

Den psykopolitiske, den kønspolitiske og den radikale

- diskussioner af menneskesyn og etiske perspektiver i tre dominerende forestillinger om god praksis på psykisk sundhedsområdet

Jepp Oute, Stinne Glasdam & Ottar Ness*

De Forenede Nationers (FN) anbefaling om at fremme psykisk sundhed udtrykker en international anerkendelse af behovet for et mere flerfagligt fokus på psykisk sundhed frem for at fastholde en entydig medicinsk orientering mod sygdom inden for det psykiske sundhedsområde. Anerkendelsen heraf udgør konteksten for, at psykiatrien, forstået som det medicinske subspecial, nu befinder sig i en grundlags- og legitimitetskrise, hvor medicinske repræsentanter ofte strategisk kæmper for at ignorere konkurrerende forestillinger om god praksis, selvom psykiatriens kamp for fagligt overherredømme i sig selv kan modvirke virksomme og hjælpsomme praksisser set i lyset af FN's anbefalinger. For at modvirke disse former for strategisk ignorance og for at fremme professionelles etiske stillingtagen og faglige refleksion på et oplyst grundlag analyserer og diskuterer artiklen tre udbredte forestillinger om god praksis, der betegnes som henholdsvis den psykopolitiske, den kønspolitiske og den radikale forestilling. Dette gøres ved først at anskueliggøre forestillingernes til tider enslydende men også forskellige menneskesyn, mål, metoder og etiske værdier. Artiklen diskuterer dernæst, hvordan forholdet mellem disse tre forestillinger og deres forskellige grundantagelser kan effektuere nogle etiske problemer, som kan komme til syne, når de mødes i praksis. Artiklens analyser og diskussioner belyser herigennem de grundlæggende forestillinger, som kontekstualiserer faglige uenigheder, etiske dilemmaer og direkte magtkampe om den legitime ret til at meningsfastlægge definitionen på god praksis i det daglige. Artiklen stiller spørgsmålstegn ved formålstjenesteligheden ved, at de tre forestillinger reelt konkurrerer om at definere etisk god praksis frem for at tale om, hvilke fordele og ulemper, der er forbundet med de forskellige perspektiver.

I Danmark såvel som i mange andre vestlige industrialiserede lande er psykiatrien, forstået som det medicinske subspeciale, i en grundlags- og legitimitetskrise, bl.a. fordi meningsfastlæggelsen af de flertydige begreber 'psykisk lidelse' og 'normalitet' og de deraf følgende forestillinger om god praksis er blevet til en regulær faglig kamp i det senere år (Morgan 2015; Oute og Ringer 2014). Et langt bredere og flerfagligt udvalg af medicinske, humanistiske og samfundsfaglige faggrupper som fx psykiatere, pædagoger, sygeplejersker, ergoterapeuter, socialpsykologer, familierapeuter og socialrådgivere kæmper nu om den legitime ret til endeligt at definere, om de styrende begreber, metoder og værdier for god praksis skal være medicinske, humanistiske og/eller samfundsfaglige på det psykiske sundhedsområde (cf. engelsk: 'the mental health field'). Kampen informeres bl.a. af et øget fokus på virksomme og reelt hjælpsomme praksisser. FN's nye politiske anbefalinger om at fokusere på at fremme psykisk sundhed og recovery fremfor en klinisk og medicinsk orientering mod symptombehandling og regulering af psykisk syge udtrykker denne stigende internationale anerkendelse af et mere flerfagligt fokus på psykisk sundhed. Dette fokus på psykisk sundhed, fremfor på psykisk sygdom, ses som mere hjælpsomt fra et brugerperspektiv og bidrager i højere grad til, at mennesker med psykisk lidelse og rusmiddelproblemer får mulighed for at leve tilfredsstillende, værdige og meningsfulde liv på trods af deres til tider tilbagevendende problemer end det institutionaliserede medicinske blik gør (Karlsson og Borg 2013). På trods af disse internationale udviklinger og synene på god praksis kan de seneste års konfrontationer mellem flere konkurrerende forestillinger om god praksis på det psykiske sundhedsområde ses som udtryk for, at der fortsat er et presserende behov for både at modvirke den faglige ignorance, som indimellem gør sig gældende blandt fagfolk på området og anerkende gyldigheden af flerfagligt sundhedsarbejde, som kan komme brugere af psykiske sundhedstjenester og deres familier til gode. Den problemstilling kalder på nogle mere grundlæggende diskussioner af, hvilke menneskesyn, faglige redskaber, målsætninger og værdier, der karakteriserer forestillingerne, og hvad der kendetegner forholdet imellem dem. Artiklen har ikke til formål at give et udtømmende katalog over alle forskellige forestillinger om god praksis på det psykiske sundhedsområde. Artiklens analyser og diskussioner har derimod til formål at belyse nogle grundlæggende forestillinger, som ofte kontekstualiserer faglige uenigheder, etiske dilemmaer og direkte magtkampe om den legitime ret til at meningsfastlægge definitionen på god praksis i det daglige. Med udgangspunkt i egen og andres forskning sigter artiklen mod at anskueliggøre tre udbredte forestillingers opfattelse af psykisk lidelse og deres syn på god praksis ved at diskutere forestillingernes teoretiske koblinger og til tider enslydende menneskesyn, mål, metoder og etiske værdier. Artiklen diskuterer dernæst, hvordan forholdet mellem disse tre forestillinger kan effektuere nogle etiske problemer, som kan komme til syne i praksis.

Forestillingernes fremkomst i policy, offentlige debatter og forskning

Kampen mellem de tre konkurrerende forestillinger om god praksis kommer både til syne i policy, offentlige debatter og forskning. I policy-dokumenter kommer kampene til syne via bestræbelser på at genfortolke og kolonialisere begreber fra det psykiske sundhedsområde som fx antistigmatisering, brugerinddragelse og recovery i lyset af den medicinske model og behandlingstilgang (McPherson og Oute 2020; Oute 2016). Offentlige debatter stiller samtidig kampene til skue. I 2013 og 2014 fremkom kampene via sammenstød mellem professor og psykiater Poul Videbech og den videnskabskritiske læge og (daværende) Cochrane-professor Peter Gøtzsche (Oute og Ringer 2014). Sammenstødet tog udgangspunkt i, at Gøtzsches forskning stillede spørgsmål ved, om biomedicinens begreb om psykisk lidelse og dens standardiserede afbenyttelse af psykofarmakologiske interventionsformer reelt kan betragtes som evidensbaserede, økonomisk fornuftige, demokratiske eller/og etiske (Oute og Ringer, 2014). Efter måneders heftige debatter fik Videbech og hans fagfæller reetableret konsensus om at se bort fra kritikken af psykiatriens sygdomsbegreb og videnskabelighed ved aktivt at stemple Gøtzsches persona og forskning som ugyldig (Brinkmann og Petersen 2015; Oute og Ringer 2014). I 2015 debatterede Dansk Psykolog Forenings forkvinde Eva Secher Matiasen og Videbech psykologers ret til at stille psykiatriske diagnoser, og satte herved spørgsmål ved grænserne for psykiateres, psykologers, sygeplejerskers og socialpædagogers faglighed og kompetencer på området. Til slut blev fokus igen drejet væk fra diskussionen om formålstjenesteligheden ved flerfagligt sundhedsarbejde ved at delegitimere kritikken og betegne Sechers persona som 'uden indsigt'. I begyndelsen af 2019 løb en ny offentlig debat med titlen "Skal psykiatrien primært være lægevidenskabelig?" af stablen. Debattens tilrettelæggelse var eksemplarisk for særligt psykiatriske lægers kamp om at definere synet på god praksis, idet lægen Andreas Hoff (som repræsentant for Dansk Psykiatrisk Selskab) og socialpsykologen Anders Thingmand hhv. debatterede ud fra et pragmatisk-medicinsk og recovery-orienteret ståsted. Flere af de medicinske repræsentanter fra publikum forsøgte løbende at underkende, delegitimere (cf. "ekstrem") og håne (cf. "bongotrommer") Thingmands socialpsykologiske og recovery-orienterede perspektiver. Det udstillede både debattørernes indbyrdes konkurrenceforhold, og hvordan de medicinske aktører i særlig grad benyttede sig af latterliggørelse og benægtelse af det konkurrerende perspektivs tilstedeværelse, argumentation og gyldighed. I 2020 kunne man læse den indflydelsesrige psykiater og professor Rosenbergs kronik, som påbyder læseren at droppe fordomme og forsimplinger af psykiatrien, da han som psykiater føler sig krænket over det, han betegner som den antipsykiatriske lejr's unuancerede, skrāsikre og bedrevidende kritik. Rosenbergs kränkelsesparathed over den samfundsvidenskabelige anfægtelse af medicinens overherredømme på det psykiatriske felt er bemærkelsesværdig set i lyset af, at han i samme bevægelse ser helt bort fra den kritiske psykiatريفorsknings omfattende bidrag

til det erkendelsesteoretiske grundlag for psykiatriske diagnoser og praksis. Som videnskabsmand ignorerer Rosenberg derved solid samfundsforskning i psykiatriske diagnoser historiske og samfundsmæssige konstitution, og hvordan klinisk-medicinsk kommunikation, brugen af diagnoser og selve feltets organisering subordinerer og ekskluderer andre faggrupper, pårørende og brugere af systemets services (Busfield 2011; Brinkmann og Petersen 2016; Sandbjerg Hansen, Langager og Øster 2017).

De retoriske greb, som ovenstående debatter og indlæg har repeteret, fremviser altså de former for strategisk ignorance, der ofte gør sig gældende i diskussioner om psykiatrisk behandling. Disse former for ignorance omfatter adfærd, hvor aktører strategisk ignorerer konkurrerende perspektiver, sociale kendsgerninger og eksisterende viden om psykiatriens erkendelsesteoretiske grundlag for at få sit argument til at fremstå med autoritet (McPherson et al. 2018). De medicinske repræsentanters hyppige brug af strategisk ignorance er kendt for at bidrage til at opretholde deres faglige overherredømme og underordne andre, særligt bruges, samfundsvidenskabelige, socialpsykologiske og pædagogiske, perspektiver på god praksis (McPherson et al. 2018). I kombination med begrebs-kolonialisering, offer-retorik, hån og de-legitimering af konkurrerende perspektiver ignoreres rivaliserende perspektiver strategisk ved netop at lukke øjnene for psykiatriske diagnoser historiske og ideologiske rødder, diagnoser tætte forbindelser til den medicinske industri og generelle samfundsudvikling. Ligeledes benægtes patient-begrebets undertrykkende kraft og potentiale til at privilegere medicinske professionelles status og legitimitet til at træffe beslutninger over brugeres og pårørendes liv uden reelt at anerkende andre perspektiver på den hjælp, der skal leveres (Busfield 2011; Brinkmann og Petersen 2016; Ljungberg, Denhov, & Topor, 2016; Sandbjerg Hansen, Langager og Øster 2017).

Artiklens problemstillingen henviser således ikke bare til, at de forskellige forestillinger om god praksis repræsenterer perspektivforskellige og faglig uenighed, men at særligt medicinske fagfolk strategisk ignorerer konkurrerende perspektiver, kendsgerninger og indsigter, som i lyset af FN's nye anbefalinger om fremme brugeres og pårørendes psykiske sundhed kan modvirke virksomme og hjælpsomme praksisser. Disse former for ignorance understreges af, at de ovenstående danske debatter og diskussioner samtidig karakteriseres af et bemærkelsesværdigt fravær af kritiske brugerperspektiver og til dels omsorgsfaglige stemmer fra sygeplejen og pædagogikken.

De ovennævnte diskussioner lyder også som et ekko af tidligere forskning. Flere studier har via forskellige analytiske foki på stemmer, ideologier, diskurser, rationaler eller logikker fremanalyseret betydningerne af en række beslægtede, men ofte konkurrerende, forestillinger (cf. Oeye et al. 2009; Glasdam og Oute 2018; Lehn-Christiansen og Holen, 2019; Oute 2017; Rose 2019), som nationalt og internationalt har gjort sig gældende i de sidste tre årtier (Oute 2016). Speeds

(2005) diskursanalyser af, hvordan servicebrugeren fremstilles som en patient, en forbruger eller en psykiatri-overlever i Storbritannien dannede fx baggrund for en senere analyse af, hvordan begreberne 'recovery' og 'resiliens' fungerer som styringsteknologier, der informeres af neoliberal og individualistisk ideologi (Harper og Speed, 2012). I lighed hermed fremhævede danske analyser, hvordan en klassisk biomedicinsk, en fornuftsorienteret og neoliberal samt en kritisk-radikal stemme kæmpede om at opnå legitimiteten til endeligt at definere psykisk lidelse og normalitet i Danmark (Oute og Ringer, 2014). I samme periode identificerede Øye og kolleger (2009), Oute (2017) og Oute og Bjerger (2017) en særlig maternalistisk diskurs blandt psykiatriens semiprofessionelle, fx pædagoger og sygeplejersker. Studierne viste, hvordan den bidrog til opretholdelse af en feminiseret professionsidentitet og øget definitionsmagt set i forhold til lægestanden, øget infantilisering og umyndiggørelse af maskuliniserede patient-subjekter og aktiv eksklusion af "besværlige" patienter, der modtog eller ønskede at modtage behandlingsydelser i voksen-psykiatrien (Oute, Tondora og Glasdam 2018). Til sammen ræsonnerer disse politisk-medicinske, kønnede og kritisk-radikale diskurser med senere analyser af ideologier og logikker fra beslægtede felter. Disse forestillinger, og særligt forholdet mellem den medicinsk-politiske og den kritisk-radikale, blev tematiseret og drøftet på tværs af artiklerne om fx almindelighedens betydning, recovery-orienteringens vilkår, muligheder og arenaer og psykiatriens arkitektoniske indretning, der udkom i Dansk pædagogisk Tidsskrifts temanummer om 'Gal Pædagogik' (Sandbjerg Hansen, Langager og Øster 2017). Samme år pegede Tangvald-Pedersen og Bongaardt (2017) også på, hvordan synet på brugeres deltagelse enten informeres af en liberal, emancipatorisk eller en omsorgs-orienteret ideologi i Norge, mens Lehn-Christiansen og Holen (2019) viste, hvordan uddannelses-, produktions- og relationelle omsorgslogikker er styrende for sygeplejerskers og studerendes praksis.

Metode

Artiklens analyser lægger sig i forlængelse af den pædagogiske-, medicinske- og velfærdspolitiske sociologi og antropologi, hvor postmarxistiske analyser og diskussioner af koblingerne mellem de forskellige menneskesyn, metoder og værdistyrede målsætninger har udgjort et centralt objekt for forskningen (Kryger, Milner, & Krejsler, 2005; Mol, 2008; Shore, Wright and Però, 2011). For at indkredse disse koblinger bruger vi det analytiske begreb forestilling som et andet ord for diskurs, stemme, rationale, logik eller forståelse af god praksis. Begrebet bruges til at analysere hver af de tre forestillingers klassifikationer af problemet, deres måder at retfærdiggøre indsatsen etisk og til at indkredse deres foretrukne arbejdsmetoder, faglige redskaber og tilgange. Artiklen zoomer derved ind på forestillingernes syn på, hvad psykisk lidelse er (klassifikationen), hvordan lidelsen skal afhjælpes (metoder og faglige redskaber) og deres værdistyrede/etiske begrundelser for, hvorfor den problematiske tilstand skal

fixes (legitimeringen) (Shore, Wright og Però, 2011).

Artiklen bygger ikke på et nyt og enkeltstående forskningsarbejde men tager empirisk set udgangspunkt i den ovenfor beskrevne forskningslitteratur fra det psykiske sundhedsområde, som består af tidligere kvalitative studier og analyser af de politisk-biomedicinske, kønnede og kritisk-radikale forestillingers forskellige menneskesyn, metoder, og værdier. Metodisk set er der ikke tale om et systematisk litteraturreview, men en analyse, der undersøger og diskuterer de forestillinger om god faglighed og praksis, som er fremkommet i tidligere undersøgelser og analyser. Vi udvalgte og inkluderede egen forskning og supplerede med andres eksemplariske studier og tekster, som har analyseret og diskuteret de tre faglige forestillinger, som gør sig gældende på tværs af behandlingstilbud og rehabiliterende indsatser i det regionale og kommunale system i Skandinavien (cf. Oeye et al. 2009; Glasdam og Oute 2018; Oute 2017). I den forstand bygger artiklen på data, analyser og teorier, som er opbygget på baggrund af moralfilosofiske analyser, sociologiske studier, ideologikritiske bidrag, etnografiske feltarbejder (feltnoter, billeder), kvalitative interviews med brugere, pårørende og professionelle og vejledende dokumenter (lærebøger og policy-dokumenter). Fra det udgangspunkt udfolder vi, hvordan grundlæggende menneskesyn, værdier og arbejdsmetoder kommer til udtryk via nogle konceptuelt overlappende forestillinger om god praksis (cf. Oute og Ringer, 2014; Speed, 2005).

Den psykopolitiske, kønspolitiske og radikale forestilling

Litteraturen, vi har analyseret, signalerer tre forskellige forestillinger, som vi kalder, en psykopolitisk, en kønspolitisk og en radikal forestilling om god praksis. De adskiller sig væsentligt fra hinanden, selvom der samtidig er overlap imellem deres teoretiske og kulturelle grundantagelser.

Den psykopolitiske forestilling

Valget om at betegne denne forestilling som psykopolitisk bygger på, at der i litteraturen bruges flere beslægtede begreber og måder at tale om forestillingen. Med reference til Foucaults magt- og styringsbegreb karakteriserer den britiske sociolog og psykolog Rose (1999, 2019) lignende rationaler som bio-politiske. I lighed hermed har andre studier af psyko-ideologiske diskurser (Oute et al 2015) og psyko-politik (Thomas 2016) demonstreret forestillingens fremkomst på tværs af det psykiske sundhedsområde. Den bygger på et tidstypisk menneskesyn, som kombinerer en patologisk forståelse af psykisk lidelse fra den biologiske psykiatri med neoliberale og individualistiske idealer for, hvad en god samfundsborger er (Rose 1999; Thomas 2016). Denne subtile kobling mellem (natur)videnskab og politik har flere effekter. Dels skjuler den lægestandens grundlæggende ideologiske blik på forholdet mellem menneske og helbred og privilegerer samtidig lægers ekspertise og myndighed til at praktisere formynderisk

i statens tjeneste (fx at bruge tvangsbehandling). Dels kan forestillingen siges at have bidraget til øget psykiatisering (Rose 2019). Psykiatisering henviser til en kultur, hvor den psykiatriske diagnose og den diagnostiske sprogbrug ofte bliver anvendt på tværs af både statens og samfundets øvrige sociale institutioner som skolen eller familien som en meta-forklaring på en række udfordringer, mennesker og professionelle møder til daglig (cf. Brinkmann 2010). Endelig danner forestillingen baggrund for nogle nye former for styring og social kontrol af samfundets udsatte og økonomisk risikable grupper ved at etablere en kulturel selvfølgelig opfattelse af, at diagnosticerede mennesker og deres pårørendes, og ikke staten, må forene sig med at skulle bære ansvaret for den enkeltes mentale sundhed (Glasdam og Oute 2018; Harper og Speed 2012).

Forestillingen kan identificeres mange steder. Dels ses den i mange nationale, regionale og kommunale politikker, vejledninger og anbefalinger, som danner ramme for arbejdet i såvel som uden for det psykiske sundhedsområde (cf. Oute 2016). Dels kan den ofte spores blandt psykiatere, læger, udviklings- og kvalitetsorienterede professionelle, kliniske forskere og studerende inden for fag som medicin, klinisk psykologi, neuropædagogik- og psykologi og professionsuddannelser i sygepleje, pædagogik, fysioterapi og ergoterapi (Oute 2017).

Forestillingens essentialistiske menneskesyn omfatter forenklet sagt, at mennesket og dets adfærd, tænkning, følelsesliv og oplevelse af verden determineres af en psyki(atr)isk tilstand, som grundlæggende skyldes mangler (deficits) i personens hjerne kemi eller kognitive egenskaber. Koblingen mellem (natur)videnskab og politik effektuerer imidlertid et service-bruger-subjekt, der kendetegnes af nogle mangler (deficits), svagheder eller sårbarheder, som samtidig har potentiale til at blive til styrker eller ressourcer for staten (Harper og Speed 2012). I modsætning til at 'være skizofren', ses psykisk lidelse såsom fx skizofreni, depression eller bipolar lidelse i modsætning til tidligere som noget personen 'har'. Sygdomstilstanden betragtes dermed ikke som hele subjektets identitet, men tilslører kun periodisk, hvem og hvad vedkommende også kan være (Speed 2005; Oute og Ringer 2014). I den forstand er der ikke tale om et deterministisk menneskesyn og absolut sygdomsbegreb, da den diagnosticerede person kan forventes at tage ansvar for sin egen mentale sundhed. Forandringen af vedkommendes tilstand og mangler afhænger derfor af, om og hvordan vedkommende tager aktiv del i at tage ansvar for at monitorere, forebygge og regulere sin egen sundhed og (patologiske) tilstand (Oute 2016). Forestillingens faglige metode er karakteristisk for en neoliberal afart af det traditionelle medicinske blik på psykisk lidelse (Glasdam og Oute 2018; Harper og Speed 2012; Speed 2005), fordi det traditionelle, formynderiske blik på psykisk lidelse kombineres med markedsorienterede og neoliberale idealer for, at personen og dens pårørende må være selvsansvarlige, agile, omstillingsparate og omkostningseffektive (Glasdam og Oute 2018).

Ofte kommer det til syne gennem fokus på personcentrerede eller individualiserede behandlingsformer, fx via slogans som 'patienten skal i centrum' (Oute et al. 2015; Oute 2016). Som sådan er det logisk at benytte individualiserede metoder som fx kognitive tilgange eller mindfulness eller individorienterede strategier som patient- og pårørendeinddragelse, 'shared decision-making', motiverende samtaler, anerkendelse (fx 'appreciative inquiry'), psykoedukative tiltag, patient-kontrakter og/eller telepsykiatriske løsninger (fx smart apps til selv-monitorering) (Oute 2016). Det indebærer også, at professionelle gennem disse former pseudo-deltagighed overdrager ansvaret for håndtering af personens kognitive udfordringer, forebyggelse af sygdomstilstanden og behandling til den diagnosticerede person og dennes pårørende, men uden at afgive retten til bedst at kunne vurdere personens tilstand og behandlingsbehov (Glasdam og Oute 2018). Det er derfor både en metode og en målsætning, at den diagnosticerede person og dennes pårørende lærer at monitorere og vurdere den diagnosticerede persons medicinindtagning, sygdomstilstand og kognitive formåen i hverdagen og samarbejde med professionelle fremfor at komme (fysisk) ind i velfærdssystemet. Et eksempel på denne markedsorienterede målsætning lyder, at manglende inddragelse og deltagelse af patienten og dennes pårørende kan 'koste for den enkelte og/eller samfundet' (Oute 2016; Oute et al. 2015).

Målet er således at sikre, at personen generelt skal lære selv at vælge en sundere livsstil for at reducere sin personlige lidelse og for ikke at belaste velfærdssystemets kapacitet (Oute 2016; Oute et al. 2015). Hermed legitimeres og styres forestillingen af somatisk etik og nytteetik. Under betegnelser som fx "sunddom" (at blive dømt til sundhed), henviser en sådan somatisk etik til læren om de normer og værdier for, hvordan moderne samfundsborgere bør forvalte deres livsførelse på måder, som konstant optimerer vedkommendes kropslige sundhed, fordi sundheden i dette perspektiv betragtes som målestokken for det gode eller succesfulde liv i det 21. århundrede. I sundhedens navn dømmes personer med psykiske sundhedsproblemer således til at skulle tage ansvar for at blive sunde igen. Målsætningen om at få den enkelte til at bære ansvaret for at reducere sin egen lidelse og mindske byrden på velfærdsstatens hjælpeapparat styres derfor også af nytteetisk tænkning. Det hænger sammen med, at nytteetik handler om, at det betragtes som moralsk, når en handling får den konsekvens, at det størst mulige antal mennesker kan få størst mulig nytte af den (Brinkmann 2010; Nielsen 2016; Rose 1999).

Den kønspolitiske forestilling

Med udgangspunkt i begreber og talemåder fra den analyserede litteratur betegner vi denne forestilling som den kønspolitiske. På den ene side tales der dels om en relationel omsorgslogik (Lehn-Christiansen og Holen, 2019) og dels om en feminiseret og omsorgs-orienteret ideologi eller diskurs (Oute 2017; Tangvald-Pedersen og Bongaardt 2017) i litteraturen. På den anden side begrundes

betegnelsen kønspolitisk af, at forestillingen står i et konkurrenceforhold til den psykopolitiske forestilling. Dette må forstås i lyset af, at forestillingens hjælper-subjekt historisk set har en lavere faghierarkisk position set i forhold til læge-subjektet prestige, paternalistiske orientering og ekspertrolle i det psykiatriske felt (Oeye et al. 2009; Oute 2017). Som respons herpå forsøgte nogle ideologikritiske og moralfilosofiske tænkere inden for omsorgsfagene (fx de såkaldte sygepleje-teoretikere) at etablere en ny grundlagstænkning, der både kunne understøtte tilblivelsen af en stærk professionsidentitet og fagets anerkendelse og legitimitet (Andersen et al. 2016; Martinsen 2005; Oute 2017). Derfor betegner vi forestillingen som kønspolitisk, fordi den forsøger at artikulere omsorgsfagene som et selvstændigt professionsområde med omsorgen som særegent genstandsfelt, der distinkt adskiller sig fra lægefaget og tilstødende medicinske discipliner (Andersen et al. 2016; Beedholm 2003; Martinsen 2005; Oute 2017). Det kønspolitiske ligger samtidig i, at forestillingen bl.a. knytter an til standpunktsfeministisk tænkning (cf. standpunkts-teori) (Alvesson og Billing, 2009). Mens den psykopolitiske forestilling karakteriseres af faderlighed (jf. paternalisme) og maskulinitet, tog omsorgsfagene, der kvantitativt set er de største fag på det psykiske sundhedsområde, det modsatte standpunkt. I den forstand karakteriseres den kønspolitiske forestilling af standpunktsfeministisk tænkning og idealer om moderlig omsorg, naturlighed, intuition, holisme og femininitet. Tilblivelsen af denne kønnede professionsidentitet har banet vejen for et anerkendelsesmæssigt paradoks, da forestillingens repræsentanter ofte direkte afviser at basere praksis på den autoritet og legitimitet, som rationel, akademisk og (natur)videnskabelig viden traditionelt set har givet til og i faget (Alvesson og Billing, 2009; Beedholm 2003; Oute 2017).

Forestillingen kan identificeres mange steder, fordi den knytter sig til omsorgsfagenes interne professionsidentitet (Scheel 2013). Dels kan den identificeres i fagpolitiske tekster (Oute 2017), herunder i toneangivende, psykiatriske lærebøger (Strand 1994; Hummelvoll 2006) og i de såkaldte omsorgsfilosofier (Martinsen 2005, 2010). Dels gør den sig ofte gældende blandt pædagoger, psykiatriske sygeplejersker, socialpsykologer, psykiatere, familieterapeuter, miljøterapeuter, social- og sundhedsassistenter og plejere i praksis, både kommunalt på sociale botilbud og regionalt (Eldal et al. 2019; Oeye et al. 2009; Oute, 2017).

Menneskesynet betinges af, at den professionelle ses som en indfølede og dominerende (hegemonisk) moderskikkelse; en såkaldt "Hegemor" (Oute 2017). I forhold til det paternalistiske læge-subjekt, er det maternalistiske professions-subjekt i omsorgsfagene kendetegnet af ideen om en autoritativ, varm, intuitiv moderskikkelse med medfødt empati med og evne til at beskytte nødlidende og svagelige mennesker (Hansen og Randwijk 2013). I den forstand tager forestillingen, logisk set, udgangspunkt i et barnagtiggørende (infantiliserende) syn på personer med psykisk lidelse. Det udtrykkes ved at fremstille personer med psykisk lidelse som svage (eller jeg-svage eller ego-svage). Det indebærer,

at den svage person, i modsætning til den professionelle naturlige indsigt (cf. ”merforståelse”), moderlighed og kontrol, fremstilles som en utætmet og barnagtig person, der mangler den professionelle styrke, regulering, grænser og indsigt i sine egne problemer og sans for realiteterne (Oeye et al. 2009; Oute og Bjerge 2017). Forestillingens standpunkt, dets menneskesyn og mangel på specificitet gør det samtidig muligt for professionelle at træffe vidløftige vurderinger af, at diagnosticerede personers problemer og behov skyldes ”jag-svaghed” uden at henvise til videnskabelige eller rationelle argumenter (Oute 2017).

Arbejdsmetoderne er derfor ofte også uspecifikke, hvorfor det metodiske princip i forestillingen kan betegnes som eklektisk holisme, som fratager den professionelle kravet om at redegøre konkret for den ofte manglende sammenhæng imellem perspektiver på psykisk lidelse og arbejdsmetoderne (Andersen et al. 2016; Hansen og Randwijk 2013; Oeye et al. 2009). Det betyder, at der, i denne forestilling, kan identificeres tilbøjelighed til at lade praksis hvile på ukontekstualiserede dele af terapeutiske (fx psykodynamiske, eksistentielle og formynderiske) perspektiver og metoder. Det kan fx være ideen om, at professionelle blotte tilstedeværelse kan ses som en grundsten i forandringen af den diagnosticerede person (Oeye et al. 2009; Oute 2017). Forestillingen knytter derfor an til, at der ofte benyttes bredspektrede metoder som jeg-styrkende principper, der eksplicit fokuserer på opdragelse af den barnagtiggjorte patient såvel som kontrollerende tiltag såsom beskyttelse, grænsesætning og realitetskorrigerende (Hansen og Randwijk 2013; Oeye et al. 2009; Oute 2017). Det metodiske princip kombinerer de paternalistiske og humaniserende elementer, som er karakteristiske for det moralfilosoffen og omsorgsteoretikeren Martinsen betegner som svag paternalisme (Martinsen 1995). Det hænger sammen med, at det standpunktsteoretiske ståsted ikke informerer et brud med paternalisme og autoritet, men implicit lægger sig i forlængelse af en paternalistisk tænkning. Under dække af gensidighed, næstekærlighed, empati og omsorg erstattes medicinens paternalisme derimod med en fløjlsblød, subtil og relationel form for paternalisme, som udtrykkes via krav til diagnosticerede personer om at skulle underkaste sig relationen til de professionelle og deres næstekærlige, men på samme tid kontrollerende, handlinger (Oute 2017).

I den forstand kan man sige, at den kønspolitiske forestilling styres af en målsætning, som informeres af kristen omsorgsetik. Den hviler på en nærheds- eller relationsetik, der ser patient-autonomi som central, men samtidig betoner den, at god praksis må fokusere på og afhænge af relationen mellem professionel og patient (Birkler 2009; Lomborg 1997; Oute 2017). Det kommer til syne via forestillingens infantiliserende menneskesyn og følgende betoning af metodiske strategier, som ved hjælp af relationen mellem omsorgs-professionel og patient tager sigte mod at forandre og opdrage vedkommende med henblik på, at han/hun kan blive en god, stærkere, modnet, velreguleret, livsduelig og myndig

person med den rette virkelighedsopfattelse, set i den omsorgsprofessionelles øjne (Oeye et al. 2009; Oute og Bjerge 2017).

Den radikale forestilling

Valget om at betegne forestillingen som den radikale bygger på, at den i litteraturen karakteriseres som emancipatorisk (Tangvald-Pedersen og Bongaardt 2017) og gale-, recovery- eller psykosocialt orienteret (Sandbjerg Hansen, Langager og Øster 2017). Betegnelsen radikal begrundes af, at den repræsenterer en humanistisk og socialt orienteret antidot til den psykopolitiske og kønspolitiske forestillings hhv. individualistiske og ansvarliggørende og infantiliserende og umyndiggørende menneskesyn (Harper og Speed 2012; Oute 2017). Set i lyset af hhv. den psykopolitiske og kønspolitiske forestilling, ligger det radikale i forsøget på at etablere et ikke-patologiserende og myndiggørende alternativ til, at mennesker med psykiske problemer såvel som andre socialt marginaliserede mennesker (fx arbejdsløse personer med eller uden stofbrug) kan leve meningsfulde og værdige liv i deres lokalmiljø (Karlsson og Borg, 2017). Forestillingen læner sig tungt op ad begreber som psykosocial rehabilitering, sundhedsfremme og empowerment, og den informeres af systemisk tænkning, socialpsykologiske perspektiver og demokratiske idealer fra den såkaldte recovery-orientering (Borg, Karlsson, Stenhammer, & Møller, 2014; Karlsson og Borg, 2017). Den danske oversættelse af recovery til det 'at komme sig' (på linje med flere andre skandinaviske ord som mestrings eller bedring) indfanger kun i ringe grad begrebets anglo-amerikanske ordlyd og indhold. En mere retvisende skandinavisk definition af recovery kan lyde som "det arbejdet personen gør alene og sammen med andre for å opleve og skabe mening i eget liv." (Karlsson og Borg 2017: 11). I den forstand har den radikale forestilling både individuelle og sociale dimensioner. Forestillingen vedrører dels brugerens agency, handlekompetence, personlige erfaringer og perspektiver og er dels er den stærkt præget af borger- og menneskerettighedsbevægelsen, de-institutionaliseringsbevægelsen, et fokus på antistigmatisering, tænkning fra afvigelsessociologien og de race-, klasse- og ligestillingskampe, som internationalt set er blevet ført siden 1950'erne (Karlsson og Borg 2017; Rowe, Lawless, Thomsen, og Davidson, 2011).

I Norden repræsenteres forestillingen af forskellige aktører, som fagligt og organisatorisk set er placeret vidt forskelligt. Dels findes den blandt aktører fra kritiske brugerbevægelser som fx Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP) og faglige selskaber som Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering og Nasjonalt kompetencesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) i Norge. Dels findes den hos videnskabelige aktører som pædagogiske- sundheds- og samfundsvidenskabelige forskere og endelig forskellige socialpsykiatriske aktører som fx brugere og ansatte på de danske bosteder Orion eller Slotsvænget, herunder også socialsygeplejersker, gadeplansteams og professionelle i lokalpsykiatrien m.v. (Oute 2016).

Menneskesynet i den radikale forestilling kan siges at hvile på det ideal, at personen med psykiske problemer kan betragtes som et autonomt og myndigt menneske, der sidder ”i førersædet” i forhold til at genetablere et meningsfuldt og tilfredsstillende liv i sit lokalsamfund trods psykiske og stofrelaterede problemer (Karlsson 2016; Karlsson og Borg 2013; 2017). Samtidig hviler menneskesynet på, at denne proces ikke foregår i et socialt vakuum, men betinges af sociale forhold, herunder hvordan vedkommendes pårørende/familie, sociale netværk i lokalmiljøet og professionelle i hjælpeapparatet kan bidrage til at fremme eller til tider modvirke forandringerne. Menneskesynet i den radikale forestilling bygger derfor på tre centrale præmisser: 1) At det diagnosticerede menneske er den centrale aktør i processen om at komme til at leve et meningsfuldt og tilfredsstillende liv. 2) At det diagnosticerede menneske må inkluderes og deltage i lokalsamfundet, familien og arbejdslivet. 3) At borger- og menneskerettigheder kan bidrage til at udjævne de ulighedsskabende strukturer i samfundet, som både kan være med til øge marginalisering og psykisk lidelse og kan gøre det vanskeligere at leve et godt og for den enkelte meningsfuldt liv med psykisk lidelse og/eller stofproblemer (Karlsson og Borg 2013, 2017).

Forestillingens overordnede metodiske princip centrerer sig om at påvirke og understøtte de mange forskellige typer af faktorer, som fremmer diagnosticerede menneskers proces med at komme sig (Karlsson og Borg 2013, 2017). Støtten tænkes både på det personlige niveau og på interpersonelt- og systemniveau. På individniveau stiles der imod, at professionelles, pårørendes eller frivilliges hjælp og støtte personcentreres og lægges til rette for det enkelte menneske, ikke som klient eller patient i systemet. På interpersonelt niveau er det samtidig en målsætning at hindre diskrimination og modvirke stigma i relation til professionelle, pårørende og kolleger etc., mens der på systemniveau stiles mod at mindske systemisk diskrimination og mod at bedre at kunne navigere i og mellem fragmenterede velfærdssystemer (fx psykiatrien, stofbehandling og jobcentre) (Ness et al. 2014; Hansen og Bjerger 2017; Ruyscher et al. 2017). Det indebærer opfattelsen af, at relationer til professionelle eller pårørende både kan virke fremmende og hæmmende for recovery, mens kombinationen af stigmatisering og begrænset adgang til de ukoordinerede hjælpesystemer (fx jobcentrene, stofbehandlingen og psykiatriske behandlingsambulatorier), og systemernes ofte dårlige evne til at levere god ’timet’ hjælp kan begrænse adgang til arbejdsmarkedet og derved hæmme processen hen imod et meningsfuldt (arbejds)liv. De professionelles primære arbejdsområde er at hjælpe vedkommende med at håndtere de problemer vedkommende oplever nu og her, dels ved at støtte vedkommende til at gøre det og dels ved at facilitere, at andre aktører i civilsamfundet (fx frivillige i foreningslivet og pårørende) involverer sig i denne proces. Et centralt aspekt af professionelles arbejde er at hjælpe personen med at fastholde håbet om et godt og meningsfuldt liv, uden for problemerne (Karlsson og Borg 2013; 2017; Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, og Slade, 2011).

Forestillingen sigter overordnet mod, at den enkelte kan genskabe tilhørighed i nærmiljøet, genopbygge identitet ”udenfor” vedkommendes problemer, at skabe sig et meningsfuldt liv på trods af eller med sine personlige og sociale begrænsninger. Herunder er det et centralt sigte at øge personens muligheder for social inklusion, medborgerskab, deltagelse og myndig- og mægtiggørelse (empowerment) (Karlsson og Borg 2017). Forestillingen kan siges at være styret af Taylors kulturradikale tænkning om autenticitet og selvrealisering. Det hænger sammen med, at den radikale forestilling hviler på et individualiseret menneskesyn og en etik, som bl.a. ses hos Taylor (Petersen 2011). Det styrende etiske princip indebærer, at mennesker realiserer sig selv i forhold til egne ønsker og moralske værdier. Dette foregår imidlertid ikke spontant, men i konstant dialog med sig selv og andre, og inden for rammerne af, hvad ’der tæller’ i givne sociale fællesskaber og kulturelle sammenhænge (Petersen 2011). Det etiske perspektiv er således ikke kun knyttet til, at individets autonomi, selvbestemmelse og realisering er absolut, men samtidig til at selvets realisering i praksis udspiller sig i dialog og interaktion med andre. Derved er forestillingens etiske standpunkt beslægtet med den form for pligtetik, man fx finder i Habermas’ diskursetik (Andersen og Timm 2018), som implicerer idealer for, at normer gælder for alle mennesker, men at uenigheder om gyldigheden af en moralsk norm afstemmes gennem rationel, ligeværdig og magtfri dialog om argumenterne for og imod. Denne forestilling om god praksis har derfor særligt blik for, hvordan psykosociale processer ikke kun kan ses som udtryk for individets horisont og ønsker, men at de forandringsprocesser, som praksis orienteres mod, udspiller sig inden for de normative rammer og muligheder, som samfundet eller nærmiljøet kan tilslutte sig.

Konkurrerende etiske forestillinger om god praksis i det daglige

Nærværende artiklen rejser spørgsmål om, hvordan synspunkter og perspektiver, der repræsenterer de tre forestillinger om god praksis, kan udveksles og diskuteres konstruktivt fremfor enten at være i åben konflikt med hinanden eller blive strategisk ignoreret, når forskellige professionelle (fx socialpsykologer, pædagoger, sygeplejersker, læger eller socialrådgivere), mennesker med psykiske lidelser og/eller stofbrug, deres pårørende og sociale netværk udveksler dem i forbindelse med afklaringen af, hvordan man bedst fortolker en persons problemer og samarbejder om at hjælpe.

I praksis kan der identificeres en snitflade mellem to af forestillingerne, nemlig den psykopolitiske og den radikale forestilling, når professionelle anvender helt enslydende begreber som fx recovery, inddragelse, empowerment eller deltagelse. Der kan imidlertid være tale om, at de enten udveksler, eller ofte helt forveksler, den psykopolitiske og den radikale forestilling. Mens somatisk etik og nytteetiske værdier virker styrende for psykopolitiske praksisformer,

mister det diagnosticerede menneske per se (noget af) sin sociale berettigelse og legitimitet som borger set i lyset af den psykopolitiske forestilling. I sundhedens og samfundsnyttens navn kan professionelle derfor, moralsk set, stille krav til det diagnosticerede menneske og vedkommendes pårørende om at skulle være agile, resiliente, omstillingsparate og lære at blive selv-ansvarlige. I den forstand er det diagnosticerede menneskes selvrealisering og -udvikling blevet et individuelt imperativ (påbud), hvor vedkommende moralsk set forventes at skulle komme sig, mens pårørende og det sociale netværk forventes at understøtte denne proces i rollen som frivillig eller ulønnet medbehandler for ikke at ligge velfærdsstatens ressourcer til last (Glasdam og Oute 2018; Petersen 2011). Det 'at komme sig' er derfor kardinalpræmissen for at kunne blive opfattet som en ligeværdig og anerkendelsesværdig deltager i samfundet i den psykopolitiske forestilling om god praksis, mens myndighed, mægtiggørelse, ligeværdig deltagelse og inklusion ses som afgørende præmisser for, at mennesker med psykisk lidelse overhovedet kan komme sig i den radikale forestilling. Til forskel fra den psykopolitiske forestillings fokus på forandring af individet, betones selvrealisering, social forandring og herredømmefri dialog i den radikale forestilling med henblik på at (sam)skabe nye muligheder for, at personer med psykisk lidelse kan have selvbestemmelse, få lige muligheder og leve meningsfulde liv. Når de to forestillinger ud- eller forveksles i praksis, repræsenterer de derved ikke alene to direkte modstridende etiske perspektiver på, hvordan mennesker med psykisk lidelse hjælpes bedst, men den radikale forestilling er relativt åben for at blive genfortolket (kolonialiseret) i lyset af den psykopolitiske forestilling pga. begrebets iboende fokus på selvrealisering, der nemt forveksles med det psykopolitiske ideal om selv-ansvarlighed.

Samtidig kan der opstå et konfliktforhold mellem den kønspolitiske og psykopolitiske forestilling om god praksis. Når professionelle abonnerer på den kønspolitiske forestillings infantiliserende menneskesyn og ofte umyndiggørende praksisformer, kan de bidrage til direkte at forhindre eller, i det mindste, modvirke psykopolitiske praksissers fokus på at sikre, at diagnosticerede mennesker og pårørende identificerer sig med rollen som aktiv, agil, omstillingsparat og ansvarlig samfundsborger (Oute 2017).

Endvidere kan den kønspolitiske og radikale forestilling ikke bare kolliderer med hinanden teoretisk, men professionelle, der repræsenterer den kønspolitiske forestilling underordner ofte den idealiserede betydning af praksisser, der er forenelige med den radikale forestilling. Et afgørende princip i subordineringsprocessen kan betegnes som "bør-tonomi" (ought-onomy) (Devish 2010, 2011; Oute 2017). Det omfatter, at den kønspolitiske forestillings samtidige infantiliserende blik og fokus på autonomi og opdragelse kan danne grundlag for, at professionelle kan ignorere den relationelle kontekst, hvori det diagnosticerede menneskes (ret til) selvbestemmelse i forhold til udvikling af et, ifølge de professionelle, mere 'hensigtsmæssig' syn på verden forventes at gøre sig gældende (Hansen og Randwijk 2013). Når professionelle ser diagnosticerede

mennesker med psykisk lidelse som svagelige og barnagtige, rejser der sig en implicit moralsk appel for den professionelle om at beskytte vedkommende mod sig selv, idet han/hun anses som en, der ikke selv kan træffe myndige og 'hensigtsmæssige' beslutninger om egen mentale sundhed. I modsætning til at indgå i en ligeværdig dialog med vedkommende bliver det en professionel pligt at sikre, at vedkommende vælger at involvere sig (cf. autonomi) og deltager aktivt i behandlingen ved at forene sig med de professionelles virkelighedsopfattelse og syn på behovet for forandring. Når professionelle fokuserer entydigt på at sikre personens autonomi/selvbestemmelse på denne måde betones den radikale forestillings normative kerneantagelse om, at personen skal realisere sig selv og være selvbestemmende (Oute 2017). Når de professionelle stiller krav om, at personen skal være selvbestemmende og i forandring kan det diagnosticerede menneske således reelt ikke vælge ikke at deltage og gå i dialog med professionelle for at opnå selvindsigt, sygdomsindsigt eller selvrealisering. På den måde er de professionelles måde at stille krav om at være selvbestemmende, paradoksalt nok, med til at fratage den diagnosticerede person sin autonomi, agency og handlekraft. Det manifesterer sig ved, at forestillingens repræsentanter underkender den diagnosticerede persons muligheder for selv at bestemme, hvordan og hvornår vedkommendes mentale sundhed og identitet bør forandres. Repræsentanter for kønspolitiske forestilling vil derfor fortolke betydningen af den radikale forestillings emancipatoriske betoning af den diagnosticerede persons aktive deltagelse og involvering sådan, at begreberne vendes på hoved. I den kønspolitiske forestilling bruges begreber som recovery, deltagelse og involvering i stedet til aktivt at sikre, at den diagnosticerede person underkaster sig relationen og identificerer sig med den professionelles perspektiv på situationen (Oute 2017). Som sådan kan det institutionaliserede forhold mellem patient og behandler reproducere i subordineringsprocessen i mødet mellem den kønspolitiske og radikale forestilling.

Konklusion

Denne artikel anskueliggør og diskuterer, hvordan de tre dominerende forestillinger om psykisk lidelse og deres syn på god praksis, og værdikampene imellem dem, kan være udtryk for forskellige teoretiske, kulturelle, politiske og fagprofessionelle idéer og værdier. Med udgangspunkt i tidligere forskning fra det psykiske sundhedsområde fremviser artiklen en psykopolitisk, en kønspolitisk og en radikal forestilling om god praksis, som på samme tid gør sig gældende blandt professionelle på det psykiske sundhedsområde, bl.a. i behandlingspsykiatrien, socialpsykiatriske indsatser, psykosociale og rehabiliterende indsatser i kommunale kontekster og på stofbehandlingsområdet. Artiklen viser, at den psykopolitiske forestilling anskuer det diagnosticerede menneskes identitetsudvikling og recovery som et imperativ, som kommer statens konkurrencedygtighed og funktion til gode. I den kønspolitiske forestilling opfattes det som et gode, at de professionelle benytter (svage) paternalistiske

metoder til at sikre, at det diagnosticerede menneske udvikler en, ifølge de professionelle, mere hensigtsmæssig virkelighed og 'korrekt' autonomi for at blive livsduelige mennesker. Dette til trods for, at opnåelsen af dette gode virker som et styrende princip, der cementerer det traditionelle institutionaliserede forhold mellem en 'mervidende' professionel og en inferior, umyndig og svag patient (Oute 2017). I den forstand repræsenterer den radikale forestilling en form for praksis, som er mere etisk eller human end de to forudgående forestillinger (Karlsson og Borg 2013; 2017). På den ene side kan man sige, at dette argument, per definition, er forkert, fordi de tre forestillinger netop hviler på forskellige etiske idealer og værdiladede opfattelser af god praksis. På den anden side er den radikale forestilling mere optaget af relationel praksis, fordi forestillingen repræsenterer et humanistisk-socialt orienteret modsvar eller antidot til den psykopolitiske forestilling om den selvansvarlige og nyttige borger og den kønspolitiske forestillings umyndiggørende og institutionaliserende orientering. I lyset af den dehumanisering og de demokratiske problemer, der hhv. knytter sig til de psykopolitiske og kønspolitiske forestillingers bestræbelser på at styre det diagnosticerede menneskes identitetsudvikling og indflydelse på sin egen situation, kan det være værd at overveje det paradoksale i, at synspunkter og praksisser, der er forenelige med den radikale forestilling og FN's anbefalinger om flerfagligt sundhedsarbejde, ofte ses som civilt ulydige, illegitime eller 'ekstreme' af repræsentanter fra medicinske professioner. Det kan hænge sammen med, at indsatsen tager udgangspunkt i, at hjælpens primære formål hverken er at være økonomisk nyttig, fag-legitimerende eller institutions-opretholdende, men orienteret mod at modvirke ekspertvælde og skabe social forandring, så socialt udsatte med psykiske problemer og/eller stofproblemer får mulighed for at leve meningsfulde liv.

I det lys rejser artiklen diskussioner om, hvordan de tre forestillinger dels lapper konceptuelt over hinanden og dels, hvordan en række konfliktforhold imellem dem kan komme til udtryk. Artiklens hovedpointe er, at de tre forestillinger konkurrerer med hinanden i praksis om at definere etisk god praksis, og det rejser spørgsmålet, om det ville være mere hjælpsomt for brugerne af de psykiske sundhedstjenester at tale mere om, hvilke fordele og ulemper, der er forbundet med de forskellige perspektiver. Artiklen argumenterer derfor for, at viden om disse tre forestillinger er vigtig, fordi den kan danne grundlag for, at særligt professionelle og til dels pårørende og frivillige kan forholde sig etisk og reflektivt til egen og andres praksis på det psykiske sundhedsområde, samt fremtidige forskningstemaer.

Referencer

Alvesson M, Billing YD 2009. Understanding gender and organizations. London: SAGE.

Andersen AJ, Fredwall TE, Larsen IB 2016. Framtidstro og underordning: en lesning av tolv lærebøker i psykiatrisk sykepleie og psykiatri. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 13 (1-2), s 45-56.

Andersen PT, Timm HU 2018. Sundhedssociologi: en grundbog. København: Hans Reitzel Forlag.

Beedholm K 2003. Forandring og trøghed i den sygeplejefaglige diskurs: ph.d.-afhandling. Viborg: Forlaget PUC.

Birkler J 2009. Når etikken bliver synlig. Klinisk Sygepleje, 23(2), s. 34-42

Busfield, J. 2011. Mental illness: Key Concepts: Polity Press, Malden USA.

Brinkmann S 2010. Det diagnosticerede liv: sygdom uden grænser. Århus: Klim.

Brinkmann, S & Petersen, A (Eds.) (2015) Diagnoser: perspektiver, kritik og diskussion. Aarhus: Klim.

Devisch I. Oughtonomy in healthcare: a deconstructive reading of Kantian autonomy. Med Health Care Philos 2010; 13(4): 303–312.

Devisch I. Progress in medicine: autonomy, oughtonomy and nudging. J Eval Clin Pract 2011; 17(5): 857–861.

Eldal K, Natvik E, Veseth M, Davidson L, Skjølberg Å, Gytri D, Moltu C 2019. Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health. Issues in Mental Health Nursing, 40 (2), s. 88-96.

Glasdam S, Oute J 2018. Professionals' involvement of relatives – only good intentions? Journal of Organizational Ethnography, E-Pub ahead.

Hansen JO, Bjerge B 2017. What role does employment play in dual recovery? A qualitative meta-synthesis of cross-cutting studies treating substance use treatment, psychiatry and unemployment services. Advances in Dual Diagnosis, 10 (3), s. 105-119.

Hansen JO, Randwijk CV 2013. "Nu tager vi over" - en diskursanalyse af subjektpositioner i psykiatrisk sygepleje. Nordiske Udkast. Tidsskrift for kritisk samfundsforskning, 41 (1), s. 22-37.

Harper D, Speed E 2012. Uncovering Recovery: The Resistible Rise of Recovery

- and Resilience. *Studies in Social Justice*, 6 (1), s. 9-25
- Hummelvoll JK 2006. Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sygepleje og psykisk sundhed. København: Hans Reitzel Forlag.
- Karlsson B 2016. Det går for sakte-: i arbeidet med psykisk helse og rus. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson B, Borg M 2013. Psykisk helsearbeid. Oslo: Norsk Gyldendal.
- Karlsson B, Borg M 2017. Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser. Oslo: Gyldendal.
- Kryger, N. f., Milner, J., & Krejsler, J. 2005. Pædagogisk antropologi - et fag i tilblivelse. Kbh.: Danmarks Pædagogiske Universitet.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*, 199(6), 445-452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Lehn-Christiansen, S. and Holen, M. 2019, "Logics of care in clinical education", *Journal of Organizational Ethnography*, 8 (3), pp. 268-278. <https://doi.org/10.1108/JOE-04-2018-0021>
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2016). Non-helpful relationships with professionals - a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *J Ment Health*, 25(3), 267-277. doi:10.3109/09638237.2015.1101427
- Lomborg K 1997. Livsytringer og sygepleje. *Sygeplejersken*, 46, s. 32-39
- Martinsen K 2005. Samtalen, skjønnets og evidensen. Oslo: Akribe.
- McPherson, S., & Oute, J. (2020). Responsibilisation of caregivers in depression: the limitations of policy-based evidence. *Social Theory & Health*. doi:10.1057/s41285-020-00136-y
- McPherson, S., Rost, F., Sidhu, S., & Dennis, M. (2018). Non-strategic ignorance: Considering the potential for a paradigm shift in evidence-based mental health. *Health (London)*, 1363459318785720. doi:10.1177/1363459318785720
- Mol, A. (2008). *The logic of care: health and the problem of patient choice*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Morgan, A. (2015). Is psychiatry dying? Crisis and critique in contemporary psychiatry. *Social Theory & Health*, 13(2), 141-161. doi:10.1057/sth.2015.5

Ness O, Borg M, Davidson L 2014. Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7 (3), s. 107-117.

Nielsen MEJ 2016. *Forbandede sunddom*. Aarhus: DreamLitt.

Oeye C, Bjelland AK, Skorpen A, Andersen N 2009. Raising adults as children? A report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway. *Issues Ment Health Nurs*, 30 (3), s. 151-8.

Oute J 2016. Den sociale konstruktion af pårørendeinddragelse i behandlingspsykiatrien – et ph.d.-forsvar. *Nordiske Udkast. Tidsskrift for kritisk samfundsforskning*, 44, s. 5-18.

Oute J 2017. 'It is a bit like being a parent': A discourse analysis of how nursing identity can contextualize patient involvement in Danish psychiatry. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38 (1). s. 1-10

Oute J, Bjerger 2017. Kønnede rationaler om depression og rusmidler i behandlingspsykiatrien. In: Frank VA, Søgaard TF, Bjørness J (eds.). *Køn og rusmidler: brug, behandling og kontrol*. 5. ed. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, kapitel 5, s. 131-148.

Oute J, Petersen A, Huniche L 2015. Who and What Does Involvement Involve? A Multi-Sited Field Study of Involvement of Relatives in Danish Psychiatry. *Issues Ment Health Nurs*, 36 (12), s. 953-62.

Oute, J., & Ringer, A. 2014. Psykiatrien i krise - en kamp om definitioner. *Sygeplejersken*, 114(7), 78-82.

Petersen A 2011. Autenticitet i kapitalismens nye ånd: manifestationen af et blidt barbari. *Dansk sociologi*, 22, 9-29.

Rose N 1999. *Governing the soul: the shaping of the private self*. London: Free Association Books.

Rose, N. 2019. *Our psychiatric future: the politics of mental health*. Cambridge, UK

Rowe, M., Lawless, M., Thomsen, K., & Davidson, L. (2011). *Classics of community psychiatry: fifty years of public mental health outside the hospital* (1. ed.). Oxford: Oxford University Press.

Ruysscher, C. De, S. Vandeveld, S., Vanderplasschen, W., Maeyer, J. De & Vanheule, S. (2017). The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research from a First-Person Perspective, *Journal of Dual Diagnosis*, 13(4), 26-279.

- Scheel, ME 2013. Interaktionel sygeplejepraksis. København: Munksgaard.
- Shore, C., Wright, S., Però, D., & European Association of Social, A. 2011. Policy worlds: anthropology and the analysis of contemporary power. New York, N.Y.: Berghahn Books.
- Sandbjerg Hansen, C, Langager, S & Øster, B 2017. Redaktionel indledning, Dansk Pædagogisk Tidsskrift, Temanummer Gal Pædagogik
- Strand, L, 1994. Fra kaos mod samling, mestring og helhed: psykiatrisk sygepleje til psykotiske patienter. København: Gyldendal.
- Speed, E 2005. Patients, consumers and survivors: a case study of mental health service user discourses, Social Science & Medicine, 62(1):28-38, DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.05.025
- Tangvald-Pedersen, O, Bongaardt, R 2017. Towards a tinkering participatory research method in mental health, Scandinavian Journal of Disability Research, 19:1, 7-17, DOI: 10.1080/15017419.2016.1222305
- Thomas P 2016. Psycho politics, neoliberal governmentality and austerity. Self & Society, 44 (4), s. 382-393.

(Artiklen redigeret 09.05.2020)

Jeppé Oute* er cand. pæd. ant., ph.d og førsteamanuensis ved Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Universitetet i Sørøst-Norge (USN)

Stinne Glasdam er cand.cur., ph.d. og universitetslektor ved Health Sciences Center, Lund Universitet

Ottar Ness er ph.d. og professor ved Institutt for pedagogikk og livslang læring, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)