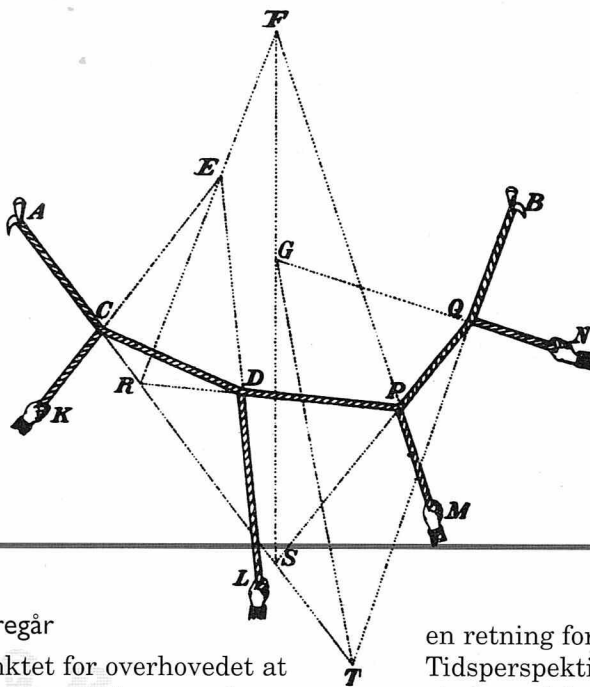


# AT KOMME SIG

---

Recovery, eller det at komme sig efter alvorlig psykisk lidelse, står også i Danmark højt på dagsordenen, undtagen hos de allermost traditionelt tænkende og medicinsk orienterede behandlere. Forskere, fagfolk og brugere tager emnet op fra hvert deres udgangspunkt, og spørgsmålet er ikke længere om recovery foregår, men om hvad det vil sige, hvilke konsekvenser det har for behandling og støtte – og om hvem der har definitionsretten.

I artiklen diskuteres begrebet, blandt andet med udgangspunkt i en rapport fra Videnscenter for Socialpsykiatri som forfatteren for nylig har udarbejdet.



Af Pernille Jensen

### Recovery foregår

Udgangspunktet for overhovedet at tale om recovery, er at mennesker kommer sig – også fra alvorlige sindslidelser som først og fremmest skizofreni. Dette er en gammel, men også overset og delvis glemt viden. Dokumentationen er omfattende, og dele af den er kort refereret i den danske rapport "Recovery" som udkom i august 2002.<sup>1)</sup>

Opfølgingsundersøgelser, offentliggjort i løbet af 70'erne og 80'erne i anerkendte, videnskabelige tidsskrifter, viser gennemgående, at mellem 46 og 68% af mennesker med diagnosen skizofreni kommer sig helt eller delvist (svarende til begreberne "total recovery" og "social recovery" som defineres i rapporten). Opfølgingsundersøgelserne har typisk fulgt patientgrupper over mange år, de refererede undersøgelser har løbet over mellem 23 og 37 år.

Courtenay Harding, Ph.D, og administrerende direktør ved *Institute for the Study of Human Resilience*, Boston University, som selv har gennemført en omfattende og langvarig opfølgingsundersøgelse i staten Vermont i USA, opsummerede i oktober 2002 resultaterne af forskningen på konferencen "Innovations in Recovery & Rehabilitation: The Decade of the Person"<sup>2)</sup>:

Hun stillede indledningsvis spørgsmålstegn ved, hvordan man overhovedet måler recovery: "Et begreb som "outcome" findes egentlig ikke i den virkelige verden; det er forskernes begreb. 2, 5 eller 15 års opfølgninger er ikke outcome, men kan angive

en retning for menneskers udvikling. Tidsperspektivet er meget afgørende; vi studerer dybest set en proces, en retning, og ikke et slutpunkt. Vi ser bare på punkter på en udviklingslinje", sagde hun.

Med det i mente opsummerede Harding at:

- Psykiateren Manfred Bleuler allerede i 1978 konkluderede, at prognosen for skizofreni var langt mere håbefuld end man længe havde antaget.
- Forskerne Huber et al. på baggrund af deres opfølgingsundersøgelse i 1979 skrev, at skizofreni ikke ser ud til at være en sygdom med langsom, fremadskridende forværring. Selv i sygdommens tredje årti er der stadig potentiale for hel eller delvis recovery.
- Psykiateren Ciompi lagde sig i 1980 i samme spor, da han fastlog at langtidsudviklingen af skizofreni var langt bedre end tidligere antaget.

### ISoS-undersøgelsen

Et flerfagligt forskerteam koordineret af WHO har for nylig offentliggjort resultaterne af *International Study of Schizophrenia*, en undersøgelse af 18 store patientgrupper som er blevet fulgt gennem 25 år<sup>3)</sup>. Patientgrupperne er geografisk placeret over hele verden, i både I- og Ulande, og det er samlet set lykkedes at genfinde 75% efter 25 år.

Undersøgelsen viser, at omkring 50% har et positivt udfald, dvs. er recovered i vis grad, men også at der er store geografiske forskelle: der er bedre recovery-chancer i nogle områder end i andre.

Undersøgelsen viser også at 16% af dem der ikke kommer sig hurtigt, alligevel viser sig at komme sig på lang sigt.

Undersøgelsen, som er offentliggjort i *British Journal of Psychiatry*, fastslår, at "det overordnede budskab fra ISoS er, at skizofreni og relaterede psykoser udviklingsmæssigt bør betragtes som episodiske forstyrrelser med et ret positivt udfald for en signifikant del af patienterne."

Som om dette budskab ikke var stærkt nok, fastslår forfatterne efterfølgende, at "fordi forventninger er en magtfuld faktor i forhold til at komme sig, er det vigtigt at patienter, familier og klinikere hører dette."

Undersøgelsen bekræfter Hardings og andres resultater og understreger, at "(...)ISoS' fund slutter sig til andre når det gælder at befri patienter, støtte medarbejdere og klinikere fra det kronicitetsparadigme som har domineret tænkningen gennem det meste af det 20. århundrede."

Endelig, og med baggrund i de 16% som kommer sig på et meget sent tidspunkt, fastslår artiklen, i overensstemmelse med Huber et al., at "(...)der er grund til at bevare den terapeutiske optimisme og forsøge sig med for eksempel beskæftigelses- og rehabiliteringsprogrammer, også selv om tidligere forsøg er slået fejl."

Undersøgelsens resultater ligger med andre ord i tråd med de tidligere gennemførte; det nye er derimod undersøgelsens betydelige omfang og dens meget klare anbefalinger, som gør den vanskelig at sidde overhørig.

### Recovery, remission og kronicitet

Courtenay Harding refererede også til en spørgeskemaundersøgelse, gennemført i 2000 af forskerne Russinova og Ellison fra Boston University's *Center for Psychiatric Rehabilitation* af 500 mennesker, som alle var diagnosticeret med alvorlige sindslidelser, men som på undersøgelsestidspunktet var i gang med højtlojnnede, professionelle karrierer. Mange sad i ledende stillinger: "Måske vil man sige at disse mennesker blot er i en midlertidig remission – men spørgsmålet er, hvor længe man skal have været i remission for at man kan påberåbe sig at været kommet

sig? Hvad er forskellen på remission og recovery", spurgte hun. Harding slog op i de amerikanske psykiateres sammenslutnings, APA's psykiatriske ordbog, og fandt ud af at remission var "Ophør af tegn og symptomer på en forstyrrelse eller en sygdom – kan være delvis eller fuldstændig". APAs ordbog kendte ikke ordet recovery.

I APA's diagnose-manual, DSM IV, står der om skizofreni, at "Fuldstændig remission (dvs. en fuldstændig tilbagevenden til præmorbidt funktionsniveau) er formentligt ikke almindeligt ved denne forstyrrelse (disorder). Af dem som forbliver syge, ser nogle ud til at have et relativt stabilt forløb, mens andre udviser en fremadskridende forværring forbundet med alvorligt handicap".

Det ligger jo ganske godt i tråd med det, som det danske Nationale Indikator Projekt i 2001 fastslår om skizofreni, som en oftest kronisk sindslidelse. Om sygdommens forløb angives på hjemmesiden [www.nip.dk](http://www.nip.dk), at det "kan være kronisk progredierende, fluktuerende med længerevarende stabile faser afbrudt af psykosegenembrud eller i relativt få tilfælde selvlimiterende."

Der er for mig at se en slående uoverensstemmelse mellem ISoS-undersøgelsens konklusioner, og den opfattelse, som udtrykkes i såvel DSM IV, det Nationale Indikator Projekt og i lærebøger og populære fremstillinger af skizofreni, som vi stadig ser dem.

Med den gamle amerikanske psykiater Loren Moshers ord, kan man sige at "Hvis man går ud fra at mennesker bliver kronisk syge, så skal de også nok blive det. Mennesker som betragtes som kronisk syge, vil kræve mere og mere behandling, men deres sygdom vil være systemskabt. Har vi i systemet gjort vores arbejde ordentligt, så vil folk forlade systemet og komme videre i deres liv." <sup>4)</sup>

Hvis forventninger virkelig spiller så stor en rolle, så må man spørge sig selv hvilke forventninger, der skabes af de fremstillinger, som endnu er gængse? Hvor længe endnu skal mennesker opleve at en diagnose er en dom – som Jacob beretter i "Sindets labyrinter", en bog med beretninger fra seks deltagere i det danske

OPUS-projekt: "Jeg begyndte langsomt at acceptere det. Jeg tænkte, at "det kan godt være, at jeg har en klinisk diagnose som skizofren, men det ændrer ikke noget ved mig". Men det er også på grund af de fordomme, jeg havde over for "skizofren": hjemløs og noget med at rende rundt på gaden og sige en masse til folk og stå og råbe og skringe, blive alkoholiker."<sup>5)</sup>

At problemstillingen er reel, men også at der er opbrud i tænkningen, bekræftes af Jespers beretning i samme bog. Han fortæller om hvor bange han blev, da han fik diagnosen skizofreni: "Grunden til at jeg blev bange og ked af det, var blandt andet, at jeg troede, at det var en uhelbredelig sygdom. Det er der mange meninger om, nogle mener, at det er den. Lægerne lovede mig, at jeg nok skulle få det bedre, og det håb hang jeg fast i. (...) Jeg troede, at hele mit liv var ødelagt, for altid. Men sygeplejerskerne på afdelingen beroligede mig og sagde, at sådan var det ikke, at man sagtens kunne komme til at fungere nogenlunde normalt."

Med ISoS-undersøgelsen i hånden er der et solidt fundament for håbet og andre og mere optimistiske forventninger end bare at komme til at fungere "nogenlunde normalt" – både for Jacob, Jesper, lægerne, sygeplejerskerne og alle os andre...

#### Kronicitet og dens følger

Også forskerne Alain Topor, Stockholm og Marit Borg fra Oslo, diskuterer i en artikel, som om kort tid offentliggøres<sup>6)</sup>, spørgsmålet om kronicitet. De fastslår, at man inden for psykiatrien har anvendt fire vurderingskriterier, hver for sig eller i forskellige kombinationer, nemlig:

- diagnose
- varighed
- hospitalisering
- funktionsnedsættelse.

Et problem med disse kriterier er dog, skriver Topor og Borg, at de langt fra er sikre prædiktorer af kronicitet. Desuden baserer de sig ikke alene på patientens



tilstand, men lige så meget på det behandlings- og opfølgningstilbud som står – eller *ikke* står – til rådighed. Topor og Borg fortæller med at beskrive, hvordan man inden for somatikken i den senere tid er begyndt at beskrive kroniske tilstande ud fra det enkelte individs perspektiv; som et biografisk sammenbrud, hvor personen i stadig større grad reduceres til sin sygdom. At tillægge kronicitetens sociale og psykologiske følger større opmærksomhed, udfordrer både vores forståelse og sprogbrug.

Topor og Borg mener, at psykiatrien endnu kun i forholdsvis begrænset omfang har interesseret sig for disse aspekter, og mener, at en del af forklaringen kan være, at de lidelser, som psykiatrien beskæftiger sig med, indebærer et angreb på selve individets identitet og sociale liv. Forandringer i denne identitet er da primært blevet betragtet som symptomer på sygdommen, og ikke også som udtryk for den sociale situation, som individet er havnet i, og de psykologiske dilemmaer, som han eller hun står overfor.

#### Klinikerens illusion

En af grundene til, at forskernes viden om recovery har haft svært ved at trænge igennem i forhold til den kliniske praksis, er ifølge Courtenay Harding begrebet "The clinicians illusion", introduceret af Cohen og Cohen<sup>7</sup>.

Lægerne, i dette tilfælde psykiaterne, ser altid de mest syge og dårligst fungerende stærkt overrepræsenteret – undersøgelser dokumenterer ifølge Harding, at læger ser de 2% dårligste af patienterne overrepræsenteret med op til 64%.

Psykiaterne mister i langt de fleste tilfælde kontakten med dem, der kommer sig, og det er et gennemgående problem for alle, der arbejder klinisk. De mangler den systematiske information om, hvordan det går for patienter, som de *ikke* møder igen.

#### Medicin eller ej

I bogen "Recovery from Schizophrenia"<sup>8</sup> konkluderer Warner, at "det ser ud til at vi har været for pessimistiske omkring udfaldet af ubehandlet skizofreni og for overbeviste om fordelene ved moderne behandling. Antipsykotisk medicin ser ikke ud til

at have forbedret langtidsudfaldet af sygdommen; det var ikke medicinen alene, som åbnede dørene på vores psykiatriske sygehuse og muliggjorde behandling af psykotiske i samfundet. På trods af massive årlige investeringer i behandlingen af skizofreni, er sygdommens udfald i de moderne industrisamfund ikke bedre end i den tredje verden."

Dette skal ikke læses som en afvisning af medicin, eller af medicinens betydning for det enkelte menneskes recovery-proces, men blot som Warners konstatering af, at det ikke har været muligt at etablere en direkte sammenhæng mellem brugen af medicin og langtidsudfaldet af skizofreni. Denne konstatering er, så vidt jeg er bekendt, ikke anfægtet grundlæggende siden.

Psykologen Alain Topor blev sidste år doktor ved Stockholms Universitet på en afhandling om recovery med den sigende titel "Managing the Contradictions"<sup>9</sup>. Han fastslår, at der ikke er belæg for at betragte medicinen som et nødvendigt onde, men at man tværtimod bør interessere sig mere for medicinens betydning i recovery-sammenhæng. Udledt af interview med mennesker der er kommet sig, mener han at kunne pege på to væsentlige betydninger af medicin:

- For det første handler det om medicinen som kemi: Medicin kan opleves som en kemisk spændetrøje, men den kan også være et afgørende redskab for den enkelte i en recovery-proces. I recovery-fortællingerne drejer det sig ofte om "den rigtige medicin i den rigtige dosering".
- For det andet om medicineringen som relation: Spørgsmålet om hvordan medicinen gives, og om hvilken grad af medbestemmelse, patienten oplever. Her spænder oplevelsen lige fra overgreb og tvang til selv at være med til at sætte rammerne for medicineringen – i dialog med lægen.

Begge disse aspekter er væsentlige, og fortjener opmærksomhed i den fortsatte diskussion af medicin og recovery. Som et apropos, skriver man i bogen "Psychiatric Rehabilitation"<sup>10</sup> på s.95: "Medicinsk

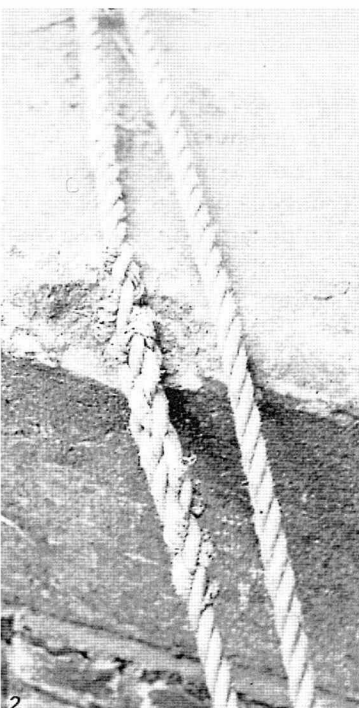
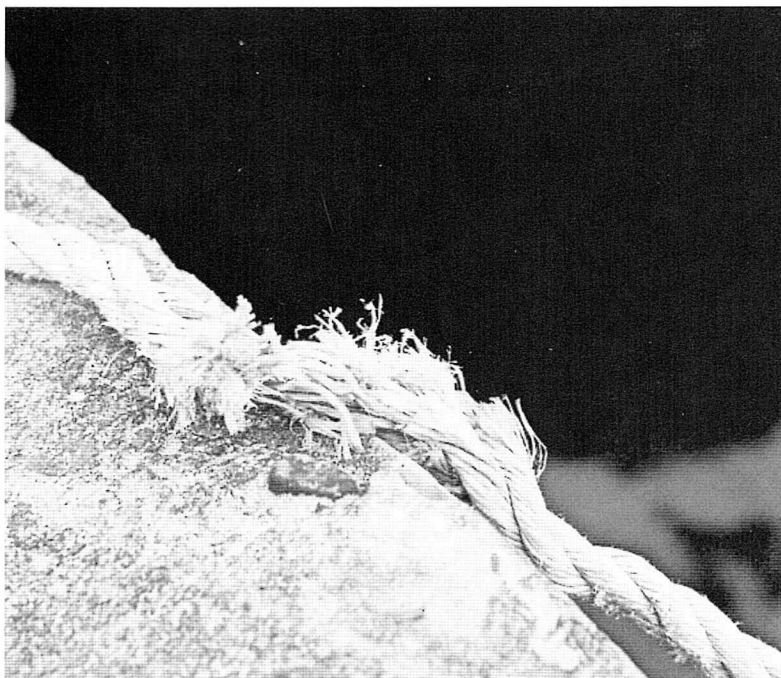
behandling er i et recovery-orienteret system ikke længere den primære drivkraft for alle beslutninger. Medicinering må ikke alene betragtes som et spørgsmål om at mindske symptomer, men må også opfattes som en komponent i et system, der er designet for at fremme recovery, med den person, der modtager hjælpen som skibets kaptajn.”

#### Definitioner og forståelse af begrebet

Forsker og uddannelsesleder ved *Center for Psychiatric Rehabilitation* i Boston, Cheryl Gagne, talte også på konferencen "Innovations in Recovery & Rehabilitation: The Decade of the Person". Hun sagde blandt andet: "For 13 år siden, da jeg for første gang stiftede bekendtskab med recovery, blev jeg meget oprørt: Kunne mine helt personlige oplevelser virkelig gøres op og sættes på en formel? Jeg syntes dengang, og mener stadig, at recovery er en unik, personlig proces. I dag er der grund til at advare mod at recovery bliver et krav – noget mennesker ikke gør godt nok. Standarder og kriterier er dybt problematiske.”

Cheryl Gagnes advarsel knytter an til de meget firkantede forståelser, som begreberne fuldstændig recovery og social recovery, indebærer, og som drøftes i rapporten. I kritikken af definitionerne ligger ikke en afvisning, for selvfølgelig er der behov for måleinstrumenter, der kan gøre det muligt at kvantificere hvor mange der kommer sig. Men Gagne minder os om, at der er behov for at holde fast i respekten for den følsomhed og subjektivitet, som definitionerne af de to former for recovery ikke rummer.

I rapporten gengives en definition, eller måske snarere en beskrivelse af recovery, som Patricia Deegan står for. Hun er doktor i psykologi, og en af veteranerne i brugerbevægelsen, selv udstyret med diagnosen skizofreni. I dag er hun bl.a. med til at lede virksomheden *Intentional Care*, som rådgiver Mental Health Services over hele USA. Hun opfatter, som mange andre gør det på internationalt plan, sindslidelsen som et handicap, og skriver allerede i 1988, at: "Recovery er en proces, en måde at leve, en holdning og en måde at møde



hverdagens udfordringer. Det er ikke en fuldstændig lineær proces. Nogle gange er vores kurs uberegnelig og vi snubler, glider tilbage, omgrupperer og begynder igen. Det afgørende er at møde de udfordringer handicappet sætter og at genetablere en ny og værdifuld følelse af integritet og formål, både indenfor og udover handicappets begrænsninger; håbet om at leve, arbejde og elske i et samfund som man kan give sit betydningsfulde bidrag til.”<sup>11)</sup>

#### Psykatribrugeren og den professionelle

I følge Topor og Borg er der en række fællestreks ved hvordan mennesker, der er kommet sig, selv oplever deres egen rolle i bedringsprocessen.

Det er typisk for de mange mennesker, som blandt andre Borg og Topor har interviewet, at de fremstiller sig selv som handlende subjekter, og ikke som passive ofre for sygdommen:

- De har vidst meget om sig selv undervejs, og om hvad der skulle til for at få det bedre,
- de har ønsket større indflydelse på afgørelser omkring deres liv,
- de har udviklet mestringsstrategier for at klare hverdagens udfordringer og for at kunne forholde sig til fagfolk og hjælpesystemer,
- de har udvist stor udholdenhed – en enorm, selvstændig indsats, og
- de har set fagfolkene an og brugt dem bevidst på forskellige måder – ud fra hvad der passede til den enkelte.

Topor og Borg diskuterer også hvem de “gode professionelle” er. Det er tilsyneladende dem, som på forskellig vis støttede personens egne valg og strategier, og som tillod personerne at opleve sig mere som samarbejdspartnere end som passive patienter.

De to forskere spørger på den baggrund, om man i iveren efter at opretholde en professionel, terapeutisk distance, kan komme til at miste noget af nysgerrigheden over for hvem man har foran sig? Om der er en risiko for at fagfolk bliver *for* optagede af at gøre ‘det rigtige’ – og slavisk følge herskende praksisnormer og leve op til de nyeste retningslinjer for “best practice”?

“På den anden side”, fortsætter de, “er

det på ingen måde tilstrækkeligt at være ‘sød og venlig’. Udfordringen ligger måske netop i, hvordan man kombinerer faglig viden og metoder med relationen? Bør vi i højere grad betragte og synliggøre relationsarbejdet, som en ‘indsats’ – noget, som tager tid og koster penge? Måske skal relationen være den arena, som alle andre ‘indsatser’ tilrettelægges inden for – hvis patienten ønsker det sådan?”

Også her kommer dialektikken og både-og’et ind i billedet: “En anden udfordring er jo, at en patient ikke bare er en patient. Folk er forskellige. Nogen ønsker en nær relation med nogle få hjælpere hen over årene – andre kan ønske skiftende hjælpere undervejs. Nogen ønsker tid og ro til at finde ud af ting – og være delagtige i processen. Andre er optaget af at få den rigtige medicin og den behandling, som fremkommer i evidencebased practice. Det stiller store krav til fleksibilitet, både i hjælperollen og i praksisfeltet som sådan.”

#### Muligheden for at være ‘både-og’

Topor og Borg præsenterer spørgsmålet om både-og som et afgørende paradoks, et paradoks, der måske ligefrem kan repræsentere et udgangspunkt for, hvordan man kan udforme recovery-orienterede tilbud: “Det virker som om patientens mulighed for at være ‘både-og’, og ikke ‘enten-eller’ er centralt i bedringsprocessen. Både rask og syg. Samtidig. Ikke rask nogen gange – og så i kontakt med kommunernes sociale indsats – og syg andre gange – og så indlagt på psykiatrisk afdeling eller i kontakt med distriktspsykiatrien. At få lov til at være ‘både-og’ er en yderst praktisk erfaring, som går igen i historierne. Erfaringen formidles gennem andre mennesker, som accepterede at handskes med den andens totalitet, både gennem lidelse og evner og muligheder. Den formidles også gennem steder, hvor det er muligt at være ‘både-og’, og hvor der findes mennesker både med og uden erfaring fra psykiatrien. Både-og, ikke segregeret og adskilt.

De enkle fortællinger om mangfoldigheden og mulighederne i menneskers liv stilles op mod psykiatriens kategorisering og klassificering. Op mod den naturvidenskabelige logik og håbet om at finde *en* løs-

ning for hver diagnose, stilles et humanistisk og samfundsvidenskabeligt perspektiv, hvor den medicinske kundskab er en kundskab blandt flere”.

John Strauss, professor emeritus ved Yale University og en af veteranerne i recovery-forskningen, sagde: “Mennesker er forskellige, og deres problemer er også forskellige. Nogen kan ikke klare at leve med deres stemmer, som er en voldsom pine for dem. Andre oplever måske stemmerne, som deres eneste fortrolige.

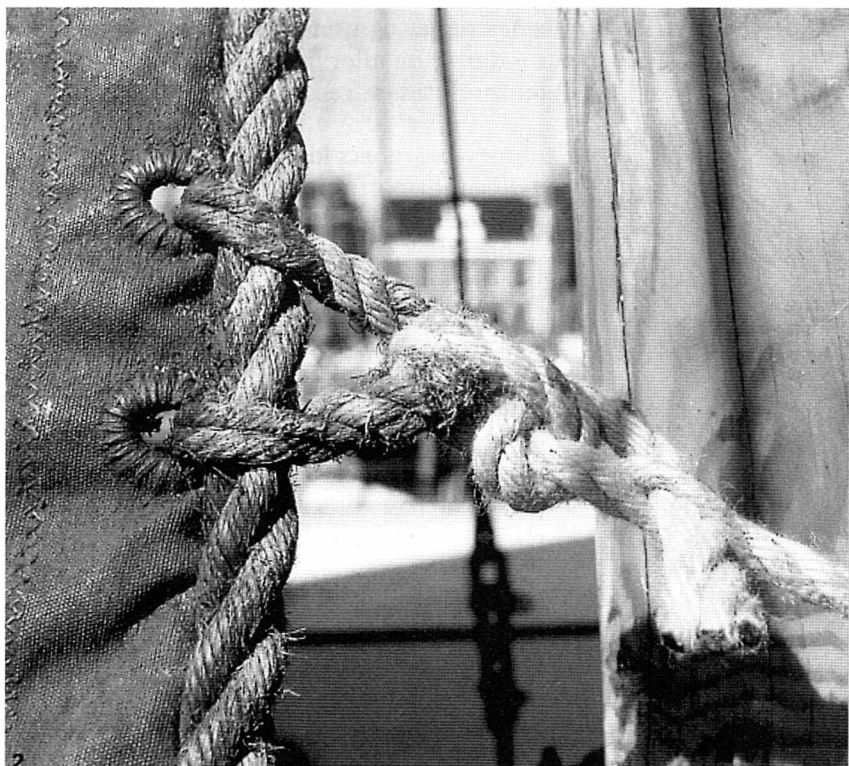
Symptomer kan bestemt være måder at håndtere på, men de kan også være så pinefulde, at det vil være forkert ikke at hjælpe mennesker med at komme af med dem. Ligesådan med såkaldt negative symptomer, som for eksempel social tilbagetrækning – for nogen er det et nødvendigt skridt for at komme sig, for andre er det vejen til yderligere isolation og marginalisering.”<sup>12)</sup>

Symptomer er med andre ord ikke bare symptomer, det samme symptom kan have vidt forskellig mening for to mennesker – eller for det samme menneske på to forskellige tidspunkter.

Strauss har gennem årene interesseret sig meget for subjektivitet, og bekymrer sig om subjektivitetens vanskelige kår i vore dages fokus på “evidencebased practice”. Men Strauss ville formentlig kunne tilslutte sig de fire nøgleværdier for recovery-orientering, som Cheryl Gagne præsenterede ved konferencen i Boston:

- *Person-orientering* – eller det enkelte menneske først
- *Person-involvering* – eller “nothing about us without us”
- *Selvbestemmelse* – eller valgmuligheder
- *Potentiale for udvikling* – eller håbet om at vi alle har mulighed for at vokse og gro.

At forestille sig at opbygge systemer, der kan give plads til de fire nøgleværdier, er i sig selv paradoksalt. Men måske er det netop sådanne paradokser – mellem subjektiviteten og syste-





mernes regler og professionalismens metoder – der er de allervigtigste både-og'er at diskutere i tiden fremover.

### Recovery-begrebets kilder

I forståelsen af recovery er det nødvendigt at forholde sig til de kilder, som recovery-begrebet stammer fra, og de verdensbilleder, det skal søge at rumme. I rapporten er det beskrevet hvordan begrebet gennem de seneste 30 år er vokset frem ad flere forskellige spor:

- forskernes – i form af opfølgingsundersøgelser og især psykologisk fordybelse i recovery-processen,
- praktikernes – især i form af rehabiliterings- og behandlingsinitiativer, programmer og metoder, og endelig
- brugernes/overlevernes og de pårørende – især i form af personlige beretninger, selvhjælpsinitiativer osv.

En grund til at recovery-begrebet begynder at slå afgørende igennem i løbet af 90'erne, er at de forskellige spor begynder at løbe sammen. Forskerne er i dialog med brugerne og med praktikerne, brugerne trækker på forskerne og allierer sig med praktikerne, og praktikerne forsøger at udvikle deres praksis ved at inddrage både videnskabelige undersøgelser og erfaringsbaseret viden.

Der er en vældig grøde i denne spirende dialog. Og det udfordrer alle parter i dialogen, for ingen har patent på begrebet, og ingen af de isolerede forståelser kan hver for sig rumme den kompleksitet som det at komme sig indebærer. Der er brug for både-og.

### Hvis recovery er det?

Recovery kan ikke rummes alene i den medicinske model, ej heller i en rehabiliterings-model eller en empowerment-model. Men alle tre modeller har vigtige bidrag til forståelsen af recovery – bidrag som kan forstås som kompletteringer af hinanden, men som også kan indebære store vanskeligheder, hvis ikke man gør sig modellerens forskellige udgangspunkter klart. Det handler om forskellige teoretiske og terminologiske traditioner, og om forskellige værdigrundlag, som må tydeligt frem i

lyset, hvis recovery-perspektivet skal udvikles videre, også på dansk grund.

Og her må det ikke glemmes, at magten, herunder definitionsmagten, også kommer i spil, når man begynder at forstå, at de forskellige modeller, kundskabsområder og vidensformer, alle har deres vigtige rolle at spille. Det handler om, hvem der har retten til at afgøre hvilket udgangspunkt, der skal tages, hvilke værdier, der skal ligge til grund for indsatsen, og hvilke ord og begreber, der skal anvendes.

Netop nu, hvor recovery-begrebet er ved at være så politisk korrekt, at det mødes med velvilje næsten overalt, er det vigtigt at holde fast. Både i begrebets udfordrende indhold i forhold til magten i relationen, og i den reflektive åbenhed, som er nødvendig, hvis ikke spørgsmålet om at komme sig, skal ende med at blive en ny metode-manual, og noget nyt som de psykiatri-ramte ikke gør "godt nok".

Med den hollandske forsker og psykiatrioverlever Wilma Boevinks ord er der brug for, én gang for alle, at forlade den situation, hvor dem det hele drejer sig om "bliver undersøgt diagnostisk, men ikke virkelig set; vi bliver lyttet til, men ikke virkelig hørt. Psykiatrien betragter os ikke som seriøse diskussionspartnere; når alt kommer til alt, kan man ikke tale med en sygdom."<sup>13)</sup>

At holde fast i, at det er de mennesker der oplever psykisk lidelse – uanset hvad de vælger at kalde det -, der har nøglen til at overvinde den, er grundlaget. Andre kan ikke "komme dig", hvert enkelt menneske "kommer sig", er subjekt i sin egen recovery-proces. At forstå at det er sådan, *samtidig med* at man holder fast i at ingen kan komme sig alene, er udfordringen, både for de professionelle og det nære og uformelle netværk. At holde sig for øje at recovery er en individuel og subjektiv proces, som udfoldes i et socialt rum, er et billede på en svær balancekunst, som handler mindst lige så meget om at skabe et inkluderende samfund som at hele menneskers individuelle sår.

Noter:

1. Jensen, Pernille (2002): *Recovery. Rapport over Videnscenter for Socialpsykiatri recovery-forprojekt, marts – juli 2002.* Videnscenter for Socialpsykiatri. Rapporten kan gratis downloades fra [www.socialpsykiatri.dk](http://www.socialpsykiatri.dk)
2. Konferencen fandt sted i Boston i oktober 2002. Arrangør var Center for Psychiatric Rehabilitation. Citaterne fra konferencen er refereret og oversat af forf.
3. Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska A, Siegal C, Wanderling J, et al (2001) Recovery from psychotic illness: a 15 – and 25- year international follow up study. *British Journal of Psychiatry.* 178, 506-517.
4. Forventningen om at komme sig er vigtigst. Artikel om og med Loren Mosher af Pernille Jensen. *Socialpsykiatri* nr. 2, 2001.
5. Aggergaard Larsen, John (red.) (2002): *Sindets labyrinter. Seks beretninger fra mødet med psykiatrien.* Hans Reitzels Forlag.
6. Borg, Marit, Topor, Alain (2002): Recovery from "cronicity". *WAPR Bulletin*, november-december.
7. Cohen, P & Cohen, J (1984): The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry*, vol. 41, no.12, p 1178-1182.
8. Warner, R (1994): *Recovery from schizophrenia – Psychiatry and political economy*, 2. edition, New York.
9. Topor A (2001) *Managing the contradictions. Recovery from severe mental disorders.* Stockholm. Stockholm University, Department of Social Work. Benny Lihmes interview med Alain Topor på baggrund af disputatsen, kan læses i *Social Kritik* nr. 76/2001, s. 70-79.
10. Anthony W, Cohen M, Farkas M, Gagne C (2002) *Psychiatric Rehabilitation.* 2. edition. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Boston.
11. Deegan, P.E. (1988) Recovery: The lived experience of rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol 11, no 4, pp 11-19.
12. Recovery – at finde sin vej. Interview med John Strauss af Pernille Jensen, *Socialpsykiatri* nr. 4, 2002.
13. Boevink, Wilma A (2002) Life after Psychiatry, upubliceret manuskript.

