

Sprogets forførelser

Om diagnoser og andre konklusioner

Af Jacob Mosgaard

Fra: *Fokus på familien*, vol. 37, nr. 4, 2009.

Tankens ro har i mange år foruroliget mig.

- Lasse Dencik 2006

Indledning – om sprog, fordomme og konklusioner

Hvor godt forstår vi egentlig de mennesker, vi forsøger at hjælpe? Hvor ofte kommer vores egne forståelser, vores kulturelle forforståelser, i vejen for den gode nok forståelse – og dermed den bedst mulige hjælp? I hvor høj grad er vi trods de bedste intentioner ofre for subtile sproglige og nonverbale finesser og finurligheder, således at vi overhører væsentligheder, punktuierer anderledes end klienterne eller misforstår ords betydning for den anden? Måske et ord, som vi finder banalt, er et nøgleord for en klient, mens ord, som for os virker stærke, bruges som fyldord af klienten.

Hvor ofte tror vi, at vi ved, hvad den anden taler om og glemmer dermed at være nysgerrige? Ligner den anden os på forskellige områder tager vi måske for givet, at vi forstår hvordan det må være at være vedkommende, og risikerer at glemme helt basale spørgsmål eller at blive for uprofessionelle – fx ”jeg ved lige, hvordan hun har det”. Er den anden derimod meget forskellig fra os, overfokuserer vi måske på forskellighederne i verdensopfattelser eller kultur og risikerer at tro, at vi intet forstår, eller at forstå gennem ureflekterede kulturelle stereotyper – fx ”som en arabisk mand har han nok problemer med kvindelige autoriteter”.

På tværs i samfundet findes en lang række sprog. Eksempelvis på tværs af sociale klasser. Der eksisterer forskellige samfundslag med forskellige normer, forestillinger om det gode liv, med forskellige sprog. Hjælper jeg bedst middelklasse-klienter med deres middelklasse-problemer, fordi jeg langt hen ad vejen taler deres sprog og deler deres ideer om løsninger, deres værdier og deres drømme? Er min forståelseshorisont for afgrænset til at kunne møde folk med andre konstruktioner af verden end min med andet end *mine* forestillinger om det gode liv? Er jeg overhovedet i stand til at opdage, hvis en klient ikke deler mine anskuelser om livets værdier, om parforhold, om psykisk velbefindende?

Er det muligt at undgå at blive en påvirkende agent, altså at undgå, at mine klienter ender med at tænke mere psykologisk eller mere systemisk, selv om de egentlig ikke på forhånd udtrykte noget ønske om dette?

En kvinde giver i gruppeterapi udtryk for et stort ønske om forandring, men afviser de fleste refleksioner fra terapeuterne og de fleste gode råd fra de andre gruppedeltagere. Under en i egne øjne både kløgtig og kreativ refleksion fra min side ryster hun på hovedet, mens en gruppedeltager, som udtrykker sin genkendelse af de besværligheder, der beskrives, mødes med bekræftende nik. Hun svarer ofte "ja, men...", og hun er ofte mere optaget af at fortælle sin lidelseshistorie end i at undersøge mulige fremtider.

Nogle af mine kolleger foreslår i en supervision, at jeg "går med modstanden". Jeg kommer til at tænke på Steve de Shazers klassiske artikel "The death of resistance" (1984) og overvejer de forskellige terapeutiske konsekvenser af ordet "modstand". Der åbner sig visse muligheder for handling og for den terapeutiske dialog, men hvilke muligheder lukkes der for med dette ord? Hvilket syn på menneskelige problemer skjuler sig i ordet? Jeg bliver især slået af ordets sandhedsudsagn, af hvordan jeg ved at tage det til mig også vil tage en bestemt forståelse af mennesket, en bestemt sandhed, til mig. Hvordan ville hun reagere, hvis hun hørte, at jeg havde besluttet mig til at "gå med hendes modstand"? Ville hun føle sin egen forståelse, sin egen sandhed, inkluderet i denne behandlingsplan?

Mens jeg lytter til refleksionerne, bliver jeg slået af mine kollegers oprigtige forsøg på at forstå kvindens situation. Vi vil alle gerne forstå – og alle ønsker at yde den bedste, måske endda den rigtige hjælp. Samtidig bliver jeg slået af en mangel – fraværet af kvindens egen stemme i denne dialog.

Jeg kommer til at tænke på en anden forståelse af fænomenet "modstand", en mere ydmyg forståelse: Modstand er jo også en kommunikativ handling, et indlæg i dialogen, som på en måde lukker denne dialog. Muligvis er den et udtryk for at være blevet stillet et spørgsmål af en forstyrrende eller usædvanligt karakter (Andersen 1994). Eller muligvis er modstanden et udtryk for klientens oplevelse af at blive overhørt eller misforstået i sine dagsordener eller bekymringer (Miller & Coleman 1998). Jeg opdager herigennem en ny åbning for mig som terapeut: En anden type spørgsmål: Hvad er det, jeg endnu ikke forstår ved hendes situation, ved hendes lidelse, ved hendes proces? Hvad ville bringe mig nærmere en forståelse og nærmere at kunne hjælpe hende godt nok? Gad vide, hvad hun vil sige til at blive stillet disse spørgsmål?

Mit indledende spørgsmål er lige så centralt, når fokus drejes en smule: Hvor godt forstår vores klienter egentlig sig selv og deres situation? Hvor godt stemmer deres ideer om problemløsning overens med vores og deres egne erfaringer, og hvor ofte står vante forestillinger i vejen for at kunne komme videre?

Sprogets magt udspiller sig ikke kun i vores relationer, men også i vores personlige forståelser af os selv og verden, i vores narrativer. Vi er som individer ikke blot underlagt andres forståelser af os, men også vores egne – med de muligheder og begrænsninger, der ligger heri. De fælder med hensyn til stemplende sprogbrug, som vi kan være i fare for at falde i som professionelle, kan være lige så farlige for os i vores dialoger om os selv. Ikke blot kan vores sprogbrug om os selv være fuld af forudfattede og potentielt negative ideer, de kan også være med til at understøtte og styrke de professionelle negative beskrivelser.

Ord kan forhekse os, skriver Ludwig Wittgenstein (1969). At slippe ud af de sprogpil, vi indgår i, er lige så usædvanligt som at spille skak ved at rykke brikkerne, som vi selv

lyster. Vi følger reglerne uden at opdage, at vi også kunne afvise hele spillet. Men sproget forhekser ikke bare, således at vi ikke ser denne mulighed – det forfører os. Det forfører os til at vælge sprogspelet, *selv om* vi genkender det som et spil.

Forførelse er et tvetydigt begreb, og netop derfor finder jeg det rammende til at betegne sprogets indflydelse på os. På den ene side bliver vi ført til at gøre noget, vi egentlig ikke havde lyst til. Men på den anden side indeholder forførelsen en tiltrækningskraft, som vi gerne udsætter os selv for. Og uanset om vi ønsker det eller ej, så fanger sproget os, som en god forførelse gør, så når vi først har sagt A, er det vanskeligt ikke at sige B.

I disse år hersker eksempelvis et ordpar, som kræver vores stillingtagen i en række forskellige situationer: *Pisk eller gulerod*. I flere politiske spørgsmål kan man vælge at motivere folk gennem enten det ene eller det andet. De mere hårdkogte foretrækker ofte "pisk", mens mere humanistisk orienterede vil vælge "gulerod". Men kun sjældent bliver selve sprogspelet afsløret – det er sjældent at høre nogen afvise selve præmisserne. Det bliver således ikke opdaget eller italesat, at begge ord er dele af samme paradigme, at de begge er udtryk for samme ønske. Et ønske og en forestilling om ensidig påvirkning af mennesker gennem incitamenter, enten positive eller negative. Økonomernes menneskesyn, firkantet sagt.

Hvordan kan vi forstå sprogets forførelser af os? Og vil vi kunne være med til at bestemme over, hvordan vi lader os forføre? Det vil jeg komme med nogle bud på i denne artikel.

Fordomme

Vi mennesker søger livet igennem at skabe mening i det, vi oplever, i vore egne liv og i de liv, som andre lever. Vi forsøger at forstå os selv og hinanden, og denne søgen er både basalt individuelt unik og basalt social. Vi fødes ind i en verden til et liv, som er vores helt eget, til en livshistorie ulig nogen andens – men også ind i en verden *mættet* med mening. Noget er forhandlet frem gennem tusinder af år og så at sige umulig ikke at iklæde sig, mens anden mening er til forhandling og forandring fra dag til dag. Mening er socialt konstrueret (Gergen 1999).

Da vi umuligt kan skabe vores egne meninger om alting, men må overtage allerede eksisterende meninger, forstår vi uundgåeligt verden gennem forforståelser – gennem fordomme (Cecchin et al 1994). Fordomme er således ikke i sig selv problematiske, men naturlige. De hjælper os med at forstå, til at afgrænse de ideer, der kunne tænkes at eksistere om verden. De hjælper til at skabe orden og mønstre i vores opfattelser af alting.

Fordomme eller forforståelser hjælper os til at skabe mening med en situation, inden vi står midt i den. De forhindrer os i at total uforberedthed, til ikke at blive taget med bukserne nede. De understreger betydningen af vores og andres erfaringer og tillader os at agere kreativt eller bygge videre på disse erfaringer.

Fordomme har dog en indbygget ulempe: De lukker vores øjne for andre meninger, for ideer, som ikke passer ind i vores forståelse, eller som måske endda ville føre til forkastelse af denne forståelse. De er, hvad man inden for narrativ praksis (White 2008) betegner som tynde beskrivelser.

Når vi som terapeuter møder en klient, møder vi ikke uforberedt op. Vi er bevæbnet med op til flere ideer og tilgange til mødet med klienten. Og disse er både afhængige af erfaringer og af umiddelbare optagetheder. Har vi fx aftenen før læst en bog om strukturel

familierapi, vil vi måske have en særlig opmærksomhed på hierarkier og forældre-barnrelationer. Har vi i stedet læst om drømmetydning, vil vi måske lade vores spørgsmål guide af en opmærksomhed på symbolik og fortolkning. Har vi læst dagens avis, vil vi måske inddrage aktuelle begivenheder enten metaforisk eller konkret i den terapeutiske samtale (se Sluzki 1992).

Fordomme har baggrund i tidligere erfaringer eller oplevelser, som så er blevet generaliseret af os selv eller andre og nu bruges af os til at forstå en situation, vi ikke har mødt før. Vores generaliseringer af vores oplevelser og indtryk vil jeg om lidt definere som konklusioner, og fordomme kan således ses som frugterne af tidligere konklusioner.

Konklusioner

Jo tættere vi kommer på et andet menneske, jo mere komplekst træder den anden frem. Fremmede vil oftest blive karakteriseret strukturelt og kategorisk, mens nære bekendtskaber oftere vil blive beskrevet ud fra mere sammensatte eksistentielle forhold.

Det modsatte synspunkt gør sig desværre også gældende: Jo mere kategorisk et andet menneske beskrives, jo mere fremmed bliver den anden.

Inden for narrativ praksis benyttes begrebet identitetskonklusioner (White 2004) som en måde at beskrive det forhold, at vi i vores forståelser af os selv og andre på et tidspunkt snævrer ind og sorterer væk i mangfoldigheden af mulige forståelser og vælger én. Mit ærinde i denne artikel er endnu bredere, nemlig ikke blot et fokus på de beskrivelser, vi har af os selv og andre, men på de beskrivelser, vi har af alle aspekter af virkeligheden. Jeg vil derfor mere bredt benytte begrebet "konklusioner".

Nogle konklusioner er som nævnt identitetskonklusioner. De kan forme sig som disse: *Han er meget indadvendt. Hun er b-menneske. Jeg har lavt selvværd.* Identitetskonklusioner definerer individer eller befolkningsgrupper inden for specifikke kulturelle kategorier. Inden for psykiatrien ses identitetskonklusioner særligt tydeligt i de diagnoser, som har fokus på menneskers identitet – personlighedsforstyrrelserne. Disse vil jeg undersøge nærmere senere i artiklen.

Andre konklusioner kan handle om andre ting: Fx filosofiske områder (*alt er kemi*), eksistentielle temaer (*lykken står den kække bi*). Inden for psykoterapien er der en række udbredte konklusioner om såvel psykisk helse og sygdom, om problemer og deres løsning. Dette er en nødvendighed – uden disse konklusioner ingen terapiteori. Selv metateorier såsom den socialkonstruktionistiske, som taler om ikke at kende sandheden godt nok til at kunne konkludere på den, indeholder sine egne metakonklusioner, fx at al erkendelse er socialt konstrueret. Det er med andre ord et grundvilkår ved al tænkning og praksis at måtte skabe konklusioner, og som tilfældet er med fordomme, lige så lidt kan og bør de undgås. Så hvad er problemet?

Problemet er, at konklusioner ligesom fordomme har konsekvenser.

Konklusioner skaber mening, men de lukker også for alternativ mening. Konklusioner stopper refleksionen, for de fremstår som sandheder, som der af samme grund ikke kan pilles ved. Al dialog går i stå rundt om konklusioner. Samtalen, såvel den ydre som den indre dialog, fører én vej hen og stopper ét sted.

Hvilke steder stopper samtalen typisk? Den kan stoppe et sted, som er *velkendt*, fordi ordene allerede er "derude" – de er en del af en anerkendt kulturel diskurs eller af ens eget personlige narrativ. Det kan også være et sted, som giver *muligheder for at handle* – konklusioner kan indeholde meget entydige handledirektiver. Eller det kan være et sted, som er *bekvemt* – et sted, som ikke forstyrrer, følelsesmæssigt eller erkendelsesmæssigt.

I udgangspunktet er enhver situation åben for et utal af fortolkninger, altså af meningsdannelser. Adfærd indgår i relationelle samspil, og kan forstås som svar på anden adfærd eller sproglig kommunikation i disse relationelle samspil. Tag noget så enkelt som et smil. I en terapeutisk sammenhæng kan et smil eksempelvis tolkes som imødekommende eller garderet, nervøst eller manipulerende, alt efter terapeutens aktuelle optagetheder eller terapeutiske referenceramme (Schefflen 1978). Og denne fortolkning har konsekvenser for den terapeutiske relation og for den videre udvikling af den terapeutiske dialog.

Ordet fanger. Et ord skærer mange veje væk og efterlader et begrænset udvalg af sproglige veje. Har jeg set smilet som manipulerende, må mine efterfølgende konklusioner basere sig på denne oplevelse.

Har jeg først beskrevet mig selv som deprimeret, bliver mine næste ord – og handlinger – typisk inden for dette ords ramme, således at jeg ikke pludselig bryder ud i glad sang. Gør jeg dette alligevel, og gør jeg det ofte nok, vil jeg efterhånden finde mig selv i en ny sproglig kategori, som vil kunne forklare og dermed opløse dette tilsyneladende paradoks. Jeg kunne eksempelvis blive opfattet og opfatte mig selv som skør eller eventuelt som personlighedsforstyrret.

Jeg kan også fanges af imperativet om at beslutte mig for en bestemt konklusion. Dette kan til tider forhindre mig i at betragte dilemmaer nysgerrigt. Jeg kan være optaget af at søge sammen med en klient at definere, hvorvidt hun har været udsat for overgreb, eller hun har indgået i et gensidigt kærlighedsforhold. Dette kan gøre mig blind for dilemmaer, såsom at en ubehagelig relation samtidig kan indeholde kærlighed, eller at en kærlig og omsorgsfuld relation også kan indeholde elementer af overgreb. Denne blindhed vil gøre, at jeg ikke udviser respekt for gråtoner og sammensatte følelser og derfor potentielt vil kunne støtte negative identitetskonklusioner.

Konklusioner må derfor omgås med forsigtighed.

Diagnoser og psykiatrisk praksis

Ofte har jeg hørt mig selv og mine kolleger inden for psykiatrien omtale patienter med mere skråsikkerhed, end jeg bryder mig om. *"Hendes adfærd er typisk borderline", "Det ville være godt for ham at arbejde med sine kropslige symptomer"* eller *"Vi forsøger at arbejde med de problematikker, som det i virkeligheden handler om"*.

Vi sidder eksempelvis til en behandlingskonference med en patientjournal foran os, som vi slår op i for at lede efter fakta og karaktertræk ved denne patient, som kan gøre det lettere at definere hans eller hendes problematik og den rette behandling. Til tider tager vi ud fra ordene i journalen stilling til, om personen kan få et terapeutisk forløb hos os, om hun er for "dårlig" eller eventuelt en "non-case", som ikke lever op til de diagnostiske kriterier for en behandling inden for psykiatrien.

Det kan være svært at bryde en mangeårig psykiatrisk tradition for ekspertise-udsagn om andres lidelse. Denne tradition bygger på erfaring med at finde den bedst mulige hjælp, men også på en videnskabelig grundforståelse af nødvendigheden af autoritet. Ofte fanges sproget af denne tradition, og andre stemmer kan have vanskeligt ved at finde plads og blive hørt. Stemmer, der peger på anderledes forståelser, stammer fra et sted uden for denne tradition, og kommer af netop denne grund til at mangle autoritet (Andersen 2006).

Diagnoser er et sprogligt redskab til at skabe mening i folks lidelser. Et praktisk formål med denne meningsskabelse er at kunne hjælpe den lidende bedst muligt. Det er et basalt sympatisk projekt, men som med de fleste sympatiske projekter er det en god idé at have øje for dets bekymrende aspekter. Vejen til Helvede er brolagt med gode intentioner, som man siger, og selv om ønsket og formålet er at hjælpe og lindre, kan virkningerne af diagnoser være mere og andet end det.

Det kan derfor være nyttigt at dekonstruere diagnoser og holde blikket på deres indbyggede forforståelser, og det kan være vigtigt og et potentielt etisk spørgsmål at undersøge, hvilke meningsskabelser, diagnoser kan stille sig i vejen for eller være med til at lukke vores øjne for.

Postmoderne kritik er ikke antipsykiatri

Kritik af psykiatrien og af diagnoser har en lang historie. Den kom mest systematisk til udtryk i de antipsykiatriske bevægelser fra 1960'erne og frem, og bl.a. udtrykt i klassiske bøger og artikler af Thomas Szasz (1973) og David Rosenhan (1973) eller fikcionaliseret i fx "Gøgereden" (Kesey 1962). Værkerne viser og diskuterer de skadelige virkninger og indlejrede undertrykkelsesmekanismer i det psykiatriske system og det stemplende og uafvaskelige ved psykiatriske diagnoser.

Antipsykiatrien kan vel på mange måder ses i sammenhæng med den voksende opmærksomhed på og utilfredshed med de dele af den eksisterende samfundskultur, som man ellers ikke havde været vant til at stille spørgsmålstejn ved. Fokus er på de negative konsekvenser af samfundets institutioner og på en overordnet civilisationskritik. Antipsykiatrien er således en naturlig del af strømninger som ungdomsoprør, hippiebevægelse, studenteroprør og det symbolske årstal 1968. Den bygger på et humanistisk, socialistisk eller ligefrem liberalistisk projekt om frisættelsen af individet fra undertrykkende strukturer (Fee 2000).

Min kritik kommer fra en lidt anden vinkel. Det er en postmoderne kritik, som baserer sig på socialkonstruktionistiske og poststrukturalistiske ideer (Gergen 1990; Foucault 1980). Det skal ikke underdrives, at antipsykiatri og postmoderne kritik overlapper, men der er væsentlige forskelle. Den vigtigste ligger for mig at se i forståelsen af magt. Antipsykiatri sætter på sin vis lighedstegn mellem magt og undertrykkelse. Magt er noget relativt konkret.

Den postmoderne tilgang baserer sig på en anderledes erkendelsesteoretisk forståelse af magt. I denne forståelse er magt til stede i enhver relation, og den kan udmønte sig i såvel produktive som undertrykkende praksisser. Magt er i denne forståelse positiv, det vil sige skabende, og skal ikke blot søges udryddet, men benyttes varsomt og i overensstemmelse med den etik, den enkelte professionelle arbejder ud fra.

Diagnoser er derfor heller ikke problematiske, fordi de er entydigt undertrykkende, men på grund af den manglende erkendelse af, at der overhovedet er magt til stede. Postmoderne kritik retter sig således imod ideen om, at observationer og kategoriseringer kan være objektive og helt fri for enhver dagsorden. Med andre ord, andre socialkonstruktionistiske ord: Vi observerer ikke dysfunktionel adfærd – vi observerer adfærd, som vi definerer som dysfunktionel baseret på et sæt overbevisninger om funktionel og dysfunktionel adfærd (fra Gergen et al. 1996). Og disse overbevisninger kan vi ikke umiddelbart dømme negativt eller positivt i sig selv.

En depressionsdiagnose for eksempel *kan* være undertrykkende eller stigmatiserende, og denne side af sagen vil jeg vende tilbage til – men den kan også være frigørende og skabe mening og plads i helt særlige kulturelle sammenhænge, som man ellers var udelukket fra (se fx Wurtzel 1995). Det kan således ofte opleves som en lettelse at få ”den rette diagnose”, idet det giver mulighed for ikke længere at føle skyldfølelse over uhensigtsmæssig adfærd over for os selv og vores omgivelser. Mange kan ånde lettet op, for det betyder også, at der eksisterer udveje, der åbnes døre for behandlingsmuligheder og forskrifter for en konstruktiv måde at leve med diagnosen. Der findes muligheder for at tage magten, hvor der før var afmagt.

En dag møder en ung kvinde op til terapi og er glad. Hun er i begyndelsen af et kortvarigt, intensivt behandlingsforløb inden for psykiatrien. Efter at have læst om forskellige diagnoser på internettet har hun genkendt sig selv i en af dem. Hun har fundet frem til, at hun må være ”borderliner”.

Jeg mærker min indre antidiagnostiker stikke hovedet frem, men det lykkes mig at holde den væk, mens jeg hører mere til hendes oplevelse. Hun fortæller om, hvordan hun i mange år har oplevet sig forkert, akavet og ensom i sociale situationer. Hun oplever sig desuden stort set ubekendt med sine følelser, bortset fra, når hun mærker nedtrykthed eller vrede. Hun synes, at hun havner i mange af de problematiske situationer eller relationer, som hun fandt beskrevet i forhold til den såkaldte ”emotionelt ustabile personlighedsstruktur af borderline-typen”.

Diagnosen giver hende med andre ord en forståelse af sig selv, som det ikke er lykkedes hende at finde andre steder. Den giver mening til ellers meningsløse episoder og fortvivlelser. Jeg tænker, at den giver hende en oplevelse af identitet, af at kunne identificere sig med noget. Identificere sig med et begreb, og med andre i samme situation. Den hjælper hende til at lette en længe kendt ensomhed en smule.

Jeg opdager, at jeg bliver udfordret i mine egne fordomme og konklusioner om diagnoser, og vælger at anerkende hendes opdagelse og åbent ledsage hende i sin nye erkendelsesproces. Den lader til at have sat helt nye tanker i gang, og disse følger jeg nysgerrigt.

Postmoderne kritik giver muligheden for at undersøge baggrunden for og fordelene ved diagnoser uden at frygte, at ulemperne glemmes eller forklejnes. Diagnoser kan med andre ord *dekonstrueres*, hvilket vil sige ses i den sammenhæng, de er opstået i – netop for at kunne forstå deres begrebsmæssige, historiske og kontekstuelle begrænsninger. En dekonstruktion kunne se således ud:

Diagnoser er efter al sandsynlighed ikke skabt af onde undertrykkere, og det er sandsynligvis heller ikke sådan, at deres ivrigste fortalere er blinde eller nægter at se sandheden i øjnene. Det er oplagt, at diagnoser tværtimod er tænkt som et nyttigt klinisk værktøj.

For det første er diagnoser kategorier til lettelse af kommunikationen mellem professionelle. I anden række af kommunikationen mellem behandlere og patienter. Som sådan er de måder at skabe mening, jævnfør min tidligere diskussion af forforståelser og meningsdannelse.

For det andet er diagnoser i udgangspunktet forsøgt fjernet fra negative tolkninger. De er fænomenologiske. Det vil sige, at de enten fokuserer på observerbar adfærd eller på den rantes subjektive oplevelser. Det gør dem jo ikke mindre normative, som det fremgår af meget af denne artikels argumentation, men blot mindre eksplicit dømmende og fordømmende.

Med andre ord er diagnoser som udgangspunkt velmenende beskrivelser og i samme båd som alle andre former for menneskelig meningsdannelse. De hjælper os som professionelle helt grundlæggende til at forstå, hvad en anden professionel taler om. De kan således være lige så lidt skadelige som andre forsøg på at konstruere virkeligheden, så længe de fastholder den basale erkendelse, at diagnoser ikke er sandhed, men et værktøj til samskabelse af mening.

Ulemperne ved det diagnostiske sprog ses dog, når dette ikke sker. Og dette er ikke udtryk for ond vilje, men for det beroligende ved faste kategorier kombineret med et helt naturligt fænomen – at sprog glider.

Personlighed og forstyrrelse

Da jeg var barn var en taber en, som havde tabt i livets spil. En, som velfærdsstaten havde tabt ned gennem sine fine masker, og som det var samfundets ansvar at samle op igen. I dag er en taber et individuelt fænomen, en betegnelse for en person, som ikke har formået at blive en vinder. Ansvar ligger hos den enkelte, som må finde en måde at tage sig sammen.

Sproget glider. Ordene skifter betydning over tid og over sted. Samme skred sker med diagnoser som personlighedsforstyrrelser. Udgangspunktet er ønsket om at beskrive en lidelse, og risikoen bliver ofte en beskrivelse af en personlighed. Det kan næsten fornemmes, at ansvaret for at få det bedre også flytter sig med betydningen af ordet.

Jeg vil nu bruge lidt plads på en konkret eksemplificering af denne artikels tema. Hvordan viser sprogets forførelser sig inden for psykiatrien, mere konkret i de psykiatriske diagnoser? Mange af pointerne gør sig gældende inden for alle diagnosegrupper inden for det psykiatriske område i ICD 10, som er den seneste udgave af WHO's fortegnelse over sygdomme og relaterede helbredsproblemer (WHO ICD-10 1994).

Men jeg vil særligt fokusere på kategorien "Forstyrrelse af personlighedsstruktur", populært kaldet personlighedsforstyrrelser – efter det amerikanske diagnosesystem DSM-IV. Denne diagnosegruppe indeholder ikke blot implicite fordomme og grundopfattelser om psykiske problemer, men helt eksplicit også om det normale over for det unormale. Personlighedsforstyrrelser er således ikke kun nyttige arbejdsredskaber til afhjælpning af menneskelig lidelse – de indeholder også en risiko for stigmatisering. En risiko for at vi som professionelle ikke blot søger at hjælpe, men også ender med at definere den hjælpsøgende som anderledes eller forkert.

Den integrerede og uafhængige personlighed

"... den impulsive type, som overvejende karakteriseres af følelsesmæssig instabilitet og manglende impuls kontrol" (ICD-10: 138)

Til grund for hele diagnosegruppen personlighedsforstyrrelser ligger nogle præmisser om, hvad en personlighed overhovedet er. Ja, at det i det hele taget giver mening at benytte et begreb som "personlighed". Det er baseret på nogle udbredte forforståelser om mennesket og om selvet særligt knyttet til den vestlige verden (se bl.a. Gergen 1991).

To grundantagelser gennemsyrrer i mine øjne forestillingerne om personligheden. En grundantagelse om sammenhæng i personligheden og en grundantagelse om den unikke personlighed. Lad mig udfolde de to antagelser:

For det første ideen om det *integrerede* individ. Personer forstås som sammenhængende og stabile – over tid og over sted. Jeg er grundlæggende den samme i dag, som jeg var for ti år siden, og jeg er den samme uafhængigt af kontekster – i mit eget kvarter eller i udlandet, i min egen familie eller som gæst i et fremmed hjem. Kernen er den samme. Min adfærd bør afspejle dette, jeg bør fremstå og opfatte mig selv som konsistent i alle sammenhænge og relationer. Er jeg ikke det, afviger jeg fra den udtalte norm.

Konklusionen i diagnostisk sammenhæng må være: Det *ikke-integrerede* individ er det *forstyrrede* individ.

For det andet ideen om det *uafhængige* individ. Individet forstås som et særegent fænomen – eksisterende før samfundet, eksisterende før kulturen, og eksisterende før sociale samspil i det hele taget. Jeg besidder en fri vilje, som gennem rationelle overvejelser giver mig muligheden for at træffe beslutninger om mit liv og mine værdier. Lader jeg mig påvirke af andres holdninger, er jeg selvusikker. Er jeg afhængig af omgivelserne, er jeg svag.

Konklusionen diagnostisk set må være: Det *afhængige* individ er det *forstyrrede* individ.

Ideerne om personligheden er ikke blot potentielt problematiske konstruktioner, de er også konstruktioner i krise. Selve ideen om personligheden som noget relativt stabilt og enestående udfordres kraftigt af en postmoderne verdens multifacetterede virkeligheder og nye relationsformer. Alligevel fastholdes ideerne i de fleste sammenhænge, og de

holder fortsat et stærkt greb om hverdags sproget og viser også deres ansigt inden for diagnosesystemet.

Personlighedsforstyrrelser og "de andres" perspektiv

"Karakteristiske vedvarende mønstre for adfærd og oplevelsesmåde som afviger fra det i kultursammenhængen forventede og accepterede" (ICD-10: 136)

I politisk diskurs ses ofte tendenser til udgrænsende sprogbrug. Den ene fløj kalder den anden for racister, mens den anden kalder de andre for socialister. Begge fløje forudser katastrofer ved de andres politik, enten økonomisk eller socialt. Begge dele er forsøg, ikke på at karakterisere den anden part nøjagtigt og objektivt, men på at definere de andre som noget væsensforskelligt fra "os". Det er forsøg på at afskrække folk, som kunne være på vippen til at tilslutte sig de andre – og fortælle dem, at det kunne gå grueligt galt.

Således fungerer sproget ikke blot som måder at kommunikere så præcist som muligt med hinanden. Når det gælder det diagnostiske sprog, viser det ikke blot en hjælpende hensigt, men også en definerende hensigt. Og med enhver definition følger muligheder for udgrænsning.

Personlighedsforstyrrelser indeholder denne tendens tydeligst. En forstyrrelse omtales i forhold til "vores" norm – der tales direkte ind i vores opfattelser af sunde personligheder. Forstyrrelsen tænkes således eksempelvis ikke i forhold til personens egen ønskede personlighed, således at personen selv oplever, at forstyrrelsen kommer i vejen for at være den, hun ønsker. Den tænkes heller ikke i forhold til en tidligere personlighed, således at forstyrrelsen kunne forstås historisk, og måske endda som noget forståeligt og i orden. Nej, en forstyrret personlighed er forstyrret i forhold til de gældende normer i vores kultur.

Diagnosens dagsorden er således ikke kun at udgrænse den upassende adfærd – nej, den bekræfter os i samt hjælper os til at definere, hvilken adfærd vores kultur finder acceptabel. Diagnosen medvirker altså til fastholdelse af kulturelle normer.

Personlighedsforstyrrelser og det potentielt stemplende

"Karakteriseres af overfladisk og labil emotionalitet, tilbøjelighed til dramatiseren, teatralisk optræden, anvendelse af overdrevne følelsesudtryk, udtalt letpåvirkelighed, egocentricitet, forfængelighed, manglende tanke for andre, abnorm sårbarhed og vedholdende søgen efter spænding i tilværelsen, anerkendelse og opmærksomhed" (histrionisk personlighedsstruktur, ICD-10: 139)

Diagnosesprog er reduktionistisk. Det reducerer komplekse lidelseshistorier og deres kulturelle sammenhænge til enkle kategorier.

En af disse reduktioner er den naturvidenskabelige: Med hjælp fra medicinalindustrien og den forskning, den udfører og igangsætter, tegner der sig et mere og mere klart billede af den officielle og udbredte opfattelse af psykisk lidelse: Årsagen er genetik, kognitiv dysfunktion og kemiske ubalancer. Lidelser er blevet til sygdomme, som det dermed er muligt at beskrive med samme naturvidenskabelige sprog som andre sygdomme. Psykiske problemer ses således som en slags apparatfejl, som med den rette medicin og behandling kan udbedres (se også Sparks et al. 2006).

En anden reduktion ses med personlighedsforstyrrelser, nemlig i forhold til definitionen af *personligheden*. Den kunne kaldes reduktionen til løg-metaforen (fra McKenzie & Monk 2006). Noget følelsesmæssigt er gået skævt tidligt i livet, og graver man dybt nok eller fjerner nok af de overfladiske fænomener, så ser man problemerne og ikke kun den ydre fremtræden. Fjernes løgets lag et efter et, opnås en stadig dybere indsigt – hvilket fører til forandring. Der er i sagens natur tale om en langvarig proces.

Uanset hvilken reduktion, indeholder disse forklaringer muligheden for stigmatisering. For det første ligger der en mulighed for fastlåsthed og selvbebrejdelser hos den ramte – og hos behandleren. Når personlighedsforstyrrelser beskrives som *”vedvarende og fremtræder som udtryk for patientens karakteristiske livsstil og holdning til sig selv og andre”* (ICD-10: 135), ja, så kan en behandling af problemerne jo dårligt gøres simpel eller kortvarig uden at det virker uredeligt. Sproget fanger os således ikke kun i en forståelse af et problem, det fanger os også i en løsningstilgang.

For det andet indeholder personlighedsforstyrrelses-diagnoserne en negativ beskrivelse af en person, ikke af et problem. Det er personen, der er teatralsk, egocentrisk og abnormt sårbar, ikke personen, som eksempelvis kæmper med gentagne vanskeligheder i følelsesmæssige og relationelle situationer. Vi fanges således ikke alene i et konkluderende sprog i forhold til personen med diagnosen – det bliver også et *fjendtligt* sprog (fra Rasmussen 2003).

Det er muligt at forestille sig alternativer til det fjendtlige sprog. En alternativ beskrivelse af en person med en diagnosticeret personlighedsforstyrrelse kunne eksempelvis være, at personen ofte oplever at komme til at spænde ben for sig selv, eller den kunne på anden vis tage udgangspunkt i personens egen oplevelse. Mange muligheder åbner sig, men de kræver en anderledes tilgang i den professionelle dialog, en tilgang præget af nysgerrighed over for alternative konklusioner og af uærbødighed over for de konklusioner, som allerede hersker.

Diagnoser er konklusioner. De er konklusioner, som er efterspurgt af både de mennesker, som søger hjælp, og dem, som forsøger at hjælpe dem. Diagnoser er svar på nogle spørgsmål. De spørgsmål, som bringer folk til at søge hjælp. Derfor skal en kritik af diagnoser ikke blot søge at udrydde diagnoser, men derimod forsøge at forstå, hvad de er svar på (se også Hertz 2008).

Kritikken af diagnoser er derfor ikke en kritik af forsøget på at svare på ubesvarede spørgsmål, altså at skabe mening i noget meningsløst. Den kritiske undersøgelse bør i stedet være optaget af, *hvilke* spørgsmål, diagnoserne søger at besvare. Den bør interessere sig for baggrunden for ønsket om svar. Og ikke mindst af, hvilke andre svar, diagnoserne udelukker. Når en bestemt diagnose bliver konklusionen, hvilke andre mulige konklusioner eksisterer og får ikke stemme?

Udveje – om nysgerrighed, uærbødighed og tvivl

Sommetider er det svært at gøre det i praksis, som virker indlysende let i teorien. Det burde være enkelt blot at lytte til det sagte og ikke til det, der ligger bag det sagte. Det burde være enkelt at indtage en ikke-vidende ikke-ekspert-position (Anderson & Goolishian 1992). Men det kræver en del træning for de fleste af os. Fordomme og forudantagelser, hypoteser og livserfaringer kommer i vejen. Og vi kommer til at konkludere for tidligt.

Jeg stillede i indledningen spørgsmålet, om det overhovedet er muligt at undgå at blive en påvirkende agent, altså at undgå at påvirke med egne dagsordener. Om det er muligt at finde en balance mellem at være ekspert og ikke-ekspert. Er det muligt at finde en vej mellem det, jeg i en tidligere artikel (Mosgaard 2003) har omtalt som de dagsordener, vi har som professionelle, og de dagsordener, klienten har for sit liv?

Lad mig slutte artiklen af med to modsatrettede svar på disse spørgsmål. To bud på veje uden om et stemplende eller konkluderende sprog og dets virkninger. Nogle bud på stier at træde for at undgå både sprog, der lukker, og sprog, der besudler (fra Goffman 1961). Jeg vil nu præsentere og diskutere begreberne nysgerrighed og uærbødighed. Begge er begreber foreslået og udfoldet af Gianfranco Cecchin (1987; Cecchin et al. 1992), og er i hans forståelse to sider af samme sag. I min version af Cecchins begreber vælger jeg at udkrystallisere dem som dialog-redskaber, som har samme udgangspunkt, men peger hver sin retning.

Nysgerrighed

Jeg beskrev tidligere en kvinde, som afviste selv de smarteste refleksioner, og i stedet brugte sin tid på at fortælle om sine lidelser. Jeg får aldrig spurgt kvinden om, hvad jeg ikke har forstået ved hendes historie, siden hun er så optaget af at fortælle om sine lidelser frem for at lytte til løsningsforslag. Selv dette kommer jeg efterhånden til at opfatte som for fordomsfuldt til at kunne give et relevant svar. Hele psykiatriens og den psykoterapeutiske professions fokus på forandring ligger dybt forankret i dette spørgsmål. Jeg inspireres af Kenneth Gergens (2008) forslag om at forlade denne idé fra den professionelles side og i stedet i en buddhistisk ånd arbejde med at se lidelserne fra forskellige positioner og derved udvide oplevelsen af dem.

Jeg får nu spurgt hende om, på hvilken måde hun oplever mig til bedst hjælp for hende. Hun svarer til min overraskelse, at jeg gerne må fortsætte med den type refleksioner, som jeg plejer. Det giver hende en oplevelse af håb, en oplevelse af en mulighed for nye forståelser og en mindre lidelsesfyldt fremtid. Samtidig gør hun mig det klart, at det i særlig grad er de andre gruppedeltageres medfølelse og genkendelse, der opleves lindrende her og nu. De giver hende en fornemmelse af ikke at være alene.

Til tider sidder jeg som psykolog med tvivlen om, hvorvidt det, jeg har sagt og gjort i en given psykoterapeutisk samtale, har været meningsfuldt. Om det, vi har talt om har rykket klienten nogen steder hen. Jeg kan fx sidde tilbage med fornemmelsen af at have givet en masse, som klienten alligevel ikke har kunnet bruge. At jeg virkelig har været på hårdt arbejde uden at det udmønter sig i noget resultat.

Til at slippe ud af den slags oplevelser uden for negative identitetskonklusioner om mig selv har jeg som mit bedste våben brugt *nysgerrighed*. I Cecchins oprindelige udgave, brugte han begrebet til at beskrive en praksis, hvor man forholder sig cirkulært til den terapeutiske samtale, hvilket vil sige, at man som terapeut ikke opfatter sine udsagn som sandheder eller konklusioner, men som en fortsat udforskning af klienternes liv og forestillinger. Han var optaget af, hvordan dette sikrede en neutralitet særligt i familierapi, således at terapeuten kunne undgå alliancer med enkelte familiemedlemmer imod nogle andre. Altså en måde at holde enhver moralsk vurdering ude af det terapeutiske rum.

I forståelsen af nysgerrighed er jeg også inspireret af en anerkendende praksis (Cooperrider 1990). Forsøget for mig som psykolog bliver at lade det enkelte menneske træde frem – og respektere det radikalt. Hver klient mødes som et ubeskrevet blad, som bærer af en fremmed kultur. Men selvfølgelig en kultur, som det er muligt at kommunikere med. Dette hjælper helt automatisk til tilbageholdenhed med konklusioner.

Nysgerrighed beskriver således en måde at forholde sig til situationer uden at lade forforståelserne styre sig. Bevægelsen går fra et fokus på vurderinger og beskrivelser af andre mennesker til en dialog med disse mennesker. Fra at tænke *om* til at tænke *med* (Shotter 2005).

Så hvordan forholde sig til de situationer, hvor vi som terapeuter kommer i tvivl om, hvorvidt vi gør det godt nok?

Ved at spørge klienterne. Scott Miller og hans kolleger (Miller et al. 2008) har undersøgt, hvad der adskiller særligt succesrige terapeuter fra andre, og de er kommet frem til, at der er én faktor, som går igen i alle tilfælde: Terapeuterne søger konstant feedback på deres praksis, ikke fra teorien eller fra fagfæller, men fra klienten. Dette kan ses som en helt konkret måde at indtage den ikke-vidende position – vi ved ganske enkelt ikke, hvad der virker eller hvorfor, men måske kan vi blive klogere på det ved at spørge klienten. Og hvis vi ikke kan få svar på hvad, der virker, og hvorfor, kan vi i det mindste opdage, *om* det virker. Ikke i forhold til standardiserede eller evidensbaserede kriterier, men i forhold til den konkrete klients konkrete oplevelse af samtalen, og i forhold til de kriterier, denne klient selv har sat for den terapeutiske dialog.

Uærbødighed

Jeg vender tilbage til kvinden, som opdagede sig selv i en borderline-diagnose. Denne opdagelse fører til yderligere udforskninger. Efterhånden bevæger hun sig dog mere og mere væk fra at definere sig gennem denne diagnose. Hun udtrykker det nærmest som en slags oprør – hun vil ikke finde sig i de begrænsninger, den sætter ned over hende.

Hun har gennemgået en proces i terapiforløbet, som hun er glad for, og hvor hun bl.a. har uddybet baggrunden for de kvaler, hun har med relationer og med sine følelser. Hun har også brugt en del tid på at udforske sine ønsker for og drømme om fremtiden. Og hun har ikke mindst indkredset de værdier, hun længe har fundet væsentlige, og som hun nu mener, at hun rent faktisk lever efter.

Efter at have oplevet en slags ny erkendelse omkring diagnosen og dens snævre rammer, ender hun med at definere en slags balance: Hun tænker, at diagnosen hjalp hende i begyndelsen. Den præsenterede en indgang til et meningsunivers, hvor hun kunne begynde at opdage sig selv, og ikke bare nedgøre sig selv eller føle sig på bar bund, som

det før havde været tilfældet. Hendes udforskning af sig selv førte på en måde til, at hun ikke kunne passe diagnosen – den blev for snæver. For fokuseret på hendes problemer. Engang var det rigeligt, for dengang fyldte problemerne meget mere end i dag. Men diagnosen kunne ikke længere rumme hende i sig. Den rummede ikke plads for nuancerne og de komplekse sammenhænge – af fortid, nutid og fremtid, af glæder og succeser såvel som vanskeligheder.

Kvinden endte med at sprænge diagnosens rammer.

Der er mange stemmer til stede i terapirummet. Nogle har mere kraft end andre, måske fordi nogle er mere velkendte end andre, mere taget for givet. Til tider kan vi ikke se skoven for bare træer. Der er meget, vi ikke ser, og vi ser ofte ikke, at vi ikke ser det. Der ligger mange sandheder skjult i vores fælles kulturelle forforståelser, som ikke bliver pillet ved – fordi vi ikke er opmærksomme på dem. Et eksempel beskrevet af Anne Øfsti (2008) er vores indforståede ideer om romantisk kærlighed og disses indflydelse på parterapeutiske samtaler. Vi lægger ikke mærke til, at vores ideer om lykkelig kærlighed og veje ind i den er baseret på særlige diskurser, såsom far-mor-og-børn-diskursen og diskursen om de dybe følelser og det evige bånd mellem to mennesker.

Diskurserne om romantisk kærlighed hjælper os til bedre at forstå vores klienters dilemmaer, fordi vi oftest deler dem med hinanden på forhånd. Og de hjælper os til at kunne definere fælles endemål – eksempelvis mere tid sammen som par, mere sex, flere inderlige samtaler med hinanden, ingen utroskab og ingen hemmeligheder.

Problemerne opstår, når vi ikke lægger mærke til, hvilke diskurser eller fortællinger om livet, om verden, som vi undertrykker, overser eller definerer som unormale. Og det betyder i praksis, at løsninger på klienternes problemer altid søges fundet inden for det kendte. Det kendte for klienterne og det kendte for os som professionelle.

Det kan medføre, at vi bliver blinde for alternative samlivsformer, alternative opfattelser af kærlighed, eller vi kan fx forudsætte og lade samtalen forme sig ud fra den idé, at parret hellere skal finde kærligheden igen end gå fra hinanden. Parterapeuter kan således risikere at blive det institutionaliserede ægteskabs advokater – måske endda uden at ønske det.

Denne pointe vil naturligt kalde på et politisk engagement i terapi, nemlig et engagement i at give de forstummede stemmer plads i den terapeutiske samtale (Hare-Mustin 1994). Men ikke kun det: Den vil også kalde på et oprør imod risikoen for magelighed i psykoterapi, imod præfabrikerede løsningsmodeller. Det vil blive et forsvar for kreativitet, for at tænke ”ud af boksen”.

Et nyttigt begreb for mig i den forbindelse er *uærbødighed*. Det er i familie med begrebet nysgerrighed. Det er en anden tilgang til at slippe ud af konklusionernes fælde. Hvor nysgerrighed beskriver, hvordan vi kan forholde os til det endnu ukendte – i terapien, i det andet menneskes historie – så beskriver uærbødighed, hvordan vi kan forholde os til det kendte – til de konklusioner, som allerede er etableret.

Også dette begreb stammer som nævnt fra Cecchin, og det er et forsøg på at beskrive en praksis, hvor sandheder nærmest pr. automatik søges udfordret. Dette gælder både klienternes problemer eller lidelser og den professionelles selvforståelse.

Jeg er altså ikke kun uærbødig over for mine egne forantagelser – jeg er også uærbødig over for den historie, klienten fortæller. Klienten opfordres til samme holdning over for såvel terapeuten som sig selv. Opfordres både direkte og forhåbentlig smittet af det sprog, der søges anvendt i den terapeutiske samtale.

Kunsten er at være uærbødig på en konstruktiv måde. På en nysgerrig måde. På en måde, der ikke accepterer ”tynde beskrivelser”, men åbner for mere righoldige historier. På en måde, som ikke bare forkaster gamle fortællinger og erstatter dem med nye, men som dekonstruerer fastlåste fortællinger og søger at udvide dem. Og ikke bare udvide dem, men indføre en åbenhed i de indlejrede konklusioner, en åbenhed over for nye fortællinger og en accept af indre selvmodsigelser og mangelen på en rød tråd.

Uærbødighed beskriver en måde at forholde sig aktivt til situationer og personer uden at falde for fristelsen til at konkludere for hurtigt. Hvor nysgerrighed kan siges at udfordre fordomme, udfordrer uærbødighed konklusioner. Nysgerrighed er respekten for de historier, der endnu ikke er fortalt. Uærbødighed er oprøret imod, at netop disse historier ikke har fået stemme.

Afsluttende refleksioner

Hvor godt forstår vi de mennesker, vi forsøger at hjælpe? Måske er mit indledende spørgsmål reelt umuligt at besvare. Muligvis viser det interessante spørgsmål sig at være, hvor godt vores klienter *oplever sig* forstået. Og det lykkes vi nok bedst med, hvis vi lader være med at fokusere på den objektivt bedste forståelse og hjælp og i stedet nysgerrigt lytter. Og holder konklusionerne tilbage, så godt vi magter det.

Konklusioner har konkrete, praktiske konsekvenser – det er ikke blot et akademisk, abstrakt begreb. Således er kritikken af brugen af diagnoser heller ikke en teoretisk diskussion. En direkte, positiv konsekvens af diagnoser er, at diagnoser giver billet til gratis behandling af kyndige og erfarne professionelle. Man defineres som en del af den gruppe, som behandles et bestemt sted, ofte også efter specifikke metoder.

Diagnostiske konklusioner kan dog også have mere komplekse virkninger. De kan fx have indflydelse på, om man føler sig syg eller rask, underlig eller normal, inkluderet eller marginaliseret. Og det kan have indflydelse på oplevelsen af handlekraft eller håbløshed, hvilket igen kan have indflydelse på praktiske hændelser og omstændigheder som jobsøgning, opbygning af relationer, selvskadende adfærd med mere. Og diagnoserne påvirker ofte også omgivelsernes syn på mennesket bag diagnosen – der kan ses overforsigtighed i kontakten, øget frygt for at sige eller gøre noget skadeligt, familiedynamiske effekter som øget hjælpsomhed eller øget fjendtlighed og så videre.

Uærbødighed udfordrer konklusioner. Det uærbødige og nysgerrige sprog åbner dørene for nye ideer, nye forståelser, nye nysgerrigheder og nye uærbødigheder. Når sproget forfører til negative kulturelle konklusioner, er den terapeutiske udfordring at forføre tilbage – med nysgerrighedens og uærbødighedens sprog.

Alt i alt kan fordomme og konklusioner forstås som nødvendigheder for menneskets eksistens i den sociale verden. Fordomme er vores måde at skabe en stabil mening før det konkrete møde med et ukendt menneske eller en ukendt situation. Konklusioner er vores måde at skabe mening under eller efter dette møde.

Men *tvivl* er også et menneskeligt grundvilkår. Tvivl er til stede, hvis en situation ikke minder om andre kendte situationer, eller hvis vores fordomme eller konklusioner strider imod andre af vores fordomme og konklusioner. Den nysgerrige, uærbødige terapeut gør sit bedste for at ikke at opløse tvivlen. Og søger i stedet at fastholde den – bare lidt længere. Søger at blive hængende i modsætningsfuldheder og selvmodsigelser og lignende fænomener, som gør livet mere besværligt.

Gennem tvivlen mødes ikke en diagnose eller en anden konklusion, men et individ. Gennem tvivlen mødes mennesket i sin kompleksitet.

Litteratur

- Andersen, K.-I. (2006): Prosessen som ingen kunne målbinde. *Fokus på familien*, vol. 34, nr. 1.
- Andersen, T. (1994): *Reflekterende processer: Samtaler og samtaler om samtalerne*. Dansk psykologisk Forlag.
- Anderson, H. & H. Goolishian (1992): The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. I: McNamee & Gergen (red.): *Therapy as social construction*. Sage Publications.
- Cecchin, G. (1987): Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, vol. 26, nr. 4.
- Cecchin, G., G. Lane & W.A. Ray (1992): *Irreverence: A strategy for therapists' survival*. Karnac Books.
- Cecchin, G., G. Lane & W.A. Ray (1994): *The cybernetics of prejudices in the practice of psychotherapy*. Karnac Books.
- Cooperrider, D.L. (1990) Positive image, positive action: The affirmative basis of organizing. I: Srivastva & Cooperrider (red.): *Appreciative Management and Leadership*. Jossey-Bass.
- Dencik, L. (2006): *Mennesket i postmoderniseringen – om barndom, familie og identitet i opbrud*. Billesø & Baltzer.
- de Shazer, S. (1984): The death of resistance. *Family Process*, vol. 23, nr. 1.
- Fee, D. (2000): The broken dialogue: Mental illness as discourse and experience. I: Fee, D. (red.): *Pathology and the postmodern: Mental illness as discourse and experience*. Sage Publications.
- Foucault, M. (1980): *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*. Pantheon.
- Gergen, K.J. (1990): Therapeutic professions and the diffusion of deficit. *The Journal of Mind and Behavior*, vol. 11, nr. 3 og 4.
- Gergen, K.J. (1991): *The saturated self: Dilemmas of identity in contemporary life*. Basic Books.
- Gergen, K.J. (1999): *An invitation to social construction*. Sage Publications.
- Gergen, K.J. (2008): Therapeutic challenges of multi-being. *Journal of Family Therapy*, vol. 30.
- Gergen, K.J., L. Hoffman & H. Anderson (1996): Is diagnosis a disaster?: A constructionist dialogue. I: Kaslow (red.): *Relational diagnosis*. Wiley.
- Goffman, E. (1961): *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Penguin Books.
- Hare-Mustin, R. (1994): Discourses in the mirrored room: A postmodern analysis of therapy. *Family Process*, vol. 33.
- Hertz, S. (2008): *Børne- og ungdomspsykiatri: Nye perspektiver og uanede muligheder*. Akademisk Forlag.

- Kesey, K. (1962): *One flew over the cuckoo's nest*. Viking Press.
- McKenzie, W. & G. Monk (2006): At lære om og undervise I narrative begreber. I: Monk, Winslade, Crocket & Epston (red.): *Narrativ terapi I praksis: Håbets arkæologi*. Akademisk Forlag.
- Miller, S., M. Hubble & B. Duncan (2008): Supershrinks: What is the secret of their success? *Psychotherapy in Australia*, vol. 14, nr. 4.
- Miller, S. & S. Coleman (1998): Escaping the lost world of impossibility – Honoring the client's language, motivation, and theories of change. I: Hoyt (red.): *Handbook of constructive therapies*. Wiley.
- Mosgaard, J. (2003): Psykoterapeutiske dagsordener: Om respektfuld manipulation og etisk engagement. *Fokus på familien*, vol. 31, nr. 4.
- Rasmussen, S.A. (2003): Det fjendtlige sprog: Refleksioner over udviklinger i psykiatrien. *Fokus på familien*, vol. 31, nr. 4.
- Rosenhan, D.L. (1973): On being sane in insane places. *Science*, vol. 70, nr. 179.
- Scheflen, A.E. (1978): Susan smiled: On explanation in family therapy. *Family Process*, vol.17, nr. 1.
- Shotter, J. (2005): Goethe and the refiguring of intellectual inquiry: From 'aboutness'-thinking to 'witness'-thinking in everyday life. *Janus Head*, vol. 8, nr. 1.
- Sluzki, C.E. (1992): Transformations: Blueprints for narrative changes in therapy. *Family Process*, vol. 31, nr. 3.
- Sparks, J., B. Duncan & S. Miller (2006): Integrating psychotherapy and pharmacotherapy: Myths and the missing link. *Journal of Family Psychotherapy*, vol. 17, nr. 3/4.
- Szasz, T.S. (1973): *The manufacture of madness*. Granada Publishing.
- White, M. (2004): Narrative practice and the unpacking of identity conclusions. I: White: *Narrative practice and exotic lives: Resurrecting diversity in everyday life*. Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2008): *Kort over narrative landskaber*. Hans Reitzels Forlag.
- WHO ICD-10 (1994): *Psykkiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: Klassifikation og diagnostiske kriterier*. Munksgaard.
- Wittgenstein, L. (1969): *On certainty*. Blackwell Publishers.
- Wurtzel, E (1995): *Prozac nation*. Riverhead Trade.
- Øfsti, A.K.S. (2008): Om å ta den romantiske diskursen for gitt. Et essay om diskursiv parterapi. *Fokus på familien*, vol. 36, nr. 4.