

# 'Vejen viser sig, mens man går'

*Selvopfattelse og depressionsbehandling som intersubjektiv process ved Afsnit 10, Psykiatrisk Center Ballerup.*

Francine Lorimer

---

*Denne artikel beskriver en humanistisk-inspireret form for behandling af svær depression, som bruges på afd. 10, Psykiatrisk Center Ballerup. I det moderne danske samfund forekommer sjældent holistiske metoder til behandling af psykiatriske lidelser, og antropologer selv har haft tendens til at forstå psykiatri som enten en medicinsk eller en bureaukratisk måde at behandle patienter. Derfor fokuserer de ofte primært på, hvordan psykiatri fungerer som institution. Med denne artikel forsøger jeg at påvise, hvordan den ovennævnte mere holistiske form for behandling virker, og hvordan både patienter og personale oplever behandlingen. De indlagte beskriver deres erfaringer med depression med fokus på kropslige lidelser, og de beskriver en depression, som letter, når patienterne kan dele deres erfaringer med andre i de sociale omgivelser. Som forsker fulgte jeg 28 patienter i deres behandlingsforløb. Halvdelen fulgte jeg desuden, efter de blev udskrevet. Narrativer fra mange af disse nuværende og forhenværende patienter viser, at depressionen lettede, idet de formåede at opleve et mere meningsfyldt socialt forhold til både menneskene og verden omkring dem.*

Antropologiske studier af psykiatrisk behandling har generelt været fokuserede på psykiatriens udvikling og virke som institution (ft: Alle navne bortset fra Jørgen Due Madsen er fiktive. Det skal nævnes, at jeg skrev en del af mine feltnoter på engelsk. Der må derfor tages forbehold for små forskelle mellem de gengivne

danske termer og de, som oprindeligt blev brugt). Der er dog også en bred vifte af tilgange til praksis *inden for* psykiatrien, der strækker sig over en næsten udelukkende medicinsk praksis til psykodynamiske og humanistiske fremgangsmåder. Denne artikel sigter imod at udvide det antropologiske interessefelt til at omfatte en praksis, der integrerer en bred vifte af behandlingsformer. En praksis som potentielt kan inkorporere alle de biologiske, psykologiske, sociale og åndelige aspekter af personer med svær depression. Dette er behandlingspraksis ved Afsnit 10, Afdelingen for Angst og Depressionstilstande, ved Psykiatrisk Center Ballerup, hvor jeg udførte feltarbejde med svært depressive patienter. For at undersøge hvordan denne humanistisk-inspirerede psykiatriske metode virkede, tager denne artikel udgangspunkt i psykiatrien som intersubjektiv hændelse. Ved at inkludere praksis og reaktioner fra både ansatte og patienter vil artiklen forsøge at udrede, hvad der foregik *imellem* disse to aktørgrupper i behandlingsforløbet, og hvordan denne intersubjektive proces siden hen blev opfattet af de udskrevne patienter. Denne artikel anser en fænomenologisk indgangsvinkel som værende bedst egnet til at beskrive den observerede behandlingsforms transformative egenskaber, da den betragter selvet i sin kropslighed og derfor kan skabe forståelse for det vigtige men subtile vekselspil mellem forandringer i oplevelse af kroppen og forandringer i opfattelsen af selvet.

Artiklen vil først beskrive feltarbejdets kontekst, præsentere de forskellige behandlingsformer praktiseret ved Afsnit 10 og diskutere de forskellige patientreaktioner på disse behandlingsformer. Dernæst vil artiklen søge at vise, hvorfor en fænomenologisk tilgang har udviklet sig indenfor antropologiske studier af skizofreni, og at denne tilgang også kan øge forståelsen for oplevelsen og behandlingen af depression, fordi dens udgangspunkt er opfattelsen af selvet som værende kropsligt. Slutteligt vil artiklen søge at vise, at mennesker med svær depression ved Afsnit 10 oplevede selvet som et slags nulpunkt sunket ned i en lidende krop, og at afdelingens behandlingspraksis med forskellige metoder forsøgte at drage dette selv ud af sit skjul og ind i en virkelighedsnær social og symbolsk sfære.

Det antropologiske feltarbejde blev udført fra august 2004 til juli 2005. I perioden august 2004 til januar 2005 udførte jeg feltarbejde på selve afdelingen med interviews af i alt 28 patienter, og i perioden februar til juli 2005 besøgte og interviewede jeg 14 tidligere patienter, så ofte som det kunne lade sig gøre. Andre afdelinger på hospitalet var struktureret således, at de skulle servicere et distrikt i Ballerup-området for at opbygge netværk mellem hospitalet og samfundets øvrige behandlingstilbud. Afsnit 10, derimod, servicede hele Ballerup-området og var opbygget som et specialbehandlingscenter udelukkende for mennesker med ikke-

psykotiske lidelser. Denne afdeling blev ledet af overlæge Jørgen Due Madsen, en psykiater med 20 års erfaring i behandling af mennesker med ikke-psykotiske lidelser. Afdelingen havde 18 sengepladser i en L-formet bygning beliggende på en rar, skovomkranset grund, og de omkringliggende bygninger husede psykosebehandling, ambulatorium og en skadestue. Personalet bestod af en afdelingssygeplejerske, fem sygeplejersker, to social- og sundhedsassistenter, en ergoterapeut, en socialrådgiver, en deltidspsykolog og forskellige praktikstuderende.

I perioden for mit feltarbejde brugte afdelingen kognitiv adfærdsterapi (KAT) i behandlingen af depression. I samarbejde med det ambulante Afsnit 11 var der andre terapigrupper, som behandlede angstlidelser, fobier og tvangslidelser (OCD), to psykodynamiske terapigrupper, en kropsterapigruppe og en kunstterapigruppe. Patienterne fra Afsnit 10 deltog normalt i mindst ét forløb i disse terapigrupper. Det var obligatorisk at deltage i fysisk træning to gange om ugen, og der var et bemandet kunstværksted for kreativt arbejde også to gange ugentligt. Derudover fandtes andre former for gruppeterapi, der var mindre specialiserede. 'Intro-gruppe' forløb over tre uger med møder af en times varighed to gange om ugen ledet af Jørgen og normalt en sygeplejerske, hvor nyankomne patienter kunne fortælle deres historie og modtage en foreløbig vurdering. Hver mandag morgen var der et fællesmøde for alle ansatte og indskrevne patienter. Ved disse møder var der lejlighed til at snakke om, hvordan patienternes weekend var gået og for personalet til at få et overblik over deltagerne og planlægningen af deres videre forløb. For kun nogle ganske få patienter – sandsynligvis grundet manglende økonomiske midler – var der på afsnit 10 også mulighed for at tale med andre psykiatere eller psykologer. Om fredagen var der undervisning (psyko-edukation), hvor ansatte eller gæster fortalte om forskellige emner indenfor mental sundhed. Slutteligt var der to andre komponenter, som efter Jørgens mening var ligeså væsentlige for behandlingen, nemlig de individuelle samtaler, hvor den enkelte patient talte med en tildelt kontaktperson mindst to gange om ugen og så selve stedet. Ved stedet var det især interaktionen med de andre patienter, der var vigtig. Her kunne patienterne "møde sig selv", som Jørgen formulerede det, fordi de også led af depression eller andre ikke-psykotiske lidelser, var fælles om den daglige rutine og fritidsperioderne, hvor der ikke skete noget, og folk bare sad og så TV, spillede kort, gik ture eller tog hen i svømmehallen. Derudover var der tilbud om familierapi, som kunne inkludere patienternes børn. Hvis ingen af de ovenstående behandlingsprogrammer virkede, kunne enkelte patienter tilbydes ECT (elektrochok).

Mit feltarbejde fra august 2004 til januar 2005 omfattede observation ved nogle af terapigruppernes møder beskrevet ovenfor (intro-gruppe, kognitiv adfærdste-

rapi, psykomotorisk træning, møderne mandag morgen og fredagsundervisning), observation ved de ugentlige personalemøder og personalets opfølgingsmøder umiddelbart efter terapi, interviews med både ansatte og patienter samt og ophold i dagligstuen, hvor jeg deltog i patienternes samtaler. Efter udskrivelsen mødtes jeg med nogle af patienterne én gang om ugen, med én anden patient hver tredje uge og med andre patienter to eller tre gange i løbet af de efterfølgende seks måneder.

## Social respons, behandlingsrespons, og det personlige handlerums flerdimensionalitet i det psykiatriske landskab

Mit feltarbejde vedrørende de svært depressive patienters forskellige reaktioner på behandlingspraksis ved Afsnit 10 omfattede respons på kort sigt umiddelbart efter terapi og respons på længere sigt over de efterfølgende måneder efter udskrivelse. De tidligere patienter, jeg besøgte, var typisk i gang med et opfølgingsforløb enten for en kortere periode med deres kontaktperson fra Afsnit 10, med en terapeut eller sygeplejerske fra den ambulante afdeling eller med deres egen læge eller psykiater. Jeg interviewede således patienter, der havde fortsat deres behandling andre steder, men fordi de ikke længere boede på Afsnit 10, havde de en vis distance til deres oplevelse af stedet.

En intersubjektiv tilgang til behandling kræver, at man tager både patientens og terapeutens personlige handlemuligheder – deres frihed og evne til at handle – i betragtning. For at kunne forstå de forskelle i handlemuligheder som jeg observerede, besluttede jeg at dele dem op i to hovedformer. Denne opdeling minder lidt om Desjarlais' distinktion imellem 'kæmpende videre' ('struggling along') og 'oplevende' ('experiencing') i hans studie af hjemløse på et herberg (1997). Min forståelse af disse former er dog mindre modsætningsbestemt end Desjarlais'. Jeg anså patienternes personlige handlemuligheder som værende af afgørende vigtighed for deres respons til behandling over tid. Men jeg så ikke deres handlemulighed som noget, der nødvendigvis var dem fuldt bevidst, eller som de handlede i overensstemmelse med. Disse patienter var mennesker, der havde haft personlige traumatiske oplevelser, og hvis handleevne som sociale væsener på den ene eller anden måde var blevet knækket i en grad, der havde ledt til hospitalsindlæggelse. Dette betød, at de var i en tilstand af bevægelse, at de oplevede selvet som

værende flydende eller åbent, hvilket gjorde dem meget indadvendte. Medens de således kæmpede med, hvad der var ved at ske med dem, var de samtidigt også meget følsomme overfor deres omgivers reaktioner og lydhørhed. Så selvom der er ligheder med Desjarlais' hjemløses tilstand som 'kæmpende videre', så var de mennesker, jeg observerede, kun relativt strandede. De var i gang med en proces, som de ikke selv havde kontrol over men indenfor hvilken, de kunne fortage selvstændige valg både i forhold til det, der foregik i dem selv og i forhold til behandlingsformerne på Afsnit 10. I kontrast hertil var handlemulighederne for de ansatte i psykiatrien socialt og institutionelt defineret og behæftet med autoritet. I denne forstand mindede de om Desjarlais' personale i deres privilegerede adgang til en mere magtfuld identitetsrolle. Ikke desto mindre, på trods af personalets magtposition i forhold til patienterne, er det vigtigt at bemærke, hvor megen symbolsk betydning de nu overflødige hvide kitler – tidligere anset for at være en nødvendig ramme om de professionelles arbejde – havde for plejernes ufleksible image. Når man fokuserede på de faktiske og igangværende intersubjektive relationer imellem terapeut og patient, blev det i realiteten åbenbart, at denne magt-forskel maskerede et mere usikkert, dynamisk og foranderligt forhold imellem personale og patienter. Med andre ord, selvom personalet måske ikke viste patienterne denne side af sig selv (udover patienternes og personalets vittige sammenligning af ordene 'ansat' og 'indsat'), var de ansattes selvopfattelse også porøs, åben overfor andre og derfor under forandring som en del af arbejdet med at være imødekommende overfor patienternes behov og reaktioner. Flexibilitet hos personalet var nødvendigt, da man ikke kunne være sikker på, hvordan de enkelte patienter ville reagere på behandlingen (Fox 1979). Denne usikkerhed var grundlag for den dybt spørgende holdning, som folk på Afsnit 10 – både personale og patienter – udviste hver dag. Hvad personalet angik blev denne spørgende holdning behandlet dels på de ugentlige personalemøder og dels på morgenmøderne for sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og studerende. Nødvendigheden af en opmærksom, åben og spørgende attitude overfor hver enkelt patient førte ikke desto mindre til, at ansatte sommetider følte sig sårbare, og en vigtig del af træningen var derfor at lære at tackle denne åbenhed uden at ødelægge den. Patienterne var på en måde strandet i den spørgende tilstand, så længe de havde patient-status, og de oplevede ofte dyb angst vedrørende deres liv og fremtid. I denne tilstand kunne ansatte med deres professionelle selvkontrol og autoritet repræsentere en grad af stabilitet, men det var også muligt, at de i stedet kunne blive endnu et element i den mere generelle tilstand af usikkerhed, som patienten følte. Det institutionaliserede hierarki til trods oplevede både patienter og ansatte, at

deres interaktion fandt sted i et helbredende rum. Min etnografiske beskrivelse vil fokusere på, hvordan dette helbredende rum involverede aktiviteter relateret til spørgen, venten, tøven og til handling for alle parter, og på hvordan spændingen mellem åbenhed og styring lagde grund for et dynamisk og ofte kreativt intersubjektivt forhold imellem patienterne indbyrdes og imellem terapeuter og patienter.

## Det psykiatriske hospitals område — en social legeplads

Tilsyneladende var ingen, der blev indskrevet på Afsnit 10 umiddelbart bevidste om afdelingens usædvanlige opbygning, men stedet var faktisk designet til at give plads til social leg. Jørgen beskrev dette som "en integreret bio-psyko-social-åndelig tilgang af humanistisk type. Det handler meget om at være både faglig i sin bredde og almindeligt menneskelig". Afdelingen var skabt specielt til personer med ikke-psykotiske lidelser, fordi personer med depressioner eller angstlidelser, ifølge Jørgens erfaringer, havde godt af at tilbringe tid sammen med andre med lignende problemer. Udover fysisk, medicinsk og kognitiv behandling var der på denne specialafdeling hyppige perioder uden struktureret aktivitet hvor folk havde mulighed for at socialisere med hinanden eller blot hvile sig, læse, eller udøve andre aktiviteter på egen hånd. Selvom nye patienter ofte klagede over ikke at vide, hvad de skulle foretage sig i disse perioder, var disse ustrukturerede perioder vigtige elementer i den psykiatriske behandlings humanistisk-orienterede stil, for de gjorde det muligt for patienterne at udvikle deres forhold til hinanden. Ved at involvere sig socialt med andre fik disse super-følsomme mennesker mulighed for at være kreative og ligefrem lege lidt med deres personlige identitet. Som en slags 'time out' fra deres daglige liv og rutiner blev der skabt, hvad Erik Erikson (1968) har kaldt et 'psykosocialt moratorium' – en periode med social leg og eksperimenteren, der skabte en mulighed for, at nogle patienter kunne vokse igennem (og i nogle tilfælde vokse ud af) deres tilstand af svær depression.

Når jeg spurgte tidligere patienter om, hvordan de havde oplevet stedet, stemte svarene nogenlunde overens med de observationer, jeg selv gjorde mig i løbet af mit feltarbejde: folk ankom typisk til hospitalet i en tilstand af hjælpeløshed og håbløshed, oplevede så at hospitalet var en selv-forsynende enhed med både socialisering og læring, og de forlod stedet med en følelse af, at både de sociale og læringsmæssige aspekter af opholdet havde forandret deres selvopfattelse. Patien-

ter tilbragte ofte op til tre måneder på afdelingen, og nogle få var der i op til et år, men der var altid fokus på at hjælpe patienterne til at komme videre, så snart de kunne fungere igen (Rhodes 1991). Som en konsekvens af dette følte patienter ofte, at de forlod hospitalet, før de var klar til det, og at de blev kastet ud i en desorienterende hverdag. Denne hverdag krævede, at de skulle prøve at styrke deres personlige vækst samtidigt med, at de skulle konfrontere de forhold i deres liv, der havde bidraget til, at de i sin tid var blevet syge. I denne tid havde afdelingsopholdet fortsat en indvirkning på deres liv. Deres oplevelser under indlæggelsen på hospitalet blev nu husket som værende *personligt* vigtige for, hvordan de oplevede sig selv som moralske aktører, fordi de havde gennemlevet opholdet i krop og sind. Denne internaliserede morale og effekten af hvile og fysisk terapi var dog ofte ikke nok til at holde folk gående, når de på ny mødte konfliktprægede situationer. De fleste tidligere patienter begyndte desuden ikke umiddelbart på nye tilfredsstillende former for vedvarende behandling. Derfor var problemerne forståelige og nærmest uundgåelige taget i betragtning, at mange af deres tidligere forsvarsmekanismer var brudt sammen i forbindelse med tidligere hospitalsbehandlinger, og at de endnu ikke var stærke nok til at klare sig igennem svære sociale situationer uden vedvarende psykiatrisk hjælp.

## Personlig identitet midlertidigt afbrudt —handlerum som legerum

Nyankomne til afdeling 10 beskrev ofte sig selv som værende traumatiserede og flove over at skulle modtage psykiatrisk hjælp. Denne første fase varede ofte 2-3 uger, og i denne periode var patienterne tilbagetrukne. Som tiden gik, fik patienterne ofte udviklet kontakten med deres kontaktpersoner, begyndte at tale med de andre patienter og deltog i de daglige rutiner på stedet og aftenernes sociale aktiviteter. På dette stadi opdagede patienterne en glæde ved kontakten med andre mennesker. Denne kontakt littede dels på følelsen af isolation ved at være patient på et psykiatrisk hospital, dels littede den på en meget dybere følelse af social isolation, som folk havde båret rundt på i årevis. På denne måde blev folk gradvist del af en social gruppe – en gruppe af (midlertidige) venner indenfor den større gruppe af patienter og personale.

Jørgen plejede at beskrive patienternes gruppe-relaterede aktiviteter som et 'øve-samfund'. Det var, sagde han, et rum med plads til leg. Som han sagde til

patienterne i gruppesessionerne: "se dette som et sted hvor I kan øve jer på at være sociale – I kan prøve tingene af her, for i sidste ende skal I forlade dette sted og vende tilbage til jeres egen tilværelse". Det var på en måde et samfund (bestående af virkelige mennesker, som man lærte at kende ofte meget nært), men på en anden måde ikke et samfund (da det bestod udelukkende af medpatienter, hvis dagligdag og velfærd for en tid var afhængig af hospitalet). Det var et slags metaforisk samfund velegnet til leg og eksperimentering, fordi det havde en indbygget afslutning. I løbet af mit ophold ved afdelingen blev der dannet flere undergrupper, som primært var baserede på alder. På et tidspunkt var der otte unge kvinder i aldersgruppen fra sidst i teenageårene til midt i tyverne diagnosticeret med borderline-personlighedsforstyrrelser, depression eller spiseproblematikker. Medens disse kvinder var på afdelingen, var stedet præget af en atmosfære af anspændthed og overstadighed, og af nære venskaber og fælles sorger. Samtidigt var der en del patienter i forskellige aldre fra tredive og opefter, som samledes i opholdsstuen og socialiserede på en mere stilfærdig måde. Disse sociale undergrupper formedes og skiltes igen mange gange i løbet af hver dag og var i konstant forandring, som ugerne gik, hvor nogle patienter forlod hospitalet, og nye ankom, indtil, i løbet af nogle få måneder, næsten hele patientgruppen var udskiftet.

Et andet kendetegn ved Afsnit 10 var leg med metaforer. "Vejen viser sig, mens man går", var et af Jørgens udtryk. Han brugte dette for at sige, at det var nødvendigt at begynde at gå for at kunne se vejen foran sig. Han talte om at møde patienterne på et bestemt stadium af deres livsvej med deres personlige historier bag sig og fremtiden foran sig. Dette stadium skulle bruges til at hvile ud og lære nyt. "Jeg ser denne afdeling som en slags højskole. Man får en pause fra hverdagen og lærer samtidigt noget". Når han holdt foredrag om medicin, sagde han, at "Medicin er ligesom en blomsterpind: den støtter processen, og alt her på stedet er også nødvendig støtte, for at blomsten kan blomstre". Han beskrev depression som værende ligesom "en bil med flade dæk. En bil kan ikke køre, når dækkene er flade. Vi ønsker, at I bliver her længe nok til at få luft i jeres dæk igen". Jørgen forklarede mig sin hyppige brug af metaforer som en hjælp til at visualisere, hvad det betyder at være rask igen, og jeg hørte sommetider patienterne bruge disse metaforer i deres samtaler med hinanden.

Efterhånden som folk fandt sig til rette med rutinen i deres midlertidige hjem, var situationen altså, at de havde deres eget private værelse og deres egen individuelle kontaktperson, men også at de tilhørte en undergruppe af medpatienter, hvor de kunne 'øve sig' på venskabsforhold. Denne undergruppe var desuden en del af den større sociale gruppe af patienter, som blev plejet af personalet og ledet



af en psykiater med erfaring indenfor psykoterapi og psyko-edukation. Og hele afdelingen lå i et skovomkranset, roligt distriktshospitalsområde ledet af en hospitalsadministration og ejet af Københavns Amt. Der var en tryk atmosfære, hvor det var muligt at være sårbar eller at holde sig for sig selv. Men efterhånden som folk vænnede sig til rutinerne og fritiden på afdelingen, begyndte den virkelige verdens udfordringer at synes skræmmende (Kaysen 1993). For at bibeholde en realistisk kontakt med verdenen udenfor og derved opretholde en balance imellem det sunde i at være en patient et stykke tid og det sunde ved at opretholde kontakt med virkeligheden indeholdt den ugentlige rutine en 'øve-udskrivelse' hver weekend, fra når afdelingen lukkede kl. 13 om fredagen, til den genåbnede kl. 9 mandag morgen.

## Respons på behandlingsformerne ved Afsnit 10

Hvordan reagerede folk på dette sted med dets forskellige kognitive, sociale og fysiske behandlinger for depression? Når jeg talte med patienterne fra Afsnit 10, både under indlæggelsen og efter udskrivelsen, viste det sig, at der ikke var et enkelt udslagsgivende element, der i sig selv havde gjort den afgørende forskel. Den følgende samtale med Karen, en kvinde i 40erne, som jeg mødte tidligt i mit feltarbejde, var meget typisk:

"Hvad tror du hjalp mest ud fra dine erfaringer fra Afsnit 10?"

"Det ved jeg ikke. Det hele. På et tidspunkt havde jeg det bare bedre"

"Tror du, det var medicinen?"

"Medicinen hjalp med angsten, men den hjalp kun rent fysisk. Den hjalp ikke i forhold til min følelse af utilstrækkelighed eller mit problem med at socialisere"

"Hvad med de andre patienter?"

"De var en stor hjælp. Men på den anden side vil jeg ikke have, at andre mennesker med de samme problemer bliver for afhængige af mig"

"Hvad med den fysiske træning?"

"Jeg brød mig ikke om den, men det var rart at komme lidt ud, og det var sjovt at deltage i nogle af spillene med de andre. Man følte sig bedre tilpas bagefter"

"Hvad tror du, du kunne have undværet?"

"Jeg synes, alt var godt.... Men hvis jeg skal nævne noget, tror jeg godt, jeg kunne have undværet at have helt så megen tid på egen hånd, hvor jeg ikke foretog mig noget."

Jan, en mand i 50'erne, fortalte mig, at han ikke mente, at han havde haft nogen væsentlig nytte af behandlingen, eller med hans ord: "ingenting har hjulpet". Men så, senere i interviewet, da jeg spurgte ham, om han mente at hans liv ville have været anderledes, hvis han ikke havde været på Afsnit 10, svarede han: "Jeg ville nok ikke være her til at tale med dig".

"Hvorfor ikke?"

"Jeg ville have været død!"

Lisbeth, en kvinde midt i 30'erne, fortalte mig, at hun egentlig ikke behøvede opholdet på Afsnit 10. En kombination af sociale omstændigheder ledte til hendes beslutning om at lade sig indlægge. Jeg havde dog bemærket en forandring i hendes kropsholdning i løbet af den tid, hun var på afdelingen. I begyndelsen sad hun hensunken, talte næsten ikke og var ligeglad med sit udseende. Da hun forlod afdelingen, var hun iklædt farverigt tøj, holdt ryggen rank og havde et livligt blik i øjnene, og hun var dynamisk i sin interaktion med de andre på stedet. Fire måneder efter udskrivelsen fortalte Lisbeth mig, at hun stadig drog nytte af de planlægnings- og tænkeøvelser, hun havde lært i kognitiv adfærdsterapi.

Sine fortalte mig, at hun var meget bitter over sit forhold til sin kontaktperson. Jeg spurgte hende, om hendes liv ville have været anderledes uden opholdet på Afsnit 10 og på trods af sit forhold til kontaktpersonen, svarede hun: "jeg har lært at sætte det, der skete mig i min fortid i perspektiv. Jeg er måske ikke lykkelig, men jeg føler, at jeg er en helt anden person, end jeg var før. Der var så meget, jeg var fuldstændigt ubevidst om i forhold til mig selv og mit liv, før jeg kom på afdelingen".

Nogle personer mente, at der var en enkelt faktor, der havde gjort udslaget, men det kan være svært at vide, om deres observationer var baseret på en empirisk vurdering af de forskellige behandlingsformer, eller om deres egen opfattelse af deres kropslige selv gjorde dem særligt modtagelige for bestemte behandlingsformer. To mænd fortalte mig for eksempel, at medicinen var det eneste, der virkelig havde hjulpet dem, fordi deres tilstand var genetisk. Folk kan have en genetisk tendens til at udvikle depression, og medicinsk behandling kan være til stor hjælp for mange, der lider af svær depression. På den anden side er det interessant at betragte forholdet imellem patienternes biologiske syn på deres depression og deres egne reaktions- og adfærdsmønstre i dagligdagen. Mads fortalte, at han sommetider 'selv-medicinerede', som han kaldte det, ved at drikke alkohol sammen med sine venner. Thomas fortalte mig, at han havde en genetisk prædisposition for depression, som han havde arvet fra sin bedstefar, der havde haft samme diagnose.

Da jeg spurgte, om bedstefaderen faktisk var blevet diagnosticeret med depression, svarede Thomas, at det vidste han ikke, men bedstefaderen havde været på en psykiatrisk afdeling. Da jeg spurgte videre, viste det sig, at Thomas faktisk vidste meget lidt om bedstefaderen, og jeg spekulerede på, om ideen om prædisposition havde givet Thomas den opfattelse, at hans depression var fysisk betinget og derfor helt adskilt fra hans personlige selvopfattelse. Denne opfattelse af depression minder om Kleinmans (1997) beskrivelser af den tidlige nordamerikanske og nutidige kinesiske diagnose af neurasteni. Og som i tilfældet med neurasteni leder en opfattelse af tilstanden som værende fysisk til, at behandlingen også skal opleves som værende fysisk for at have den ønskede effekt. Da jeg spurgte Thomas, om den kognitive adfærdsterapi havde været nyttig, svarede han "ikke rigtigt", og han tilføjede som for at forklare, at "alle andre i gruppen var mere syge end mig". I dette tilfælde var opfattelsen af en syg krop fuldstændigt adskilt fra oplevelsen af et helt sundt sind, så Thomas reagerede ikke på kognitiv adfærdsterapi – i modsætning til Lisbeth, som brugte denne terapi til at træne sig selv i at organisere sine tanker og aktiviteter.

Jan reagerede heller ikke på kognitiv adfærdsterapi, men af helt andre grunde end Thomas. Jan opfattede sin depression som en tilstand, hvor han kunne tænke effektivt, men i hvilken han var fuldstændigt afskåret fra sine følelser. Han havde deltaget i en psykodynamisk gruppe ved et andet hospital og følte, at det havde gjort meget for hans personlige udvikling. Efter hans mening var kognitiv adfærdsterapi hospitalernes måde at slippe for at investere penge i psykoterapi og i stedet prøve at løse psykologiske problemer ved at ændre tankeprocesser. Men da kognitiv adfærdsterapi ikke omhandlede følelserne (ifølge Jans oplevelse af møderne), var det spild af tid for ham. For Jan var hospitalsopholdet vigtigt, fordi han følte sig socialt isoleret i sin egen tilværelse, og opholdet på afdelingen gav ham lyst til at involvere sig med andre mennesker. Da han blev i stand til at overvinde sine problemer med social kontakt, begyndte han at socialisere kraftigt med menneskene omkring ham, han blev meget selskabelig og udviste omsorg, forståelse og sensitivitet.

I skarp kontrast til ovenstående behandlingsformer valgte Mogens ECT (elektrochok) som sin primære behandlingsform, da han kunne modtage den som ambulans patient og dermed undgå at blive smittet af alle de 'syge' mennesker på afdelingen. Han havde det bedre med at bo hjemme hos sin raske kone og med at nyde sine raske venners selskab.

For mange, deriblandt Jan, var den væsentligste faktor ved opholdet på Afsnit 10 de sociale omgivelser. For mange patienters vedkommende blev deres 'øve-ven-

ner' en slags sjælskammerater, som de var mere knyttede til end nogen andre. Med Stellas ord: "man skal igennem ting, man aldrig har prøvet før i sit liv, og man går ikke igennem dem alene. Andre mennesker skal igennem de samme ting. Dette opbygger bånd, som man ikke har med mennesker i sin hverdag, ikke engang med sin familie".

For andre var den vigtigste faktor ved Afsnit 10 forholdet til kontaktpersonen. I nogle få tilfælde var kontaktpersonen Jørgen, men generelt var det en sygeplejerske eller assistent. En patient fortalte mig, at hendes kontaktperson var ligesom den mor, hun aldrig havde følt, at hun havde haft. "Jeg kan græde, klage, skribe, hvad som helst – og hun forstår altid". På spørgsmålet om hvad der var det vigtigste ved opholdet på afdelingen, svarede en anden person ligeledes: "at min kontaktperson lyttede til mig og tog mig alvorligt".

De sygeplejersker og assistenter, jeg talte med, fortalte som regel, at det var i deres individuelle kontakt med patienterne, at de kunne føle sig sårbare. En sygeplejerske fortalte mig, at hun plejede at cykle to timer hver dag for at opretholde sin egen mentale sundhed. "Der er en fare for at blive deprimeret, når man arbejder her", fortalte en anden. En sygeplejerske fortalte mig, at det var svært ikke at føle sig ansvarlig for sine patienter, når man arbejdede med dem på et så personligt plan. Når to patienter var oppe at toppes, oplevede hun at sygeplejerskerne forsvarede hver deres patient! En anden sygeplejerske sagde dagligt til sig selv: "Jeg kan aldrig gøre nok, men lidt er bedre end ingenting". Den omsorg og det engagement sygeplejerskerne og assistenterne viste deres patienter var et lavtlønnet og sikkert ofte utaknemmeligt arbejde, der sommetider, som i Sines tilfælde, kunne gå skævt.

Når patienter følte, at forholdet til kontaktpersonen var dårligt, kunne de føle stærk modvilje over for dem. I Danielas kommentarer om sit ophold på afdelingen fremgik det, at hun ikke følte, at kontaktpersonen havde forstået, hvor alvorlig hendes tilstand var. Udadtil virkede Daniela som et intelligent og behageligt menneske, men under denne facade gemte der sig en dybtfølt angst, som truede med at ødelægge hendes skrøbelige selv. Hun havde mareridt om ituskårne kroppe, som skræmte hende i månedsvis og gjorde hende bange for at forlade lejligheden, men denne angst hørte op, da hun endelig påbegyndte behandling hos en privat psykiater. Den bitterhed, som patienter som Sine og Daniela følte overfor deres kontaktpersoner, siger noget om, hvor vigtigt dette forhold var for patienterne, men også om hvor svært et job dette er. En enkelt skødesløs bemærkning i løbet af en travl arbejdsdag for kontaktpersonen kan, hvis den ikke bliver diskuteret, vokse ud af proportion og i patientens hovede

lyde som en bekræftelse af dennes i forvejen dybtføjte utilstrækkelighed. Daniela fortalte, at hendes kontaktperson havde sagt til hende, at hvis hun ikke tog sig sammen, ville hun ende i en støttebolig for folk med psykiske problemer. Jeg spurgte hende, om det kunne tænkes, at kontaktpersonen havde ment bemærkningen som et venligt skub, men Daniela opfattede bemærkningen som bevis for kontaktpersonens manglende respekt for hende: i Danielas opfattelse havde hendes kontaktperson stemplet hende som den slags person, der sandsynligvis ville ende i en beskyttet institution.

I nogle tilfælde kunne en patient udpege en bestemt hændelse, der havde gjort udslaget, og som derefter havde ledt til en mere generel rehabilitering. Dette var tilfældet for Pia, en kvinde, hvis angstlidelse havde forhindret hende i at forlade sin lejlighed. Efter nogle måneder på Afsnit 10 beskrev Pia, hvordan hun havde lært om vigtigheden af at passe ordentligt på sig selv:

Jørgen sagde, "alle har brug for at have deres eget sted, og jeg havde ikke mit eget sted, men jeg gik ture langs stranden, og det føltes som om, jeg gav mig selv mit eget sted. Så, ved et mandagsmorgenmøde, husker jeg, at en af sygeplejerskerne nævnte overfor Tina, at hun ikke passede ordentligt på sig selv, og det gik op for mig, at det samme gjaldt for mig! Jeg kunne dårligt sige noget, så indestængt var jeg. Derefter fik jeg det bedre. Jeg var mit gamle jeg igen og kunne vende tilbage til mit arbejde."

I nogle tilfælde kunne folk ende med at begå selvmord, hvilket er en reel mulighed for folk, der indlægges på en afdeling for depression og angstlidelser. Det skete ikke, medens jeg var der, men en kvinde, der havde været på Afsnit 10 i nogle måneder, forsøgte at begå selvmord efter udskrivelsen. Når tidligere patienter begår selvmord, samles personalet til en seriøs samtale om det skete. "Det er i disse situationer, at vi virkelig søger dybt i vore sjæle. Men så er det tilbage til arbejdet igen", fortalte en sygeplejerske mig.

De patienter, jeg lærte at kende, havde en accepterende holdning til selvmord. Josephine fortalte mig, at hun havde valgt et sted i skoven, hvor hun ville begå selvmord, hvis hun besluttede sig for det. Da jeg (uden at nævne navne) refererede denne samtale til en anden patient på afdelingen, sagde han, at "selvmord er i orden, så længe man forbereder familie og venner på det, inden man gør det". Det er interessant at reflektere over denne accept af selvdestruktion, som jeg personligt ikke kunne tilslutte mig præcis på grund af den sorg, handlingen ville påføre familie og venner. Her findes måske en indikation af den grad af smerte, der er

forbundet med svær depression, som patienterne på Afsnit 10 har førstehåndskendskab til, men som de, der ikke har været på afdelingen, har en tilbøjelighed til at overse, når de tænker på depression som en kognitiv tilstand, en kemisk ubalance eller som meget dårligt humør.

Disse historier repræsenterer kun nogle få eksempler på de komplekse beskrivelser, patienterne gav af deres respons på de forskellige behandlingsformer. Deres reaktioner skal forstås på flere planer: hver patient reagerede på et særligt sæt af behandlingsformer skræddersyet til dem; derudover var patienternes respons en indikator for deres selvopfattelse og opfattelse af deres depression; endeligt omfattede folks respons på behandling en kombination af bevidste og ubevidste reaktioner, som foregik på et fysisk eller følelsesmæssigt plan. En forståelse af kompleksiteten af reaktioner på depressionsbehandling indbyder til refleksion over, hvordan patienterne agerede som selvstændige individer i deres respons på de helbredsfræmmende omgivelser, og hvordan denne ageren var forbundet med deres selvopfattelse, især da patienterne meget af tiden syntes at sidde uforetagssomme hen i dagligstuen eller sov i deres soveværelser og i denne tilstand af midlertidig passivitet dårligt nok reagerede.

## Teorier om selvet og respons på depressionsbehandling

Antropologiske studier af sindslidende har undersøgt, hvordan folks opfattelse af sig selv forandres gennem sådan en skelsættende oplevelse. Antropologer har dog mange forskellige teorier om selvet, og man kan i forskellige kilder finde beskrivelser af selvopfattelse blandt sindslidende som værende primært et eksistentielt, politisk, kulturelt, socialt eller psykologisk begreb.

En forståelse af selvet, der nærmer sig selvopfattelsens transformative tilstand under psykisk sygdom og behandlingsforløb, findes hos Jenkins og Barretts (2004), der mener, at selvopfattelse blandt mennesker med psykotiske episoder ikke kan forstås udelukkende i forhold til politiske forskelligheder, kulturelt definerede ideer om personlig identitet eller social stigmatisering. Den involverer en rekonstruktion af, hvordan selvet opleves, som kommer i stand, når en person gennemlever og samler erfaringer med sociale eller kliniske reaktioner på, hvem de er – med andre ord rekonstruktionen opbygges, mens personen lever med en selvforståelse, der løbende påvirkes af intersubjektive relationer.

Jeg tror, at når vi taler om subjektivitet, så mener vi i virkeligheden intersubjektivitet.... Ideen om intersubjektivitet er bevidst formuleret i kontrast til subjekt-objekt logikken ved dens indtræden i den interaktive zone af gennemlevet erfaring, i hvilken selvet konstitueres som proces, dynamisk og mangfoldigt. (Jenkins og Barrett, 2004, 47).

Jenkins og Barrett's forståelse af selvet udspringer af hendes viden om skizofrenes flydende selvopfattelse. Hun anvender en fænomenologisk tilgang fra europæisk psykiatri i sit argument for, at forandringer i selvopfattelse i skizofreni skal ses som en indikation for selvets dynamiske natur i alle mennesker. Som grundlag for en antropologisk tilgang, der er åben for ideen om alle menneskers selv som værende i konstant forandring, foreslår Jenkins og Barrett, at vi betragter subjektivitet som værende noget, der er i konstant tilbliven i relation til andre mennesker. Denne forståelse af selvet, som er udviklet indenfor antropologi hovedsageligt igennem studier af skizofreni, passer efter min mening lige så godt til både patienter og personale ved Afsnit 10. Den forklarer, hvorfor patienternes selvopfattelse kan forandres ved sociale aktiviteter med andre på afdelingen, og hvorfor personalet kan blive 'smittet' med depression.

Opfattelsen af selvet som værende flydende, som noget der eksisterer og forandres i en kontekst af intersubjektive relationer, synes også at betegne Whytes beskrivelse af narrativer som indeholdende, hvad Bruner (1990) har beskrevet som en konjunktiv kvalitet.

"Jeg ser konjunktivitet som værende et *situeret* anliggende; det er en sindstilstand hos mennesker, som interesserer sig for noget specifikt. Konjunktivitet er ikke noget, der karakteriserer tankesystemer.... Det drejer sig om den specifikke usikkerhed, som bestemte aktører oplever, når de prøver noget, der er vigtigt for dem—når de prøver at tackle et problem. Med andre ord, det er et udsagnsordsmodus, det drejer sig om handling, og især om interaktion" (Whyte 2005: 251; Good 1994).

I Afsnit 10s intersubjektive felt hvor mindst én person er læge eller sygeplejerske, og mindst én er patient, og hvor det ikke er muligt præcist at identificere, hvad patienten fejler, mener jeg, at alle de implicerede er bevidste om usikkerhed, og alle forsøger at koncentrere sig om, hvad der er det vigtigste. Netop denne situation af usikkerhed, og hvordan den udfolder sig, er den etnografiske substans af psykiatriske relationer.

## Selvopfattelse og helbredende transformation i et kropsligt og mytisk perspektiv

Ud fra de beretninger jeg hørte om patienternes ophold på Afsnit 10, var der tilsyneladende to primære typer af oplevelser af selvets forandring, nemlig udvikling i det kropslige selv og udvikling i det mytiske selv. Begge observationer er baseret på folks beskrivelser af deres oplevelse af behandlingen på Afsnit 10 og på sammenligninger med mine observationer af depression blandt Kuku-Yalanji-folket i Cape York, Australien.

### *Det kropslige selv*

Jeg kom uvægerligt ofte til at sammenligne de patienter, der sad og røg i opholdsstuen på Afsnit 10 med Kuku-Yalanji-folket, blandt hvem jeg lavede feltarbejde i 1994 i den lille bebyggelse Wujal Wujal i det sydøstlige Cape York. Mine sammenligninger hjalp mig med at forstå, hvordan depression var forbundet med selvopfattelse begge steder. En regeringsrapport, der klagede over ubærlige levevilkår, beskrev indbyggerne i Wujal Wujal som værende deprimerede (Anderson & Coates 1989). Ingen af de mennesker, jeg mødte i Wujal Wujal, havde nogensinde været i en klinik for behandling af svær depression, men folk tog til det lokale hospital med deres psykiske og fysiske sundhedsproblemer. Der var faktisk ligheder i oplevelsen af depression på Afsnit 10 og i Wujal Wujal: i begge grupper var der en følelse af mangel på kontrol, at andre, ikke dem selv, tog initiativerne – og en følelse af, at sådan burde det ikke være. I Wujal Wujal var der en følelse af nederlag og et ønske om forandring, så folks tilværelse igen blev styret af dem selv. Der var utilstrækkelig skolegang, manglende adgang til jobmuligheder og utilstrækkelige ressourcer til at opretholde en velfungerende tilværelse. Der var derfor en masse spildtid. Og der var også den simple kendsgerning, at andre mennesker –administratorer og statslige embedsmænd – rent faktisk havde kontrollen med deres liv på en måde, som de fleste mennesker aldrig oplever (Lorimer 2001, Anderson 1984, O'Neill 1996).

En af forskellene mellem de to grupper lå i deres opfattelse af det kropslige selv. Kuku-Yalanji-folket havde selvfølgelig bekymringer, kunne blive vrede, frustrerede og have ondt af deres folk og land, men de følte sig ikke afskåret fra det. De var aldrig blevet tvangsforflyttet fra deres jord, og de følte sig stadig nært forbundet med den på en dybt fysisk måde. Folk kom konstant med kommentarer om små forandringer ved træerne eller jorden omkring dem, bemærkede ændringer



i tidevandet eller hvordan vinden føltes. En fugls nærhed eller et firbens aktiviteter blev bemærket, og folks hverdagsgøremål blev betragtet som aktiviteter, der havde indflydelse på mennesker, dyr, ja selv på vejret (Lorimer). Børnene tilbragte megen tid på stranden eller i skoven og var konstant i kærlig fysisk kontakt med andre børn og voksne. Depressionen var således en fysisk tilstand, men kun så længe folk opholdt sig på missionsstationen; så snart de havde forladt den, var de igen fulde af livskraft.

I Ballerup syntes der i modsætning hertil at være en afkræftethed, uanset om folk var på afdelingen eller hjemme. Jeg lærte at forstå indflydelsen af denne manglende energi, når jeg observerede, hvor svært det var for folk at bygge videre på venskaberne med hinanden udenfor afdelingen. Denne mangel på livsenergi var umiddelbart synlig i måden, hvorpå folk sad eller gik med bøjede hoveder og nedsunkne skuldre. En kvinde beskrev, hvordan hun ikke kunne lægge nogen følelse i den fysiske træning: "Jeg stod bare der og baskede med armene og følte ingenting". Mange patienter sov om dagen og undgik at mødes eller tale med andre mennesker. Folk fortalte mig, at deres kroppe var tyngede af smerte, og deres eneste trøst var, at personalet havde fortalt dem, at depressionen ville gå over.

Men det var ikke sådan, at folk i Ballerup ikke besad handleevne eller selvforfølelse. Energien syntes at være fraværende, at være frosset ned, som om den ventede på de rette objektive betingelser for at tømme sig og komme i gang igen. I denne forstand var de dybt magtesløse og afhængige af andres evner til at nå ind til dem. Det faktum, at afdelingen med vilje brugte mange forskellige strategier, viser, at de prøvede at skabe de optimale ydre betingelser for at kunne nå ind til patienterne. Og det var ligeså vigtigt, at patienterne efterhånden selv opdagede disse strategier og følte dem på deres krop. Når denne personlige reaktion var opnået, blev den følt både i kroppen og i sindet, og patienterne oplevede en fysisk og meningsfuld forandring. Csordas giver en god beskrivelse af selvet som bio-psyko-socialt og åndeligt, og af hvordan kropslig forandring opleves som værende meningsfuld. Han siger: "Jeg ... indså, at målet for helbredelse ikke er udslettelsen af noget (en sygdom, et problem, et symptom, en forstyrrelse), men forandringen af en person, et selv der er en kropslig eksistens" (Csordas 2002: 3-4). Drew Leders *The Absent Body* (1990) drager en nyttig analogi: Leders tese er, at i hverdagen er vi så uopmærksomme på kroppen, at vi oplever den som fraværende, selvom dens tilstedeværelse betinger vores sanser og eksistens. Leder siger endvidere, at kroppen konstituerer vores 'nulpunkt' og forklarer: "Vi kan hverken forstå oprindelsen, orienteringen eller tekturen af vore sanseindtryk uden reference til den fraværende tilstedeværelse af den sansende krop" (Leder 1990: 11). Men her er tale

om en krop, der ikke er i en tilstand af smerte eller depression. Hvor en sund krop udgør vores nulpunkt, er det under en depression derimod selvet, der synker ned i dette nulpunkt. Her er det selvet, der tilsyneladende bliver fraværende i sin passivitet, og det eneste handlerum, der kan udtrykkes, er igennem den følelsesløse eller smertende krop. Behandling synes at kræve en række aktiviteter – fysiske, biokemiske, sociale og symbolske – med det formål at bringe selvet tilbage fra fastfrysningen i nulpunktet, så det igen kan fungere socialt og symbolsk på måder, der involverer en grad af bevidst selvstændighed. Sådanne aktiviteter må finde sted i intersubjektive relationer imellem selvet og den anden for, som Leder siger, "Jeg opfatter mig selv som kropslig og afgrænset, når jeg ser ind i øjnene på en anden, der ser på mig" (Leder 1990: 23).

### *Det åndelige og selvet*

Patienterne i Ballerup kunne også opfatte transformationen af selvet som en åndelig oplevelse. Her er det igen interessant at sammenligne Ballerup-patienterne med Kuku-Yalanji-folket. For Kuku-Yalanji-folket blev den fysiske kontakt med omverdenen, som jeg har beskrevet ovenfor, samtidigt oplevet som en åndelig kontakt, fordi både mennesker, dyr, planter og andre af stedets elementer blev anset for at være fysiske manifestationer af forfædrenes ånder. Som 'menneskebørn' af disse forfædres ånder havde folk mulighed for at øve indflydelse på åndernes 'dyrebørn' eller naturelementerne ved deres tilstedeværelse eller handlinger. Hvis åens vandniveau steg, fortalte man mig for eksempel, ville den ældste mand i min værtsfamilie placere sin ene fod i vandet for at få det til at synke igen. Med andre ord, på trods af koloniseringens traumer, racisme, turisme og frustrationerne over manglende indflydelse under den hvide regeringsmagt, var der i disse *basale* fysiske, følelsesmæssige og mytologiske aspekter nogle områder, hvor Kuku-Yalanji-folkets handlinger altid havde betydning. I samfund med stærke mytologiske traditioner bliver helbredelse – både fysisk og psykologisk – altid opfattet som havende en mytisk dimension.

Når en dansker modtager psykiatrisk behandling i Danmark, har han eller hun normalt ikke en mytisk tradition, der kan hjælpe med psykisk helbredelse (jf. Hansen 2003). Men længslen efter helbredelse findes i alle kulturelle sammenhænge (Estroff, 2004), og denne længsel kan få en person til at række ud efter omsorgsgiveres helbredende behandlinger til understøttelse for patientens egne helbredende handlinger. I sådanne situationer kollaborerer selvet og den anden et øjeblik, og en person kan da opleve sig selv som værende grundlæg-

gende forbundet med en anden. Dette perspektiv minder os om psykiatriens humanistiske oprindelse, når vi tænker på at psykiatri udviklede sig fra kirkelige traditioner for omsorg, åndelig helbredelse og magnetisme (Barrett 1996, Ellenberger 1970). Som Anderson har bemærket (1996), kan depression bedst beskrives som 'tab af sjæl'. Og selv i det relativt sekulære miljø på Afsnit 10 er det interessant at bemærke, at patienterne ganske ofte selv beskrev både deres sygdom og deres helbredelse, som noget der havde med deres sjæl at gøre. I mangelen på en kollektivt anerkendt helbredende ånd udviklede folk individuelle former for åndelig respons på omgivelserne og behandlingerne. Pias erfaring med at skabe sit eget private rum ved at gå ture på stranden havde en åndelig dimension, ligesom den oplevelse en anden patient fik ved at gå tur i skoven i stormvejr. Jørgen blev ofte selv set som en helbredende ånd. Da jeg først ankom til Afsnit 10, og spurgte patienter om, hvordan Jørgen var som person, svarede en kvinde: "Han er så dygtig. Jeg kan ikke forklare det – han er Gud!". En anden fortalte fuld af beundring om, hvordan Jørgen syntes at vide alt om hende, når de havde samtaler: "jeg behøvede ikke at fortælle ham noget som helst. Han *vidste* det bare. Det er uhyggeligt!". En anden fortalte mig: "Jeg havde ikke meget håb om, at mit ophold på afdelingen ville ændre noget som helst, men da jeg mødte Jørgen, sagde jeg lige ud til ham: 'Hvis der overhovedet er nogen, der kan hjælpe mig, så er det dig'. Og han gjorde det".

Disse udtalelser er efter min mening grundlagt i et ønske om helbredelse, der kommer fra et åndeligt såret selv. Når en person rækker ud efter en anden eller underlægger sig landskabets kræfter, udøver de deres egen helbredende kraft. Og når andre respekterer den åndelige dimension af deres handlinger, anerkender de personens egne strategier for at opnå helbredelse. Resten af arbejdet udføres i det intersubjektive felt, der eksisterer imellem dem: stedets struktur, rutinerne, den sociale atmosfære og weekenderne hjemme. Og fordi denne situation ikke er en enkeltstående hændelse, men en kombination af mange forskellige hændelser, vokser den sædvanligvis gradvist i løbet af uger og måneder. "helbredelse er meget mere som at så et frø eller som at give en rullende bold et lille puf, så den ændrer retning og ender et andet sted, end det er som et lynnedslag eller bjergskred" (Csordas, 2002: 5). Dette giver mening, når man ser helbredende relationer som værende interkonjunktive på samme måde, som Bruners narrativer er konjunktive—altid en del af, hvad der foregår og med respons som formålet med handling.

Trods vigtigheden af blikket eller den helbredende tilstedeværelse af en anden person tager en intersubjektiv tilgang i betragtning, at social adfærd imellem to

parter altid har både kropslige og kulturelle elementer. Derfor, som Csordas har sagt, er selvstændig handling altid ladet med symbolsk betydning, og to parter er ikke nødvendigvis enige om den betydning, en af dem prøver at udtrykke. Der er derfor ingen garanti for, at en psykiatrisk behandling bliver oplevet som et helbredende forløb. Det kan også opleves som et skadeligt forløb, som når folk føler sig stigmatiserede af personalets holdninger til patienterne. Ydermere, som i Jans tilfælde, synes nogle, at behandlingen slet ikke hjalp og vil måske fortsat opleve svære depressioner, selvom deres liv og selvopfattelse er blevet berigede af opholdet på Afsnit 10.

Afsluttende kan man sige, at Afsnit 10 havde en ret løs struktur, som krævede tilvænningstid for nogle af patienterne. Men denne løse struktur skabte et rum for social og symbolsk leg, som var en vigtig del af afdelingens humanistiske tilgang til psykiatri. Og de fleste patienter lærte efterhånden, at det var op til dem selv, hvordan de ville engagere sig i denne leg og i de forskellige behandlingsformer. Fritiden var derfor også en ventetid. I løbet af mine mange timer som passiv ryger i opholdsstuen, kom jeg efterhånden frem til den konklusion, at alle tilbragte megen af deres tid på Afsnit 10 med at vente. Men jeg kom også til at se vigtigheden af forholdet imellem den stille venten og de små øjeblikkes handling, der fandt sted indimellem. Som den tidligere nævnt sygeplejerske beskrev den hjælp, hun gav patienterne: "Jeg kan aldrig gøre nok, men lidt er bedre end ingenting". Og det er også bedre end at gøre alting, for hvis det psykiatriske personale gjorde alting, ville der slet ikke være plads til, at patienten kunne gøre noget som helst.

Oversat af Ann Langwadt

## Litteraturliste

- Anderson, Chris 1984 *The Political and economic basis of Kuku-Yalanji social history*. Ph.D Thesis. University of Queensland, Australia.
- Anderson, Chris and Coates, Sue 1989 *Like a crane standing on one leg on a little island*. Report to the National and Islander Legal Services Secretariat.
- Robert, Anderson 1996 *Magic, Science, and Health. The Aims and Achievements of Medical Anthropology*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Barrett, Robert 1996 *The Psychiatric team and the social definition of schizophrenia. An Anthropological study of Persons and Illness*. Cambridge University Press.
- Bruner, Jerome 1990 *Acts of Meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Csordas, Thomas 2002 *Body, Meaning, Healing*. New York: Palgrave.
- Desjarlais, Robert 1997 *Shelter Blues: Sanity and selfhood among the homeless*. Philadelphia: Univ. of Philadelphia Press.

- Devereux, George 1956 Normal and Abnormal: The Key Problem of Psychiatric Anthropology. I: *Some Uses of Anthropology: Theoretical and Applied*. Washington D.C. Anthropological Society of Anthropology: 23-48.
- Ellenberger, Henri 1970 *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. Basic Books.
- Erikson, Erik 1968 *Identity, Youth and Crisis*, New York, W.W. Norton & Co.
- Estroff, Sue 1981 *Making it Crazy: An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley: University of California Press.
- Estroff, Sue 1981 Subjects/Subjectivities in Dispute: The Poetics, Politics, and Performance of First-Person Narratives of People with Schizophrenia. I: Barrett, Robert and Jenkins, Janis, (red.) *Schizophrenia, Culture and Subjectivity. The Edge of Experience*. Cambridge University Press.
- Fox, R. 1979 *Essays in Medical Sociology. Journeys into the Field*. Wiley and Sons.
- Good, Byron 1994 *Medicine, Rationality and Experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Hansen, Anne-Katrine 2003 *En meningsfuld oplevelse – om konstruktiv brug af psykedeliske stoffer i Danmark*. C – upsatts. University of Lund, Sweden.
- Jenkins, Janis & Barrett, Robert (red.) 2004 *Schizophrenia, Culture and Subjectivity. The Edge of Experience*. Cambridge University Press.
- Kaysen, Susan. 1993. *Girl, Interrupted*. New York: Vintage.
- Kleinman, Arthur 1988 *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.
- Larsen, John Aggargaard 2002 *Experiences with early intervention in schizophrenia: An ethnographic study of assertive community treatment in Denmark*. Ph.D thesis. Univ. of Sheffield. UK.
- Leder, Drew 1990 *The Absent Body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lorimer, Francine 2001 "Ngayku bubu"/"My bit of dirt". *Themes of belonging, difference and separation among Kuku-Yalanji of the Bloomfield Valley in Southeast Cape York, Australia*. Ph.D. thesis. Department of Anthropology, University of Sydney.
- O'Neil, Theresa 1996 *Disciplined Hearts. History, Identity and Depression in an American Indian Community*. Berkeley: Univ. of California Press.
- Rhodes, Lorna 1991 *Emptying beds. The work of an emergency psychiatric unit*. Berkeley: University of California Press.
- Scheper-Hughes, Nancy & Ferreira, Mariana 2003 Domba's Spirit Kidney – Transplant Medicine and Suya Indian Cosmology. I: *Folk. Special issue: Disease, Risk and Globalization* (45): 125-157.
- Whyte, Susan Reynolds 2005 Uncertain undertakings: practicing health care in the subjunctive mood. I: Steffen, Vibeke, Jenkins, Richard & Jessen, Hanne (red.) *Managing Uncertainty. Ethnographic Studies of Illness, Risk and the Struggle for Control*. København: Museum Tusulanum Press. 245-264.