia, 1974-1991* 364 sidor ISBN 91-89078-38-1 (1998)
- 25 Leppänen, Vesa *Structures of District Nurse – Patient Interaction* 256 sidor ISBN 91-89078-44-6 (1998)
- 26 Idof Ståhl, Zeth *Den goda viljans paradoxer: Reformers teori och praktik speglade i lärarens erfarenheter av möten i skolan* 259 sidor ISBN 91-89078-45-4 (1998)
- 27 Gustafsson, Bengt-Åke *Symbolisk organisering: En studie av organisatorisk förändring och meningsproduktion i fyra industriföretag* 343 sidor ISBN 91-89078-48-9 (1998)
- 28 Munk, Martin *Livsbaner genom et felt: En analyse af eliteidrætsudøveres sociale mobilitet og rekonversioner of kapital i det sociale rum* 412 sidor ISBN 91-89078-72-1 (1999)
- 29 Wahlin, Lottie *Den rationella inbrottstjuven? En studie om rationalitet och rationellt handlande i brott* 172 sidor ISBN 91-89078-85-3 (1999)
- 30 Mathieu, Chris *The Moral Life of the Party: Moral Argumentation and the Creation of meaning in the Europe Policy Debates of the Christian and Left-Socialist Parties in Denmark and Sweden 1960–1996* 404 sidor ISBN 91-89078-96-9 (1999)
- 31 Ahlstrand, Roland *Förändring av deltagandet i produktionen: Exempel från slutmonteringsfabriker i Volvo* 165 sidor ISBN 91-7267-008-8 (2000)
- 32 Klintman, Mikael *Nature and the Social Sciences: Examples from the Electricity and Waste Sectors* 209 sidor ISBN 91-7267-009-6 (2000)
- 33 Hultén, Kerstin *Datorn på köksbordet: En studie av kvinnor som distansarbetar i hemmet* 181 sidor ISBN 91-89078-77-2 (2000)
- 34 Nilsén, Åke ”En empirisk vetenskap om duet”: *Om Alfred Schutz bidrag till sociologin* 164 sidor ISBN 91-7267-020-7 (2000)
- 35 Karlsson, Magnus *Från Jernverk till Hjörnverk: Ungdomstidens omvandling i Ronneby under tre generationer* 233 sidor ISBN 91-7267-022-3 (2000)
- 36 Stojanovic, Verica *Unga arbetslösas ansikten: Identitet och subjektivitet i det svenska och danska samhället* 237 sidor ISBN 91-7267-042-8 (2001)
- 37 Knopff, Bradley D. *Reservation Preservation: Powwow Dance, Radio, and the Inherent Dilemma of the Preservation Process* 218 sidor ISBN 91-7267-065-7 (2001)
- 38 Cuadra, Sergio *Mapuchefolket – i gränsernas land: En studie av autonomi, identitet, etniska gränser och social mobilisering* 247 sidor ISBN 91-7267-096-7 (2001)
- 39 Ljungberg, Charlotta *Bra mat och dåliga vanor: Om förtroendefulla relationer och oroliga reaktioner på livsmedelsmarknaden* 177 sidor ISBN 91-7267-097-5 (2001)

- 40 Spännar, Christina *Med främmande bagage: Tankar och erfarenheter hos unga människor med ursprung i annan kultur, eller Det postmoderna främlingskapet* 232 sidor ISBN 91-7267-100-9 (2001)
- 41 Larsson, Rolf *Between Crisis and Opportunity: Livelihoods, diversification, and inequality among the Meru of Tanzania* 519 sidor Ill. ISBN 91-7267-101-7 (2001)
- 42 Kamara, Fouday *Economic and Social Crises in Sierra Leone: The Role of Small-scale Entrepreneurs in Petty Trading as a Strategy for Survival 1960-1996* 239 sidor ISBN 91-7267-102-5 (2001)
- 43 Höglund, Birgitta *Ute & Inne: Kritisk dialog mellan personalkollektiv inom psykiatrin* 206 sidor ISBN 91-7267-103-3 (2001)
- 44 Kindblad, Christopher *Gift and Exchange in the Reciprocal Regime of the Miskito on the Atlantic Coast of Nicaragua, 20th Century* 279 sidor ISBN 91-7267-113-0 (2001)
- 45 Wesser, Erik *"Har du varit ute och shoppat, Jacob?" En studie av Finansinspektionens utredning av insiderbrott under 1990-talet* 217 sidor ISBN 91-7267-114-9 (2001)
- 46 Stenberg, Henrik *Att bli konstnär: Om identitet, subjektivitet och konstnärskap i det senmoderna samhället* 219 sidor ISBN 91-7267-121-1 (2002)
- 47 Copes, Adriana *Entering Modernity: The Marginalisation of the Poor in the Developing Countries. An Account of Theoretical Perspectives from the 1940's to the 1980's* 184 sidor ISBN 91-7267-124-6 (2002)
- 48 Cassegård, Carl *Shock and Naturalization: An inquiry into the perception of modernity* 249 sidor ISBN 91-7267-126-2 (2002)
- 49 Waldo, Åsa *Staden och resandet: Mötet mellan planering och vardagsliv* 235 sidor ISBN 91-7267-123-8 (2002)
- 50 Stierna, Johan *Lokal översättning av svenskhet och symboliskt kapital: Det svenska rummet i Madrid 1915–1998.* 300 sidor ISBN 91-7267-136-X (2003)
- 51 Arvidson, Malin *Demanding Values: Participation, empowerment and NGOs in Bangladesh* 214 sidor ISBN 91-7267-138-6 (2003)
- 52 Zetino Duarte, Mario *Vi kanske kommer igen, om det låser sig: Kvinnors och mäns möte med familjerådgivning* 246 sidor ISBN 91-7267-141-6 (2003)
- 53 Lindell, Lisbeth *Mellan frisk och sjuk: En studie av psykiatrisk öppenvård* 310 sidor ISBN 91-7267-143-2 (2003)
- 54 Gregersen, Peter *Making the Most of It? Understanding the social and productive dynamics of small farmers in semi-arid Iringa, Tanzania* 263 sidor ISBN 91-7267-147-5 (2003)
- 55 Oddner, Frans *Kafékultur, kommunikation och gränser* 296 sidor ISBN 91-7267-157-2 (2003)

- 56 Elsrud, Torun *Taking Time and Making Journeys: Narratives on Self and the Other among Backpackers* 225 sidor ISBN 91-7267-164-5 (2004)
- 57 Jörgensen, Erika *Hållbar utveckling, samhällsstruktur och kommunal identitet: En jämförelse mellan Västervik och Varberg* 242 sidor ISBN 91-7267-163-3 (2004)
- 58 Hedlund, Marianne *Shaping Justice: Defining the disability benefit category in Swedish social policy* 223 sidor ISBN 91-7267-167-X (2004)
- 59 Hägerström, Jeanette *Vi och dom och alla dom andra andra på Komvux: Etnicitet, genus och klass i samspel* 234 sidor ISBN 91-7267-169-6 (2004)
- 60 Säwe, Filippa *Att tala med, mot och förbi varandra: Samtal mellan föräldrar och skolledning på en dövskola* 215 sidor ISBN 91-7267-173-4 (2004)
- 61 Alkvist, Lars-Erik *Max Weber och kroppens sociologi* 271 sidor ISBN 91-7267-178-5 (2004)
- 62 Winsvold, Aina *När arbeidende barn mobiliserer seg: En studie av tre unioner i Karnataka, India* 300 sidor ISBN 91-7267-183-1 (2004)
- 63 Thorsted, Stine *IT-retorik og hverdagsliv: Et studie af fødevarerhandel over Internet* 219 sidor ISBN 91-7267-186-6 (2005)
- 64 Svensson, Ove *Ungdomars spel om pengar: Spelmarknaden, situationen och karriären* 308 sidor ISBN 91-7267-192-0 (2005)
- 65 Lundberg, Anders P. *Om Gemenskap: En sociologisk betraktelse* 248 sidor ISBN 91-7267-193-9 (2005)
- 66 Mallén, Agneta *Trygghet i skärgårdsmiljö: En studie om rädsla för brott i Åland* 218 sidor ISBN 91-7267-195-5 (2005)
- 67 Ryding, Anna *Välviljans variationer: Moraliska gränsdragningar inom brottsofferjourer* 222 sidor ISBN 91-7267-188-2 (2005)
- 68 Burcar, Veronika *Gestaltningar av offererfarenheter: Samtal med unga män som utsatts för brott* 206 sidor ISBN 91-7267-207-2 (2005)
- 69 Ramsay, Anders *Upplysningens självreflexion: Aspekter av Theodor W. Adornos kritiska teori* 146 sidor ISBN 91-7267-208-0 (2005)
- 70 Thelander, Joakim *Mutor i det godas tjänst: Biståndsarbetare i samtal om vardaglig korruption* 194 sidor ISBN 91-7267-211-0 (2005)
- 71 Henecke, Birgitta *Plan & Protest: En sociologisk studie av kontroverser, demokrati och makt i den fysiska planeringen* 272 sidor ISBN 91-7267-213-7 (2006)
- 72 Ingestad, Gunilla *Dokumenterat utanförskap: Om skolbarn som inte når målen* 180 sidor ISBN 91-7267-219-6 (2006)
- 73 Andreasson, Jesper *Idrottens kön: Genus, kropp och sexualitet i lagidrottens vardag* 267 sidor ISBN 91-628-7009-2 (2007)
- 74 Holmström, Ola *Skolpolitik, skolutvecklingsarena och sociala processer: Studie av en gymnasieskola i kris* 249 sidor ISBN 91-7267-229-3 (2007)
- 75 Ring, Magnus *Social Rörelse: Begreppsbildning av ett mångtydigt fenomen* 200 sidor ISBN 91-7267-231-5 (2007)

- 76 Persson, Marcus *Mellan människor och ting. En interaktionistisk analys av samlandet* 241 sidor ISBN 91-7267-238-2 (2007)
- 77 Schmitz, Eva *Systerskap som politisk handling: Kvinnors organisering i Sverige 1968–1982* 362 sidor ISBN 91-7267-244-7 (2007)
- 78 Lundberg, Henrik *Filosofisociologi: Ett sociologiskt perspektiv på filosofiskt tänkande* 225 sidor ISBN 91-7267-245-5 (2007)
- 79 Melén, Daniel *Sjukskrivningssystemet: Sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna* 276 sidor ISBN 91-7267-254-4 (2007)
- 80 Kondrup Jakobsen, Klaus *The Logic of the Exception: A Sociological Investigation into Theological Foundation of Political with specific regard to Kierkegaardian on Carl Schmitt* 465 sidor ISBN 91-7267-265-X (2008)
- 81 Berg, Martin *Självetts garderobiär: Självrelexiva genuselekar och queer socialpsykologi* 230 sidor ISBN 91-7267-257-9 (2008)
- 82 Fredholm, Axel *Beyond the Catchwords: Adjustment and Community Response in Participatory Development in Post-Suharto Indonesia* 180 sidor ISBN 91-7267-269-2 (2008)
- 83 Linné, Tobias *Digitala pengar: Nya villkor i det sociala livet* 229 sidor ISBN 91-7267-282-X (2008)
- 84 Nyberg, Maria *Mycket mat, lite måltider: En studie av arbetsplatsen som måltidsarena* 300 sidor ISBN 91-7267-285-4 (2009)
- 85 Eldén, Sara *Konsten att lyckas som par: Populärterapeutiska berättelser, individualisering och kön* 245 sidor ISBN 91-7267-286-2 (2009)
- 86 Bjerstedt, Daniel *Tryggheten inför rätta: Om rätten till förtidspension enligt förvaltningsdomstolarna under tre decennier* 240 sidor ISBN 91-7267-287-0 (2009)
- 87 Kåhre, Peter *På AI-teknikens axlar: Om kunskapssociologin och stark artificiell intelligens* 200 sidor ISBN 91-7267-289-7 (2009)
- 88 Loodin, Henrik *Biografier från gränslandet: En sociologisk studie om psykiatrins förändrade kontrollmekanismer* 118 sidor ISBN 91-7267-303-6 (2009)
- 89 Eriksson, Helena *Befolkning, samhälle och förändring: Dynamik i Halmstad under fyra decennier* 212 sidor ISBN 91-7267-313-3 (2010)
- 90 Espersson, Malin *Mer eller mindre byråkratisk: en studie av organisationsförändringar inom Kronofogdemyndigheten* 182 sidor ISBN 91-7267-315-X (2010)
- 91 Yang, Chia-Ling *Othring Processes in Feminist Teaching: A case study of an adult educational institution* 184 sidor ISBN 91-7267-318-4 (2010)
- 92 Isaksson, Anna *Att utmana förändringens gränser: En studie om förändringsarbete, partnerskap och kön med Equal-programmet som exempel* 206 sidor ISBN 91-7267-321-4 (2010)

- 93 Hilding, Lars-Olof *”Är det så här vi är”: Om utbildning som normalitet och om produktionen av studenter* 200 sidor ISBN 91-7267-326-5 (2011)
- 94 Berg, Pernille *The Reluctant Change Agent: Change, Chance and Choice among Teachers Educational Change in The City* 196 sidor ISBN 91-7267-331-1 (2011)
- 95 Rahman, Mashiur *Struggling Against Exclusion: Adibasi in Chittagong Hill Tracts, Bangladesh* 202 sidor ISBN 91-7267-334-6 (2011)
- 96 Eklund, Lisa *Rethinking Son Preference: Gender, Population Dynamics and Social Change in the People’s Republic of China* 218 sidor ISBN 978-91-7473-108-8 (2011)
- 97 Gustavsson, Klas *Det vardagliga och det vetenskapliga: Om sociologins begrepp* 260 sidor ISBN 91-7267-336-2 (2011)
- 98 Sjödin, Daniel *Tryggare kan ingen vara: Migration, religion och integration i en segregerad omgivning* 268 sidor ISBN 91-7267-337-0 (2011)
- 99 Ringström, Jonas *Mellan sanning och konsekvens: En studie av den tredje generationens kognitiva beteendeterapier* 268 sidor ISBN 921-7267-338-9 (2011)
- 100 Norstedt, Maria *Berättelser om stroke och arbetsliv: Att upptäcka styranderelationer* 204 sidor ISBN 978-91-7473-182-8 (2011)
- 101 Anving, Terese *Måltidens paradoxer: Om klass och kön i vardagens familjepraktiker* 228 sidor ISBN 91-7267-339-2 (2012)
- 102 Basic, Goran *Samverkan blir kamp: En sociologisk analys av ett projekt i ungdomsvården* 287 sidor ISBN 91-7267-346-X (2012)
- 103 Zettervall, Charlotta *Reluctant Victims into Challengers: Narratives of a Kurdish Political Generation in Diaspora in Sweden* 315 sidor ISBN 978-91-7473-412-6 (2013)
- 104 Apelmo, Elisabet *Som vem som helst: Kön, funktionalitet och idrottande kroppar* 272 sidor ISBN 978-91-7473-408-9 (2012) Utgivare: Bokförlaget Daidalos, Bergsjödalen 54b, 415 23, Göteborg, www.daidalos.se
- 105 Sandgren, Mikael *Europa som nation: En ny stil i nationalismens genre* 242 sidor ISBN 91-7267-356-7 (2013)
- 106 Sandberg, Johan *Social Policy of Our Time? An Inquiry into Evidence, Assumptions, and Diffusion of Conditional Cash Transfers in Latin America* 182 sidor ISBN 91-7267- 365-6 (2014) Kan ej beställas av Media-Tryck. Beställs av författaren.
- 107 Frees Esholdt, Henriette *När humor, leg og lyst er på spil: Social interaktion på en multietnisk arbetsplats* 260 sidor ISBN 978-91-7623-215-6 (2015).
- 108 Vaide, Johan, *Contact Space: Shanghai. The Chinese Dream and the Production of a New Society* 215 sidor ISBN 978-91-7623-231-6 (2015)
- 109 Kolankiewicz, Marta *Anti-Muslim Violence and the Possibility of Justice* 226 sidor ISBN 978-91-7623-257-6 (2015)

- 110 Boethius, Susanne *Män, våld och moralarbete: Rapporter från män som sökt behandling för våld i nära relationer* 262 sidor ISBN 978-91-7623-450-1 (2015)
- 111 Görtz, Daniel *Etnifierade polispraktiker: Hur etnicitet görs i polisens vardag* 337 sidor ISBN 978-91-7267-380-9 (2015)
- 112 Stjärnhagen, Ola *Ekonomisk tillväxt i välfärdskapitalismen: En jämförande studie av BNP per capita-tillväxten i rika OECD-länder 1970–2000*. 168 sidor ISBN 978-91-7623-490-7 (2015)
- 113 Hedman, Karl *Managing Medical Emergency Calls* 281 sidor ISBN 978-91-7623-690-1 (2016)
- 114 Solano, Priscilla *Assisting in the Shadows: Humanitarianism, Shelters and Transit Migration Politics* 250 sidor ISBN 978-91-7753-102-9 (2017)
- 115 Ennerberg, Elin *Destination employment? Contradictions and ambiguities in Swedish labour market policy for newly arrived migrants* 232 sidor ISBN 978-91-7753-204-0 (2017)
- 116 Sunnercrantz, Liv *Hegemony and the Intellectual Function Medialised Public Discourse on Privatisation in Sweden 1988–1993*. 338 sidor ISBN 978-91-7753-471-6 (2017)
- 117 Kaya, Gökhan *Aspirations, Capital and Identity: Four studies on the determinants of life chances for young Swedes with an immigrant background* 163 sidor ISBN 978-91-7753-771-7 (2018)
- 118 Hylmö, Anders *Disciplined reasoning: Styles of reasoning and the mainstream-heterodoxy divide in Swedish economics* 360 sidor ISBN 978-91-7753-788-5 (2018)
- 119 Yakhlef, Sophia *United Agents: Community of Practice within Border Policing in the Baltic Sea Area* 220 sidor ISBN: 978-91-7753-806-6 (2018)
- 120 Flower, Lisa *Loyalty Work: Emotional interactions of defence lawyers in Swedish courtrooms* 266 sidor ISBN 978-91-7753-820-2 (2018)
- 121 Jack, Tullia *Negotiating Conventions: cleanliness, sustainability and everyday life* 166 sidor ISBN 978-91-7267-400-4 (2018)
- 122 Hemmaty, Mona *On the Margins: Migrants, Status Mobility and Recent Turns in Swedish Migration Politics* 203 sidor ISBN 978-91-7895-036-2 (2019)
- 123 Kloppenborg Møller, Henrik *Spectral Jade. Materiality, Conceptualisation, and Value in the Myanmar-China Borderland Jadeite Trade* 377 sidor ISBN 978-91-7895-346-2 (2019)
- 124 Franzén, Alexandra *Brottslingar av en mycket speciell sort. Spionskandalen som en maktkamp mellan visselblåsare, grävande journalister och underrättelsetjänster* 237 sidor ISBN 978-91-7895-943-3 (2021)
- 125 Sahlin Lilja, Hanna *The Emergence, Establishment and Expansion of Fear of Crime Research in Sweden* 300 sidor ISBN 978-91-8039-025-5 (2021)

- 126 Klitgaard Vibeke *Social (u)orden i distriktspsykiatrien - En systemteoretisk analyse af psykiatriske patienters kommunikation og adfærd samt stigmatisering fra omverdenen* 477 sidor, ISBN 978-91-8039-063-7 (2021)

Licentiate's Dissertations in Sociology (ISSN-1403-6061)

- 1996:1 Forsberg, Pia *Välfärd, arbetsmarknad och korporativa institutioner: En studie av Trygghetsrådet SAF/PTK* 147 sidor ISBN 91-89078-07-1
- 1996:2 Klintman, Mikael *Från "trivialt" till globalt: Att härleda miljöpåverkan från motiv och handlingar i urbana sfärer* 171 sidor ISBN 91-89078-46-2
- 1996:3 Höglund, Birgitta *Att vårda och vakta: Retorik och praktik i en rättspsykiatrisk vårdkontext* 215 sidor ISBN 91-89078-68-3
- 1997:1 Jacobsson, Katarina *Social kontroll i dövvärlden* 148 sidor ISBN 91-89078-18-7
- 1997:2 Arvidsson, Adam *Den sociala konstruktionen av "en vanlig Människa": Tre betraktelser kring reklam och offentlighet* 122 sidor ISBN 91-89078-26-8
- 1998:1 Lundberg, Magnus *Kvinnomisshandel som polisärende: Att definiera och utdefiniera* 136 sidor ISBN 91-89078-40-3
- 1998:2 Stojanovic, Verica *Att leva sitt liv som arbetslös... Svenska och danska ungdomars relationer, ekonomi, bostadssituation och värdesättning av arbete* 148 sidor ISBN 91-89078-54-3
- 1998:3 Wesser, Erik *Arbetsmarknad och socialförsäkring i förändring: En studie av långtidssjukskrivning och förtidspensionering på 90-talet* 150 sidor 91-89078-57-8
- 1999:1 Radmann, Aage *Fotbollslandskapet: Fotboll som socialt fenomen* 167 sidor ISBN 91-89078-81-0
- 1999:2 Waldo, Åsa *Vardagslivets resor i den stora staden* 288 sidor ISBN 91-89078-88-8
- 1999:3 Säwe, Filippa *Om samförstånd och konflikt: Samtal mellan föräldrar och skolledning på en specialskola* 159 sidor ISBN 91-89078-93-4
- 1999:4 Schmitz, Eva *Arbetarkvinnors mobiliseringar i arbetarrörelsens barndom: En studie av arbetarkvinnors strejkaktiviteter och dess inflytande på den svenska arbetarrörelsen* 138 sidor ISBN 91-89078-99-3
- 2000:1 Copes, Adriana *Time and Space: An Attempt to Transform Relegated Aspects in Central Issues of the Sociological Inquiry* 177 sidor ISBN 91-7267-003-7
- 2000:2 Gottskalksdottir, Bergthora *Arbetet som en port till sambället: Invandrarakademikers integration och identitet* 89 sidor ISBN 91-7267-012-6
- 2000:3 Alkvist, Lars-Erik *Max Weber och rationalitetsformerna* 176 sidor ISBN 91-7267-019-3

- 2001:1 Bergholtz, Zinnia *Att arbeta förebyggande: Tankar kring ett hälsoprojekt* 50 sidor ISBN 91-7267-043-6
- 2005:1 Bing Jackson, Hannah *Det fragmenterede fællesskab: Opfattelser af sociale fællesskabers funktion og deres udvikling i det senmoderne samfund* 162 sidor ISBN 91-7267-190-4
- 2005:2 Lundberg, Henrik *Durkheim och Mannheim som filosofisociologer* 88 sidor ISBN 91-7267-200-5

Lund Studies in Sociology (ISSN 0460-0045)

- 1 Goodman, Sara & Mulinari, Diana (red) *Feminist Interventions in Discourses on Gender and Development: Some Swedish Contributions* 250 sidor ISBN 91-89078-51-9 (1999)
- 2 Ahlstrand, Roland *Norrköpingsmodellen – ett projekt för ny sysselsättning åt personalen vid Ericsson Telecom AB i Norrköping* 114 sidor ISBN 91-7267-026-6 (2001)
- 3 Djurfeldt, Göran & Gooch, Pernille *Bondkärningar – kvinnoliv i en manlig värld* 60 sidor ISBN 91-7267-095-9 (2001)
- 4 Davies, Karen *Disturbing Gender: On the doctor – nurse relationship* 115 sidor ISBN 91-7267-108-4 (2001)
- 5 Nilsson, Jan-Olof & Nilsson, Kjell *Old Universities in New Environments: New Technology and Internationalisation Processes in Higher Education* 116 sidor ISBN 91-7267-174-2 (2004)

Research Reports in Sociology (ISSN 1651-596X)

- 1996:1 Ahlstrand, Roland *En tid av förändring: Om involvering och exkludering vid Volvos monteringsfabrik i Torslanda 1991–1993*. 116 sidor ISBN 91-89078-15-2
- 1997:1 Lindbladh, Eva, et al. *Unga vuxna: Berättelser om arbete, kärlek och moral* 192 sidor ISBN 91-89078-14-4
- 1997:2 Lindén, Anna-Lisa (red) *Thinking, Saying, Doing: Sociological Perspectives on Environmental Behaviour* 103 sidor ISBN 91-89078-13-6
- 1997:3 Leppänen, Vesa *Inledning till den etnometodologiska samtalsanalysen* 76 sidor ISBN 91-89078-16-0
- 1997:4 Dahlgren, Anita & Claezon, Ingrid *Nya föräldrar: Om kompisföräldraskap, auktoritet och ambivalens* 117 sidor ISBN 91-89078-08-X

- 1997:5 Persson, Anders (red) *Alternativ till ekonomismen* 71 sidor ISBN 91-89078-22-5
- 1997:6 Persson, Anders (red) *Kvalitet och kritiskt tänkande* 67 sidor ISBN 91-89078-25-X
- 1998:1 Isenberg, Bo (red) *Sociology and Social Transformation: Essays by Michael Mann, Chantal Mouffe, Göran Therborn, Bryan S. Turner* 79 sidor ISBN 91-89078-28-4
- 1998:2 Björklund Hall, Åsa *Sociologidoktorer: Forskarutbildning och karriär* 84 sidor ISBN 91-89078-31-4
- 1998:3 Klintman, Mikael *Between the Private and the Public: Formal Carsharing as Part of a Sustainable Traffic System – an Exploratory Study* 96 sidor ISBN 91-89078-32-2
- 1998:4 Lindén, Anna-Lisa & Carlsson-Kanyama, Annika *Dagens livsstilar i framtidens perspektiv* 74 sidor ISBN 91-89078-37-7
- 1998:5 Ahlstrand, Roland *En tid av förändring: Dominerande koalitioner och organisationsstrukturer vid Volvo Lastvagnars monteringsfabriker i Tuve 1982–1994* 94 sidor ISBN 91-89078-37-3
- 1998:6 Sahlin, Ingrid *The Staircase of Transition: European Observatory on Homelessness. National Report from Sweden* 66 sidor ISBN 91-89078-39-X
- 1998:7 Naranjo, Eduardo *En kortfattad jämförelse mellan den asiatiska och chilenska socioekonomiska erfarenheten* 42 sidor ISBN 91-89078-42-X
- 1998:8 Bosseldal, Ingrid & Esseveld, Johanna *Bland forskande kvinnor och teoretiserande män: Jämställdhet och genus vid Sociologiska institutionen i Lund* 103 sidor ISBN 91-89078-59-4
- 1998:9 Bosseldal, Ingrid & Hansson, Carl *Kvinnor i mansrum: Jämställdhet och genus vid Sociologiska institutionen i Umeå* 82 sidor ISBN 91-89078-60-8
- 1998:10 Bosseldal, Ingrid & Hellum, Merete *Ett kvinnligt genombrott utan feminism? Jämställdhet och genus vid Sociologiska institutionen i Göteborg* 83 sidor ISBN 91-89078-61-6
- 1998:11 Morhed, Anne-Marie *Det motstridiga könet: Jämställdhet och genus vid Sociologiska institutionen i Uppsala* 103 sidor ISBN 91-89078-62-4
- 1998:12 Bosseldal, Ingrid & Magdalenic, Sanja *Det osynliga könet: Jämställdhet och genus vid Sociologiska institutionen i Stockholm* 71 sidor ISBN 91-89078-63-2
- 1998:13 Bosseldal, Ingrid & Stina Johansson *Den frånvarande genusteorin: Jämställdhet och genus vid Sociologiska institutionen i Linköping* 62 sidor ISBN 91-89078-64-0
- 1998:14 Hydén, Håkan & Lindén, Anna-Lisa (red) *Lagen, rätten och den sociala tryggheten: Tunnelbygget genom Hallandsåsen* 154 sidor ISBN 91-89078-67-5
- 1998:15 Sellerberg, Ann-Mari (red) *Sjukdom, liv och död – om samband, gränser och format* 165 sidor ISBN 91-89078-66-7

- 1999:1 Pacheco, José F. (ed.) *Cultural Studies and the Politics of Everyday Life: Essays by Peter Dahlgren, Lars Nilsson, Bo Reimer, Monica Rudberg, Kenneth Thompson, Paul Willis. Introductory comments by Ron Eyerman and Mats Trondman* 105 sidor ISBN 91-89078-84-5
- 1999:2 Lindén, Anna-Lisa & Rinkevicius, Leonardas (eds.) *Social Processes and the Environment – Lithuania and Sweden* 171 sidor ISBN 91-7267-002-9
- 2000:1 Khalaf, Abdulhadi *Unfinished Business – Contentious Politics and State-Building in Bahrain* 120 sidor ISBN 91-7267-004-5
- 2000:2 Pacheco, José F. (red.) *Kultur, teori, praxis: Kultursociologi i Lund* 238 sidor ISBN 91-7267-015-0
- 2000:3 Nilsson, Jan Olof *Berättelser om Den Nya Världen* 92 sidor ISBN 91-7267-024-X
- 2001:1 Alkvist, Lars-Erik *Max Webers verklighetsvetenskap* 147 sidor ISBN 91-7267-099-1
- 2001:2 Pacheco, José F. (red) *Stadskultur: Bidrag av Eric Clark, Richard Ek, Mats Franzén, Camilla Haugaard, Magnus Carlsson, Charlotte Kira-Kimby, José F. Pacheco, Margareta Popoola, Ingrid Sahlin, Catharina Thörn, Magnus Wennerhag, Niklas Westberg* 125 sidor ISBN 91-7267-115-7
- 2002:1 Wendel, Monica *Kontroversen om arbetstidsförkortning: En sociologisk studie av tre försök med arbetstidsförkortning inom Malmö kommun* 209 sidor ISBN 91-7267-166-5
- 2002:2 Thelander, Joakim *”Säker är man ju aldrig”: Om riskbedömningar, skepsis och förtroende för handel och bankärenden via Internet* 58 sidor ISBN 91-7267-117-3
- 2002:3 Dahlgren, Anita *Idrott, motion och andra fritidsintressen: En enkätundersökning bland 17-åriga flickor och pojkar i Landskrona, Kävlinge och Svalöv* 39 sidor ISBN 91 7267-123-8 (2002)
- 2002:4 Wendel, Monica *Mot en ny arbetsorganisering: En sociologisk studie av några försöksprojekt med flexibla arbetstider och distansarbete inom Malmö kommun* 144 sidor ISBN 91-7267-129-7
- 2002:5 Sörensen, Jill *Utvärderingsmodell för flexibla arbetstider inom Malmö kommun* 76 sidor ISBN 91-7267-132-7
- 2003:1 Klintman, Mikael & Mårtensson, Kjell med Johansson, Magnus *Bioenergi för uppvärmning – hushållens perspektiv* 98 sidor ISBN 91-7267-148-3
- 2004:1 Johnsdotter, Sara *FGM in Sweden: Swedish legislation regarding “female genital mutilation” and implementation of the law* 68 sidor ISBN 91-7267-162-9
- 2004:2 Carlsson-Kanyama, Annika, Lindén, Anna-Lisa & Eriksson, Björn *Hushållskunder på elmarknaden: Värderingar och beteenden* 133 sidor ISBN 91-7267-166-9

- 2005:1 Lindén, Anna-Lisa et al. *Mat, hälsa och oregelbundna arbetstider* 216 sidor ISBN 91-7267-187-4
- 2006:1 Lindén, Anna-Lisa et al. *Miljöpolitik och styrmedel – Två fallstudier: Kött och kläder* 90 sidor ISBN 91-7267-220-X
- 2006:2 Heidegren, Carl-Göran *FOSS-galaxen – En empirisk undersökning kring fri och öppen programvarurörelsen* 93 sidor ISBN 91-7267-218-8
- 2006:3 Apelmo, Elisabet & Sellerberg, Ann-Mari *"Shit, jag kan också lyckas" – Om genus, funktionshinder och idrottande kroppar* 43 sidor ISBN 91-7267-225-0
- 2007:1 Sellerberg, Ann-Mari *Världsbäst och i periferin – Om att vara funktionshindrad kvinna i idrotten* 40 sidor ISBN 91-7267-248-X
- 2007:2 Thorsted, Stine *Måltidet i tidsfällan – Måltidspraxis och brug af færdigmat i vardagen* 56 sidor ISBN 91-7267-250-1
- 2008:1 Klintman, Mikael, Boström, Magnus, Ekelund, Lena & Lindén, Anna-Lisa *Maten märks – Förutsättningar för konsumentmakt* 134 sidor ISBN 91-7267-266-8
- 2008:2 Anving, Terese *"Man måste ligga steget före" – Måltidsarbetets planering och organisering i barnfamiljen* 56 sidor ISBN 91-7267-267-6
- 2008:3 Sellerberg, Ann-Mari *En het potatis – Om mat och måltider i barn- och tonårsfamiljer* 96 sidor ISBN 91-7267-268-4
- 2008:4 Nyberg, Maria, Lindén, Anna-Lisa, Lagnevik, Magnus *Mat på arbetet dygnet runt? Arbete – Tid – Måltid Inventering av kunskap genom svensk forskning* 49 sidor ISBN 91-7267-275-7
- 2008:5 Lindén, Anna-Lisa *Hushållsel – Effektivisering i vardagen* 84 sidor ISBN 91-7267-280-3
- 2009:1 Lindén, Anna-Lisa *Klimat och konsumtion – Tre fallstudier kring styrmedel och konsumtionsbeteende* 72 sidor ISBN 91-7267-294-3
- 2009:2 Lindén, Anna-Lisa, Jörgensen, Erika, Thelander, Åsa *Energianvändning – Konsumenters beslut och agerande* 264 sidor ISBN 91-7267-298-6

Working Papers in Sociology (1404-6741)

- 1997:1 Sjöberg, Katarina (red) *Vetenskapsteori* 92 sidor ISBN 91-89078-10-1
- 1997:2 Lindholm, Jonas & Vinderskov, Kirstine *Generationen der blev kulturpendlere: Et kvalitativt studie af unge muslimers hverdag* 171 sidor ISBN 91-89078-19-5
- 1999:1 Jörgensen, Erika *Perspektiv på social hållbarhet i Varberg och Västervik* 65 sidor ISBN 91-89078-75-6

- 1999:2 Holmström, Ola *En utvärdering av en utvärdering eller Berättelsen om hur jag förlorade min sociologiska oskuld* 93 sidor ISBN 91-89078-91-8
- 2000:1 Kimby, Charlotte Kira & Haugaard, Camilla *Kroppen i den datormedierade kommunikation* 93 sidor ISBN 91-7267-007-X
- 2000:2 Bing Jackson, Hannah *Forändringar i arbetslivet og i familjelivet: Om kvinnors livsformer ved årtusindeskiftet* 43 sidor ISBN 91-7267-017-7
- 2000:3 Bing Jackson, Hannah *Family and Fertility Patterns in Denmark – a “Postmodern” Phenomenon: On the relationship between women’s education and employment situation and the changes in family forms and fertility* 52 sidor ISBN 91-7267-018-5
- 2002:1 Henecke, Birgitta & Khan, Jamil *Medborgardeltagande i den fysiska planeringen: En demokratiteoretisk analys av lagstifning, retorik och praktik* 38 sidor ISBN 91-7267-134-3
- 2003:1 Persson, Marcus & Thelander, Joakim *Mellan relativism och realism: Forskarstudenter om vetenskapsteori* 89 sidor ISBN 91-7267-146-7
- 2003:2 Barmark, Mimmi *Sjuka hus eller sjuka människor? Om boenderelaterad ohälsa bland malmöbor* 46 sidor ISBN 91-7267-151-3
- 2004:1 Persson, Marcus & Sjöberg, Katarina (red) *Om begrepp och förståelse: Att problematisera det enkla och förenkla det svåra* 61 sidor ISBN 91-7267-171-8
- 2007:1 Lindén, Anna-Lisa *Sociala dimensioner i hållbar samhällsplanering* 30 sidor ISBN 91-7267-236-6

Evaluation Studies

- 1997:1 Persson, Anders *Räddningstjänstutbildning för brandingenjörer – en utvärdering* 37 sidor ISBN 91-89078-12-8
- 1997:2 Björklund Hall, Åsa *På spaning efter tillvaron som doktorand – med hjälp av forskarstuderandes röster* 72 sidor ISBN 91-89078-21-7
- 1998:1 Bierlein, Katja, Misirli, Leila & Nilsson, Kjell *Arbetslivsrehabilitering i samverkan: Utvärdering av Projekt Malmö Rehab 2000*. 63 sidor ISBN 91-89078-30-6
- 1998:2 Mulinari, Diana *Reflektioner kring projektet KvinnoKrami/MOA* 84 sidor ISBN 91-89078-55-1
- 1998:3 Mulinari, Diana & Neergard, Anders *Utvärdering av projektet ”Steg till arbete”* 72 sidor ISBN 91-89078-56-X
- 1998:4 Misirli, Leila & Wendel, Monica *Lokal samverkan – till allas fördel? En utvärdering av Trelleborgsmodellen – ett arbetsmarknadspolitiskt försök med ”friår”, inom Trelleborgs kommun* 45 sidor ISBN 91-89078-58-6

- 1998:5 Bierlein, Katja & Misirli, Leila *Samverkan mot ungdomsarbetslöshet: Utvärdering av projekt Kompassen i Helsingborg* 80 sidor ISBN 91-89078-69-1
- 1999:1 Bierlein, Katja & Platzer, Ellinor *Myndighetsamverkan i projekt Malmö Rehab 2000: Utvärdering 1997–98*. 75 sidor ISBN 91-89078-74-8
- 1999:2 Ahlstrand, Roland & Wendel, Monica *Frågor kring samverkan: En utvärdering av Visionsbygge Burlöv – ett myndighetsövergripande projekt för arbetslösa invandrare* 51 sidor ISBN 91-89078-82-9
- 1999:3 Nilsson Lindström, Margareta *En processutvärdering av projektet Trampolinen: Ett vägledningsprojekt riktat till långtidsarbetslösa vid Arbetsförmedlingen i Lomma* 104 sidor ISBN 91-89078-94-2
- 1999:4 Nilsson Lindström, Margareta *En processutvärdering av projektet New Deal: Ett vägledningsprojekt för långtidsarbetslösa kvinnor inom kontor och administration* 107 sidor ISBN 91-89078-95-0
- 1999:5 Wendel, Monica *Utvärdering av projekt arbetsLÖSningar: En arbetsmarknadsåtgärd i samverkan för långtidsjukskrivna och långtidsarbetslösa* 63 sidor ISBN 91-7267-000-2
- 2005:1 Nilsson Lindström, Margareta *Att bryta traditionella könsmönster i arbetslivet: En grupp långtidsarbetslösa kvinnors erfarenheter av kursen "Teknik för kvinnor med begränsat utbud"* 50 sidor ISBN 91-7267-209-9

Afrint Working Paper (ISSN 1651-5897)

- 1 Larsson, Rolf, Holmén, Hans & Hammarskjöld, Mikael *Agricultural Development in Sub – Saharan Africa* 48 sidor ISBN 91-7267-133-5
- 2 Djurfeldt, Göran & Jirström, Magnus *Asian Models of Agricultural Development and their Relevance to Africa* 47 sidor ISBN 91-7267-137-8

Studies in Bodies, Gender and Society (ISSN 1652-1102)

- 1 Hansson, Adam *Det manliga klimakteriet: Om försöket att lansera ett medicinskt begrepp* 50 sidor ISBN 91-7267-158-0 (2003)
- 2 Norstedt, Maria *Att skapa dikotomier och bibehålla genusordningar: An analys av tidningen Taras berättelser om kropp, kön och medelålder* 52 sidor ISBN 91-7267-159-9 (2003)

- 3 Pérez-Arias, Enrique *Mellan det förflutna och framtiden: Den sandinistiska revolutionen i Nicaragua* 322 sidor ISBN 91-89078-01-2 (ak. avh. 1997)
- 4 Karlsson, B. G. *Contested Belonging: An Indigenous People's Struggle for Forest and Identity in Sub-Himalayan Bengal* 318 sidor ISBN 91-89078-04-7 (ak. avh. 1997)
- 5 Lindberg, Christer (red) *Antropologiska porträtt 2*. 342 sidor ISBN 91-89078-05-5 (1997)
- 6 Gooch, Pernille *At the Tail of the Buffalo: Van Gujjar pastoralists between the forest and the world arena* 391 sidor ISBN 91-89078-53-5 (ak. avh. 1998)
- 7 Persson, Johnny *Sagali and the Kula: A regional systems analysis of the Massim* 245 sidor ISBN 91-89078-87-X (ak. avh. 1999)
- 8 Malm, Thomas *Shell Age Economics: Marine Gathering in the Kingdom of Tonga, Polynesia* 430 sidor ISBN 91-89078-97-7 (ak. avh. 1999)
- 9 Johansson Dahre, Ulf *Det förgångna är framtiden: Ursprungsfolk och politiskt självbestämmande i Hawai'i* 228 sidor Ill. ISBN 91-7267-107-6 (ak. avh. 2001)
- 10 Johnsdotter, Sara *Created by God: How Somalis in Swedish Exile Reassess the Practice of Female Circumcision* 301 sidor ISBN 91-7267-127-0 (ak. avh. 2002)
- 11 Andersson, Oscar *Chicagoskolan: Institutionaliseringsen, idétraditionen & vetenskapen* 336 sidor ISBN 91-7267-153-X (ak. avh. 2003)
- 12 Carlborn, Aje *The Imagined versus the Real Other: Multiculturalism and the Representation of Muslims in Sweden* 234 sidor ISBN 91-7267-154-8 (ak. avh. 2003)
- 13 Antoniusson, Eva-Malin *Överdosens antropologi: En kontextuell studie* 232 sidor ISBN 91-7267-161-0 (ak. avh. 2003)
- 14 Parker, Peter *How Personal Networks Shape Business: An Anthropological Study of Social Embeddedness, Knowledge Development and Growth of Firms* 156 sidor ISBN 91-7267-182-3 (ak. avh. 2004)
- 15 Lindberg, Christer (red) *Nya antropologiska porträtt* 355 sidor ISBN 91-7267-182-3 (2005)
- 16 Sliavaite, Kristina *From Pioneers to Target Group: Social change, ethnicity and memory in a Lithuanian power plant community* 206 sidor ISBN 91-7267-202-1 (ak. avh. 2005)
- 17 Göransson, Kristina *Conflicts and Contracts – Chinese Intergenerational Relations in Modern Singapore* 187 sidor ISBN 91-7167-202-1 (ak. avh. 2006)
- 18 Bourgouin, France *The Young, the Wealthy, and the Restless: Trans-national Capitalist Elite Formation in Post-Apartheid Johannesburg* 342 sidor ISBN 91-7267-249-8 (ak. avh. 2007)

- 19 Matsson, Anna *The Power to do Good: Post-Revolution, NGO Society, and the Emergence of NGO-Elites in Contemporary Nicaragua* 208 sidor ISBN 91-7267-251-X (ak. avh. 2007)
- 20 Holm, Hilma *Knowledge as Action – An Anthropological Study of Attac Sweden* 144 sidor ISBN 91-7267-317-6 (ak. avh. 2010)
- 21 Wittrock, Hanna *Säg inte mötesplats! – Teater och integration i ord och handling* 268 sidor ISBN 91-7267-332-X (ak. avh. 2011)
- 22 Hedlund, Anna *Exile Warriors: Violence and Community among Hutu Rebels in the Eastern Congo* 244 sidor ISBN 978-91-7473-983-1 (ak. avh. 2014)
- 23 Capelán Köhler, Annika *Fibre Formations: Wool as an anthropological site* 260 sidor ISBN 978-91-7753-202-6 (ak. avh. 2017)
- 24 Granbom Lotta, *The Second Wave: The Urak Lawoi After the Tsunami in Thailand.* 356 sidor ISBN 978-91-7753-397-9 (ak. avh. 2017)
- 25 Krantz Anna Sarri, *Tredje generationens överlevande – En socialantropologisk studie om minne, antisemitism och identitet i spåret av Förintelsen* 194 sidor ISBN 978-91-7753-852-3 (ak. avh. 2018)
- 26 Abelin Matthias, *A Swedish Dilemma – A Culture and Rule of Law in Swedish Sickness Insurance* 256 sidor ISBN 978-91-7895-018-8 (ak. avh. 2019)
- 27 Berglund Anna, *Ambiguous hopes: an ethnographic study of agricultural modernisation in a Rwandan village* 223 sidor ISBN 978-91-7895-269-4 (ak. avh. 2019)

Licentiate's Dissertation in Social Anthropology (ISSN 1404-7683)

- 1999:1 Parker, Peter *Cognition and Social Organisation: A Framework* 125 sidor ISBN 91-89078-76-4
- 1999:2 Johansson Dahre, Ulf *Politik med andra medel: En antropologisk betraktelse av rättens politiska och ideologiska förhållanden* 137 sidor ISBN 91-7267-006-1

Research Reports in Social Anthropology

- 2006:1 Johansson Dahre, Ulf (ed.) *The Reconstruction of Good Governance in the Horn of Africa – Proceedings of the 4th SIRC Conference on the Horn of Africa, October 14–16, 2005.* 232 sidor ISBN 91-7267-216-1
- 2007:1 Johansson Dahre, Ulf (ed.) *The Role of Diasporas in Peace, Democracy and Development in the Horn of Africa* 226 sidor ISBN 91-7267-237-4

- 2008:1 Johansson Dahre, Ulf (ed.) *Post-Conflict Peace-Building in the Horn of Africa: A Report of the 6th Annual Conference on the Horn of Africa, Lund, August 24–26, 2007*. 288 sidor ISBN 91-7267-256-0
- 2009:1 Svensson, Nicklas (ed.) *Initiative Report Horn of Africa: Co-operation Instead of Wars and Destruction, 11–12 May, 2002 Lund, Sweden* 106 sidor ISBN 91-7267-290-0
- 2009:2 Svensson, Nicklas (ed.) *Final Report Conference Horn of Africa: II No Development without Peace, 23–25 May, 2003 Lund, Sweden* 136 sidor ISBN 91-7267-291-9
- 2009:3 Svensson, Nicklas (ed.) *Horn of Africa: Transforming Itself from a Culture of War into a Culture of Peace, 27–29 August 2004 Lund, Sweden* 312 sidor ISBN 91-7267-292-7
- 2009:4 Sthlm Policy Group (ed.) *Faith, Citizenship, Democracy and Peace in the Horn of Africa: A Report of the 7th Annual Conference on the Horn of Africa, Lund, October 17–19, 2008*. 216 sidor ISBN 91-7267-293-5

Working Papers in Social Anthropology (ISSN 1652-442X)

- 2004:1 Göransson, Kristina *Filial Children and Ageing Parents: Intergenerational Family Ties as Politics and Practice among Chinese Singaporeans* 26 sidor ISBN 91-7267-175-0
- 2005:1 Granbom, Ann-Charlotte *Urak Lawoi: A Field Study of an Indigenous People in Thailand and their Problems with Rapid Tourist Development* 98 sidor ISBN 91-7267-206-4

Övrigt

- Från seminarium till storinstitution: Sociologi i Lund 1947–1997* (Sociologiska institutionens Årsbok 1996) 105 sidor
- Institution i rörelse: Utbildning och forskning inför år 2000* (Sociologiska institutionens Årsbok 1997) 153 sidor ISBN 91-89078-29-2

Social (u)orden i distriktspsykiatrien

Afhandlingen undersøger hverdagslivet i to distriktspsykiatriske dagcentre i Københavns Kommune. Mere konkret drejer det sig om psykiatriske patienters kommunikation og adfærd blandt andre patienter, medarbejdere og undertegnede i en miljøterapeutisk kontekst, samt den stigmatisering som patienterne udsættes for af deres sociale omverden. Afhandlingen bygger på tre års deltagerobservation. Patienternes kommunikation og adfærd var meget forskellig i de to centre med relation til deres sociale tilhørsforhold – det gav sig udslag i både kommunikative og adfærdsmæssige forskelle. Jeg anvender den kommunikationsorienterede del af Luhmanns systemteori til en konkret analyse af de psykosociale forstyrrelser. Patienterne udviste kommunikations- og adfærdsförstyrrelser af varierende grader og varighed.

Dagcentrene havde status af både fristeder og stigmamærker. Med stigma og moralske domme fulgte i følge litteraturen diskriminering på stort set alle livsområder. Psykiatriske patienter risikerer dertil en betydelig overdødelighed sammenlignet med gennemsnitsbefolkningen.



LUND
UNIVERSITY

Department of Sociology
Faculty of the Social Science
Lund Dissertations in Sociology 126
ISBN 978-91-8039-063-7
ISSN 1102-4712

