



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY  
DENMARK

## Dybder og Overflader i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde med sindslidende

*En undersøgelse af det sociale og psykiatriske arbejdes ontologiske modeller og historiske og aktuelle vilkår for begrebsdannelse og praksis*

Ringø, Pia

*Publication date:*  
2013

*Document Version*  
Tidlig version også kaldet pre-print

[Link to publication from Aalborg University](#)

*Citation for published version (APA):*

Ringø, P. (2013). *Dybder og Overflader i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde med sindslidende: En undersøgelse af det sociale og psykiatriske arbejdes ontologiske modeller og historiske og aktuelle vilkår for begrebsdannelse og praksis.*

### General rights

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

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

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at [vbn@aub.aau.dk](mailto:vbn@aub.aau.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# **Dybder og overflader i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde**

- **En undersøgelse af det sociale og psykiatriske arbejdes  
ontologiske modeller  
og historiske og aktuelle vilkår for  
begrebsdannelse og praksis**

Ph.D. afhandling af Pia Ringø  
Institut for Sociologi og Socialt Arbejde  
Aalborg Universitet 2012





*Til Siff*

## Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
Indholdsfortegnelse .....	5
Figurliste .....	8
Tabelliste.....	9
<b>Intro</b> .....	<b>10</b>
I øjenhøjde med hvem? .....	10
Problemdefinitioner i det sociale og psykiatriske arbejdes praksis .....	11
Viden, videnskab og virkelighed .....	14
<b>Videnskabsteori som iagttagelsesredskab</b> .....	<b>18</b>
Man kommer ikke nødvendigvis fremad, selvom man kommer videre .....	18
Videnskabsteoriens anvendelighed .....	19
<b>Former for refleksion</b> .....	<b>22</b>
Reflection .....	22
Reflexivity .....	22
'Styring?' – Hvad er det? .....	24
<b>Afhandlingens dele og forskningsspørgsmål</b> .....	<b>29</b>
Del 1 Epistemologiske transformationsprocesser.....	31
Analysestrategi .....	31
Del 2 Ontologiske modeller i socialt og psykiatrisk arbejde.....	34
Analysestrategi .....	34
Del 3 Ontologiske modellens bidrag til det sociale og psykiatriske arbejdes erkendelsesgrundlag .....	36
Analysestrategi .....	36
<b>Metodologi og rekontekstualisering</b> .....	<b>38</b>
<b>Afhandlingens empiriske grundlag og dataindsamlingsproces</b> .....	<b>42</b>
Dataindsamlingsproces .....	45
Præsentation af cases og interviewsample .....	51
Institution 1 .....	52
Interviewsample institution 1.....	53
Dataindsamlingsmetode Institution 1.....	53
Institution 2 .....	54
Interviewsample institution 2.....	56
Institution 3 .....	57

Interviewsample institution 3 .....	58
Det analytiske blik og forholdet mellem teori og data i afhandlingens dele .....	58
<b>Kritisk metodepluralisme og metodologiske udfordringer .....</b>	<b>63</b>
Afhandlingens teoretiske og metateoretiske positioner .....	64
(Kritisk) realisme - Indledende præsentation .....	65
Hvis vores adgang til 'virkeligheden' er medieret af begreber, er det så ikke en mere kvalificeret diskursanalyse vi bør efterstræbe? .....	66
Den kritiske realismes kerneantagelser .....	68
En stratificeret ontologi .....	69
Åbne / lukkede systemer .....	72
Mit fokus: .....	73
Spørgsmålet om realisme .....	77
Realisme, semiosis og diskurs .....	85
Hammersleys forsvar for realismen .....	91
En realistisk governmentalityanalyse – Metodologiske refleksioner .....	95
Fra dekonstruktiv til ontologisk kritik .....	104
En neutral analyse .....	104
En realistisk governmentality-analyse At gå i seng med fjenden .....	106
Opsummering af de teoretiske og metateoretiske positioner .....	117
<b>Del 1 .....</b>	<b>119</b>
Epistemologiske transformationsprocesser i den styringsteknologiske konstruktion af sociale og psykiatriske problemer .....	119
Travelling concepts .....	120
Frit marked – eller kontrol? .....	122
<b>Præstationsteknologiske løsninger i behandlings- og socialpsykiatrien .....</b>	<b>123</b>
Evidens og konstruktionen af basale kategorier .....	123
Nyt eller gammelt paradigme? .....	129
Psykiatrisk videnskabelighed og pragmatisme .....	135
Psykiatriens videnskabelighed – Hvorfra – og hvorhen? .....	136
Tekniske – metodologiske diskussioner – eller analyse af ontologi og kausalitet? .....	139
<b>Den diagnostiske praksis – 'At kategorisere problemet' .....</b>	<b>143</b>
Et historisk mellem spil .....	147
Klassifikationssystemernes validitet og reliabilitet .....	152
Klassifikation og evidens .....	154
Klassifikationssystemer og problemdefinitioner som handlings- og retningsanvisninger for praksis .....	156
Landsdækkende forskelle i diagnosefordelingen .....	157
<b>Sociale- og teknologiske bevægelser .....</b>	<b>160</b>
Omstrukturering .....	163

Fra omstrukturering til decentralisering .....	163
Socialpsykiatriens tilblivelse, udfordringer og styringsmæssige 'behov' .....	165
Social psykiatri? Og hvad så? – en første betragtning.....	167
Det socialpsykiatriske genstandsfelt .....	170
Socialpsykiatri som selvstændig disciplin eller psykiatrisk 'halehæng' .....	172
Socialpsykiatri som videnskab.....	173
Ætiologisk / sociogenetisk forskning.....	174
Handlingsteknologiske løsninger: At 'behandle problemet' .....	180
Psykoedukation.....	187
Viden, styring og definition af det sociale objekt .....	193
<b>Decentralisering, defragmentering – og integration af vidensformer .....</b>	<b>196</b>
Bio-psyko-social forståelsesramme og 'integrationseffekt' – Hvor blev den af? .....	199
Koordinering, sammenhæng og integrationseffekt.....	205
Kontinuerlige funktionsevnevurderinger som styringsmekanisme i den specialiserede socialpsykiatri ...	206
Måling af beboernes funktionsniveau .....	207
Opsummering.....	219
<b>Del 2 .....</b>	<b>221</b>
Ontologiske modeller i det sociale og psykiatriske arbejde.....	221
Anomali og videnskabelig nytænkning .....	225
'At kategorisere problemet' i et dybde- og overfladeperspektiv .....	228
Handlingsanvisende problemdefinitioner i de psykosociale rehabiliteringstilbud og Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling.....	229
Styring? eller Proces- og metodefrihed?.....	234
<b>Handlingsteknologiske løsninger i børne- og ungdomspsykiatrien i et dybde- overflade perspektiv .....</b>	<b>239</b>
'At behandle problemet' .....	239
Skyld og ansvar .....	244
Pårørende og interpersonelle relationer.....	246
De eftertragtede diagnoser .....	248
Biologi og genetik som dominerende problemhorisont .....	249
Forskellig ætiologi – samme symptomer eller samme ætiologi – forskellige symptomer? .....	261
Et andet eksempel fra den psykiatriske praksis – "Whistleblow" .....	262
Subjektivisering.....	266
Talens funktion.....	272
Jamen giver det mening? Hvad siger brugerne? .....	278
Det er hemmeligheden der vedligeholder alle vanskelighederne .....	280
Fra 'det tidligere' til 'nuværende' – Et paradigmatisk skift i de sociale og psykiatriske problemstillinger ontologi.....	288
<b>Ontologiske positioner i et dybde / overflade perspektiv .....</b>	<b>293</b>



Opsummering .....	298
<b>Del 3 .....</b>	<b>300</b>
Bidrag til det sociale og psykiatriske arbejdes erkendelsesgrundlag og fremtidige vilkår for begrebsdannelse og praksis.....	300
Afsluttende diskussion .....	300
Ontologiske modeller og helhedssyn .....	300
1. Et post-ontologisk menneske- og helhedssyn.....	300
2. Et dybde-ontologisk menneske – og helhedssyn .....	301
En post-ontologisk model.....	301
Et dybde-ontologisk helhedssyn og opfattelse af mennesket, og sociale- og psykiatriske problemer ....	306
Post-ontologiske og dybde-ontologiske modeller – Hvad kan de hver især bidrage med?.....	310
Teoriudvikling og begrebsdannelse.....	316
<b>Dybder og overflader i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde.....</b>	<b>318</b>
Afslutning.....	318
Helhedsorienterede modeller på flere niveauer.....	321
Definitionsagt eller behandling?.....	321
Afhandlingens metodologiske bidrag til det sociale og psykiatriske arbejdes erkendelsesteoretiske grundlag.....	324
<b>Summary .....</b>	<b>328</b>
<b>Resumé.....</b>	<b>332</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>337</b>
Bøger og artikler.....	337
Internetsider .....	354

## **Figurliste**

Figur 1 Erkendelsesinteresser.....	81
Figur 2 Objekt og Viden.....	110
Figur 3 Viden og Objekt.....	111
Figur 4 Viden, Videnskab og Virkelighed.....	112
Figur 5 Det kontrollerede eksperiment .....	126
Figur 6 Behandlingspraksis .....	252
Figur 7 Styringsteknologisk slutningsform .....	253
Figur 8 Transfaktisk praksis .....	255
Figur 9 Diagnostisk og transfaktisk argumentation.....	257

Figur 10 Former for generalisering.....	309
Figur 11 Viden, Videnskab og Virkelighed.....	318

## **Tabelliste**

Tabel 1 De tre domæner.....	70
Tabel 2 Evidenshieraki.....	128
Tabel 3 Funktionsniveau – Delområde økonomi.....	209

# Intro

---

## I øjenhøjde med hvem?

Inspirationsgrundlaget for denne afhandling udspringer på et andet niveau end første del af det færdige arbejde med afhandlingen befinder sig på, nemlig i øjenhøjde med de mennesker det handler om; de sindslidende og de mennesker der dagligt er engagerede i det sociale og psykiatriske arbejde med de sindslidende og disses familier. Dette inspirationsgrundlag forsvinder til tider i afhandlingens første dele, hvor metodiske og meta-teoretiske, organisationsteoretiske og sociologiske refleksioner tildeles meget plads. At jeg indledningsvist har valgt at lægge stor vægt på sociale og teknologiske strømninger, samt metateoretiske refleksioner, skyldes at den historiske udvikling i styring viden og de komplekse sammenhænge mellem styringens funktionalitet og den måde visse menneskesyn, vidensformer, behandlingsmetoder og håndteringsstrategier produceres og udbredes i det psykiatriske system, har haft stor betydning for den måde vi forklarer, forstår og behandler sociale og psykiatriske problemer. Disse problemforståelser og definitioner er på komplekse og ofte uigennemsigtige måder rammesættende for mødet med 'Den Anden'. Afhandlingens blik handler derfor om hvordan de sindslidende bliver objekt i videnskabelige og styringsteknologiske diskurser. Det handler samtidig om hvorledes bestemte problemdefinitioner eksisterer, transformeres og fungerer som en styringsrationalitet, en governmentalitet, som en enhed af styring, viden og subjektivitet, som også i stigende grad opererer på mikroplanet og influerer på de sindslidendes identitetsdannelse, selvforståelse og integration i samfundet, såvel som skylds- og ansvarsforskydninger imellem de centrale aktører, som det beskrives af Mitchell Dean:

The notion of government suggests, then, first a project for the analysis of state no longer reliant in the earlier juxtaposition of micro- and- levels of power and the conceptual antimony of an analytic of micropowers and a theory of sovereignty. It also, however, suggests a relation between the government of the self, of one's own existence, and broader modalities of government, including political government (Dean 1994:176).

Psykiatrien har de senere år befundet sig i en interessant brydningstid, hvor gamle strukturer brydes ned og reetableres og nye styringsredskaber implementeres, og hvor menneskesyn, problemdefinitioner og behandlingsmetoder i psykiatrien er under forandring. Afhandlingen omhandler derfor de muligheder, problemer og udfordringer der opstår i disse år, som følge af disse transformationsprocesser og nye løsninger i det sociale og psykiatriske felt. Samtidig diskuteres muligheder og barrierer for at inddrage en bredere erkendelse og forståelse for sindslidelser og sociale problemer i relation til forskning, kvalitet, behandling og forebyggelse. En bredere erkendelse og forståelse der ligeledes kan facilitere et refleksions- og handlingsrum for begrebsdannelse og praksis i psykiatri og socialpsykiatri. Et væsentligt fokus bliver hermed anvendeligheden, meningsfuldheden og relevansen af de etablerede problemdefinitioner og ontologi om mennesket som de eksisterende styringsinitiativer producerer og reproducerer, dels i forhold til de behov der eksisterer i forskning såvel som praksis, og dels blandt de implicerede personer; brugere såvel som praktikere i det sociale og psykiatriske arbejdes udførende led. Denne ambition har en række videnskabsteoretiske og metodologiske implikationer, der omhandler kritisk refleksion over rækkevidden af den eksisterende socialforskning, såvel som rækkevidden af den styringsteknologiske vidensproduktion i forhold til at imødekomme og afhjælpe aktuelle problemstillinger i den sociale og psykiatriske praksis<sup>1</sup>.

### **Problemdefinitioner i det sociale og psykiatriske arbejdes praksis**

Afhandlingen beskæftiger sig med de få der 'dropper ud'; 'de sociale tilfælde'; 'de sociale og psykiatriske fænomener'. Det er disse der ifølge Foucault befinder sig tættest på livsmagten, omkranset og gennemsyret som de er af dens virkninger (Foucault 1967; 2003).

Så hvad kan vi netop lære om os selv og det samfund vi lever i ved ikke kun at **betragte** og **behandle** dets 'dropouts', men ved også at **forstå og forklare** og dermed anse samfundets 'drop-outs' som kilden til viden?

---

<sup>1</sup> I afhandlingen anvendes begrebet socialpsykiatri til at definere de sociale tilbud til mennesker med en psykiatrisk lidelse. Begrebet er i skrivende stund under afvikling, eller udvikling, da de ansatte i socialpsykiatrien af flere årsager foretrækker begrebet 'psyko-social-rehabilitering' til at definere deres praksis. Jeg anvender derfor begrebet psyko-social- rehabiliteringsindsats i de sammenhænge hvor det refererer direkte til informanternes udtalelser. I andre mere generelle sammenhænge anvendes det forhenværende begreb socialpsykiatri.

Som Bhaskar skriver:

Det kan formodes at generative strukturer, som tidligere var udtydelige bliver synlige i overgangs- og kriseperioder (Bhaskar 1989a:48, gengivet i Danermark et al. 1997:203).

og som Danermark et. al skriver:

Gemensamt för båda dessa typer av fall – patologiska och extrema – är att vi genom dessa kan lära oss om villkoren för det normala genom att studera det onormala (Danermark et. al 2007:204).

I forlængelse heraf vil jeg spørge om det er muligt at vi, når ideen om at kategorisere, normalisere, integrere og behandle lægges væk, kan blotlægge nye indsigter og forståelser for sociale- og psykiatriske processer der bliver til problemer, samt hvordan de opstår, stabiliseres og forandres, såvel som nye forståelser for os selv såvel som det samfund vi lever i? Og hvad ved vi i dag herom?

Maria Appel Nissen beskriver i bogen ”Helhedssyn i Socialt Arbejde” (2011:56) hvordan selve behovet for sikker viden (evidens), der de seneste år har præget det psykiatriske felt såvel som det sociale arbejde i bred forstand, i en stræben efter at identificere effekter af de sociale indsatser og interventioner, kan skyldes et mere generelt vidensproblem, som af Maria Appel Nissen beskrives som:

At vi ikke til fulde kender eller kan få overblik over de forhold og ’mekanismer’, der fører til, at sociale problemer opstår, stabiliseres eller løses ( Nissen 2008:57).

Som Maria Appel Nissen skriver:

så rummer enhver metode teoretiske antagelser om den sociale virkelighed, i denne sammenhæng om hvordan sociale problemer opstår og afhjælpes. Interessen for at belyse disse teorier og at teoriudvikle for socialt arbejde har ikke været stor (Nissen 2008:57).

Maria Appel Nissen har i sin afhandling beskrevet hvordan netop forståelsen for sociale problemers opkomst varierer på to undersøgte døgninstitutioner. Hvor den ene institutions kommunikation støtter sig til en antagelse om, at sociale problemer opstår, fordi nogle ikke kan tilpasse sig samfundets normer, hvorfor nogle familier må hjælpes til at fungere normalt så de kan få et ’almindeligt’ familieliv, så anser den anden undersøgte institution de sociale

problemer som betinget af ydre omstændigheder; 'krænkelser' eller 'sociale begivenheder', som i mere eller mindre grad kunne betragtes som uforstyldte. Maria Appel Nissen illustrerer i sin afhandling hvorledes de dominerende forestillinger, i dette tilfælde de dominerende problemdefinitioner, havde betydning for hvilke tiltag og løsninger der fremkom selvfølgelig. Jeg vil ikke gå ind i detaljerne i undersøgelsen. Det interessante er i denne sammenhæng, at undersøgelsen illustrerer en central pointe i de kommende afsnit, nemlig dels at problemforståelser, forklaringer og definitioner er yderst centrale for at forstå det sociale arbejdes indhold, funktion, metoder, legitimitet, rolle og de løsningsmodeller der forekommer centrale, men også at viden om *problemet*, hvad enten dette er defineret som en psykiatrisk problemstilling eller et socialt problem, yderst sjældent gøres til genstand for refleksion. Maria Appel Nissen skriver herom:

Institutionerne støtter sig i praksis til forskellige forklaringer på, hvorfor sociale problemer opstår, og hvordan de fx forstærkes, stabiliseres og forandres. Man kan sige, at de anvender forskellige former for viden om sociale problemer. Denne viden er egentlig sociologiske antagelser om den sociale virkelighed. Den siger noget om forholdet mellem samfund og individ, hvordan samfundet hænger sammen som samfund og forandrer sig, og hvad der bevirker at 'sociale spørgsmål' opstår og bliver til problemer, som fx kræver hjælp. Som viden ligger den til grund for praksis, men den gøres ikke tydeligt til genstand for refleksion. Den er en slags hverdags- eller commonsense viden. Den har imidlertid stor betydning for, hvordan institutionerne i praksis hjælper (Nissen 2008:62).

Samme pointe fra misbrugsområdet beskriver Finn Laursen (2011:112), hvor eksemplet stammer fra et døgntilbud til unge med misbrug. Laursen beskriver hvordan han af den samlede personalegruppe på døgn tilbuddet blev præsenteret for en række forskellige opfattelser af unges misbrugsproblemer:

Her er nogle eksempler, der langt fra er udtømmende: De unges misbrug var tillært: et resultat af forældrenes misbrug; det var en følge af de unges personlighedsstruktur; det er en sygdom, som de konkrete unge er genetisk disponerede for; de unge var kommet i 'dårligt' selskab; de unge var blevet mobbet, mødt med disrespekt i skolen. Flertydigheden blev ikke mindre, når diskussionerne kom til handlingerne eller pædagogikken (Laursen 2011: 112).

Denne pragmatik og mangfoldighed i forståelsen og forklaringen af hvad sociale og psykiatriske problemer er, eksisterer ligeledes i de socialpsykiatriske institutioner og den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling jeg har besøgt i forbindelse med udarbejdelsen af

denne afhandling. Jeg vil løbende igennem analysen skitsere omfanget af disse forskellige praksisforståelser samt, i forlængelse af ovenstående beskrivelser, undersøge hvorledes helt bestemte problemdefinitioner i disse år fremtræder og anvendes som et styringspolitisk redskab og en bestemt governmentality i det sociale og psykiatriske arbejde, såvel som i socialforskningen, samt hvorledes der i denne udvikling fremtræder et helt bestemt blik, eller perspektiv, i måden hvorpå sociale- og psykiatriske problemer defineres, forstås og forklares, og dermed hvilke tiltag, indsatser, støtteforanstaltninger og behandlingsmetoder der fremkommer legitime, anvendelige og ønskværdige i de psykiatriske institutioner. Hermed undersøges hvorvidt, eller hvordan, helt bestemte måder at forstå, forklare og behandle sociale- og psykiatriske problemer fremtræder som styringspolitiske redskaber i bestemte tidsepoker, trods en række forskellige bud på hvad sociale og psykiatriske problemer er. Det er således interessant hvorvidt denne vidensudvikling kan betragtes som styringspolitisk og institutionelt determineret og i hvilken grad udviklingen er indlejret i en videns-, praksis- og forskningsbaseret akkumulation af viden, der kan danne grundlag for en praksisnær såvel som videnskabeligt begrundet diskussion eller refleksion omkring sociale eller psykiatriske problemers ontologi, samt udvikle vores forståelse og mulighederne for begrebsdannelse og praksis i denne proces.

## **Viden, videnskab og virkelighed**

Teorier, tilgange, forståelser og forskning i psykiatri, socialpsykiatri eller mere specifikt psyken er ofte modsatrettede, kontroversielle og fragmenterede. Der er mange forskellige bud på hvad psyken eller sociale problemer er, hvornår der er tale om et psykiatrisk problem, eller hvornår problemet primært er socialt. Afledt heraf eksisterer ligeledes en række bud på hvad psykiatri og socialpsykiatri er, eller *bør* være. En gennemgang af disse tilgange og forståelser ville ende i en omfattende og delvist fragmenteret undersøgelse af emnet. Jeg vil derfor indledningsvis præsentere denne afhandlings tilgang til emnet, hvis ambition delvist er at vise at mange af disse tilgange kan eksistere side om side og bidrage med en nuancering og øget forståelse for den kompleksitet der kendetegner sociale og psykiatriske problemer, den sociale og psykiatriske forskning, teori og praksis, såvel som de former for rationalitet og viden der præger den politiske italesættelse og styring af sociale og psykiatriske problemer.

Fire begreber vil være centrale i afhandlingen, nemlig styring, viden, videnskab og virkelighed. Jeg lægger hermed stor vægt på at inddrage videnskabsteoretiske refleksioner, da videnskabsteorien har de enkelte videnskaber som sit genstandsområde og søger at afklare deres logiske struktur, teoridannelse, forskningsmetodik samt den sociale sammenhæng, hvori de indgår. De senere år efterlyses viden om effekten og kvaliteten af en række velfærdsstatslige løsninger og satsningsområder også inden for social og psykiatrisk praksis. Den hastige vækst i efterspørgslen på 'sikker viden' inden for disse områder har gjort videnskabens samfundsmæssige betydning stadig mere aktuel og analysen af den videnskabelige erkendelses natur stadig mere nødvendig, som det beskrives af Rosenberg (1986: 3-13). Forventningerne til videnskabsteoriens formåen er unægtelig store når målet med videnskabsteorien, som det beskrives af Kragh og Pedersen, er:

at opnå en udtømmende forståelse for videnskaberne i deres totalitet som en del af menneskets forståelse af sig selv og sine omgivelser (Kragh og Pedersen 1981).

Ambitionen i denne afhandling vil være langt mere ydmyg, og videnskabsteoretiske refleksioner anvendes med det formål at frembringe overordnede refleksioner over enkeltvidenskaber på en måde hvor det tydeliggøres hvordan helt praktiske problemforståelser, behandlingsmetoder og sygdomsmodeller knytter an til bestemte videnskabsteoretiske, ontologiske og epistemologiske antagelser. Samtidig vil etableringen af bestemte metoder til at opnå sikker viden og et styringsgrundlag for den sociale og psykiatriske praksis blive analyseret i forhold til det videnskabsteoretiske paradigme de refererer til, og det tydeliggøres hvorledes bestemte sociale og teknologiske bevægelser samtidig refererer til bestemte epistemologiske og ontologiske bevægelser i videnskaben. Videnskabsteoretiske refleksioner kan i forlængelse heraf bidrage til at tydeliggøre forskellige positioners epistemologiske og ontologiske forståelser, samt disse forståelsers betydning for de grund- og gyldighedsforhold forskellige positioner etablerer, sammenhængen mellem viden, 'styring' og praksis, eller mere konkret; sammenhængen mellem de sociale eller psykiatriske tiltags problemkonstruktion og den konstruktion af målgrupper (problemforståelser) og interventionsformer, som forskellige vidensformer og tilgange i praksis, styring og forskning bygger på og legitimerer.

De politiske og styringsteknologiske problemkonstruktioner sættes i anden del af afhandlingen i relation til de ansatte i de sociale og psykiatriske institutioner og de sindslidendes beskrivelser af 'det levede liv' og 'det psykiatriske og sociale problem', som



udredes, diagnosticeres og behandles i kontakten med behandlingssystemet, her: En Børne og Ungdomspsykiatrisk afdeling (i det følgende: BUC) og to socialpsykiatriske institutioner for hhv. voksne (i det følgende Institution 1) og for børn og unge (i det følgende Institution 2)<sup>2</sup>. Samtidig indgår de fagprofessionelle problemkonstruktioner i behandlings- og (re)habiliteringsarbejdet i denne del af analysen, og disse beskrivelser analyseres med baggrund i de ontologiske og epistemologiske problemdefinitioner disse udtalelser refererer til. Der fastholdes dermed en metateoretisk refleksion vedrørende *epistemologiske* transformationsprocesser, problemdefinitioner, håndteringsstrategier og behandlingsmetoder og, på den anden side, de ontologiske forståelser eller modeller problemdefinitionerne relaterer sig til. Det er min ambition at det hermed lykkes at underbygge relevansen af at udvikle et blik for ontologiske modeller i det sociale og psykiatriske arbejde, der kan bidrage til det sociale og psykiatriske arbejdes fremadrettede muligheder for begrebsdannelse og praksis.

Et væsentligt afsæt for en sådan analyse vil være en gennemgang af de implicite erkendelsesteoretiske positioner, der er knyttet til bestemte problemdefinitioner og praksisformer, i psykiatrien og socialpsykiatrien.

En sådan gennemgang har dels til hensigt at undersøge hvorledes psykiatriens videnskabelighed udgøres af forskellige vidensopfattelser og tilgange til forståelsen af vor tids definitioner af det sociale eller psykiatriske problem i henholdsvis behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien. Hermed tydeliggøres psykiatriens grundlagsspørgsmål gennem metateoretiske, teoretiske, praktiske og styringsteknologiske forskelle på forskellige ontologiske modeller, der fremtræder i en historisk kontingent styringsteknologisk og praktisk vidensudvikling. Det centrale bliver hermed et analytisk fokus på problemkonstruktionsprocesser, såvel som de forståelser, fortolkninger og forklaringer af det psykiatriske og sociale problem der anvendes som en del af det sociale og psykiatriske arbejdes styringsgrundlag og -praksis.

Det væsentlige i denne sammenhæng er at der etableres en analytisk distinktion der tydeliggør forskellen på de diskurser der indgår i den styringsteknologiske udvikling inden for psykiatrien, samt de diskurser der ekskluderes i denne udvikling, eller som får en mere perifer placering. Især denne sidste del er væsentlig. Som formanden for en af de store

---

<sup>2</sup> Afdelingerne og institutionerne vil blive præsenteret i afsnittet, "Præsentation af cases og interviewsample"

patientorganisationer pointerede i sit hørings svar til psykiatriplanen (2008 – 2015): *Så er de rigtige spørgsmål måske ikke stillet endnu.* Denne simple udmelding fra formanden for en af de større psykiatriske patientorganisationer åbner op for spørgsmålene: Er de rigtige spørgsmål ikke stillet endnu? Hvad er det for spørgsmål vi ikke stiller? Hvorfor stiller vi ikke disse spørgsmål – og hvad ville der ske hvis vi gjorde? Hvilken psykiatri – og ikke mindst socialpsykiatri ville vi så få? Eller som formuleret af en psykiatrisk speciallæge, der har stillet sin viden og oplevelser til rådighed for denne undersøgelse:

[at] hver gang man får åbnet en dør, så kommer man ind i et nyt rum, hvor der er 10 nye døre. Så det interessante er at finde spørgsmålene (Psykiatrisk speciallæge, BUC).

Hensigten hermed er at tydeliggøre de komplekse koblinger mellem styring, viden, magt, handlingsrum, begrebsdannelse og praksis i det psykiatriske felt, samt at relatere denne udvikling til den ontologi om mennesket som i disse år konstrueres som en styringsteknologisk diskurs der kan iagttages gennem det jeg har valgt at betegne som en analysestrategisk epistemologisk og ontologisk forskel på dybder og overflader i det sociale og psykiatriske arbejdes erkendelsesgrundlag og praksis.

Afhandlingens analysestrategiske opbygning tager dermed afsæt i en antagelse om at videnskabsteorien, i denne sammenhæng forstået som et blik for epistemologiske og ontologiske sammenhænge og forskelle, er indlejret i samtlige problemstillinger i forskning såvel som i socialt og psykiatrisk arbejdes praksis, samt i de sindslidendes egne fortællinger, og at et blik for denne sammenhæng kan tydeliggøre sammenhængen mellem vores problemforståelser og rækkevidden af den vidensproduktion forskningen og de styringsteknologiske diskurser inden for psykiatrien er i stand til at etablere.

# Videnskabsteori som iagttagelsesredskab

---

## **Man kommer ikke nødvendigvis fremad, selvom man kommer videre**

Vad skall samhällsvetenskaperna vara bra för? Utanför den akademiska världen talas ibland om "forskarnas elfenbenstorn", vilket innebär att det vi sysslar med är verklighetsfrämmande och inte särskilt relevant för livet i samhället i övrigt; forskaren "vistas bildligt talat i ett torn, som är högt, skönt och isolerat (Dyring 1991:7, gengivet i Danermark et. al. 2007:307).

Som kort berört i det inledande anser jeg videnskabsteoretiske refleksioner som væsentlige for ikke kun at komme 'fremad', men også komme videre, ved at undgå upåagtet at reproducere de samme diskurser som man undersøger, kritiserer, eller finder mindre konstruktive i praksis. Samtidig er kritik i sig selv ikke nok, og fører sjældent til radikale forandringer, medmindre der etableres egnede alternativer, som Cooper (2007) skriver:

Eventually, scientists may come up with a new paradigm, that is, with a new way of looking at the domain in question. If the new paradigm looks promising enough it may win over converts from the old paradigm. If enough scientists begin working under the new paradigm, a new period of normal science begins. Thus, for Kuhn, the history of science can be seen to consist of long periods of normal science, punctuated by occasional crises and revolutions (Cooper 2007:85).

Skal referencen til Kuhn (1962) tages for pålydende, udspringer sociale og videnskabelige forandringsprocesser således ikke af kritik alene, men af at der etableres forskningsegne alternativer. Alternativer vil imidlertid samtidig repræsentere en måde at se på og udelukke andre, og det er væsentligt at have et blik for hvad- og hvordan - bestemte erkendelser og problemforståelser udelukkes eller etableres gennem bestemte valg og fravalg i forskningsprocessen. Selvom forskningsinteressen er rettet mod jordnære praktiske, videnskabelige anliggender og i mindre grad mod abstrakte, knudrede og verdensfjerne spekulationer, er der alligevel god grund til at beskæftige sig med videnskabsteori fordi alle valg og fravalg i en forskningsproces, såvel som i praksis, indebærer videnskabsteoretiske,

såvel som teoretiske positioner. Det at forske er således ikke, som Launsø, Olsen og Rieper (2011) skriver, kun et spørgsmål om at vælge værktøjer eller teknikker. Det er også et spørgsmål om at forstå konsekvenserne af forskellige valg, og nok så væsentligt er det at kunne forbinde videnskabsteori med empirisk forskning (Launsø mfl 2011:9).

Gennem videnskabsteorien kan vi forholde os bevidst og aktivt til de grundlæggende antagelser der indrammer en bestemt praksis, og vi kan med videnskabsteorien eksplicite, analysere og diskutere de kerneforståelser som eksisterer.

## **Videnskabsteoriens anvendelighed**

Inden for psykiatrien, defineret som den danske hospitalspsykiatri, er videnskabsteorien inden for de senere år blevet en obligatorisk del af lægestudiet, som beskrevet af Raben Rosenberg:

Faglige uoverensstemmelser afspejler ofte grundlæggende filosofiske forskelle. Det er derfor nødvendigt at have et godt kendskab til videnskabsteoretiske forhold omkring sundhedsvidenskab, og derfor indgår videnskabsteori i dag i det lægevidenskabelige studium (Rosenberg 2007:28).

Der publiceres nu flere artikler med et videnskabsteoretisk indhold. Raben Rosenberg skriver i sin introduktion til artiklen: ”Om videnskabsteoriens nødvendighed i psykiatri”;

...important problems in relation to psychiatry as a scientific discipline can be subjected to a rational analysis when discussed within the frame of reference og philosophy of science (Rosenberg 1986:forord).

Bent Rosenbaum beskriver i en senere publikation at:

Der savnes en realistisk psykiatrisk videnskabelighed, der på den ene side tør udforske psykiatriens problemstillinger på det komplekse niveau, hvor de befinder sig og på den anden side ikke er angst for at erkende, hvad vi endnu ikke ved, og som derfor kan forholde sig åbent og ydmygt overfor at skulle afprøve en række nye og gamle hypoteser, hvad angår såvel diagnostik som behandling. Disse problemers filosofisk-videnskabelige grundlag og konsekvenserne i behandlingen burde (også) være i centrum i den aktuelle psykiatri. Men ideologiske skel og en dominerende vidensopfattelse, der ofte identificerer sandhed med bestemte metoder til at opnå viden, blokerer for en udvikling hen imod en realistisk beskæftigelse med ”de store spørgsmål (Rosenbaum 2004a:93).

Mens videnskabsteori i de senere år anvendes til at tydeliggøre og forklare faglige forskelle og diskussioner i den danske psykiatri, kan videnskabsteorien i det praktiske sociale arbejde og forskning synes fjern og irrelevant. Socialt arbejde beskrives ofte som værende kendetegnet ved en høj grad af pragmatisme, og især det sociale arbejde beskrives ligeledes som havende en meget lille grad af teoretisk grundlag for det praktiske arbejde. Det psykiatriske og sociale arbejde har derfor ikke traditionelt beskæftiget sig med videnskabsteori, og det pointeres at knudrede og svært forståelige videnskabsteoretiske diskussioner kan virke irrelevante for en mere 'jordnær' praksis og mere umiddelbare forskningsproblematikker. Der eksisterer således en opfattelse af at videnskabsteori og praksis er to helt adskilte forhold, hvor forskeren antages at besidde teoretisk og videnskabsteoretisk svært tilgængelig specialviden, som praktikere ikke kan have nogen glæde af. Jeg mener imidlertid at det forholder sig omvendt, og at dette modsætningsforhold mellem teori, videnskabsteori og praksis, eller mellem det abstrakte og det konkrete, ikke eksisterer i den form som det her er beskrevet. Det teoretiske og videnskabsteoretiske er intet andet end de begreber vi har og anvender om virkeligheden, uanset om det er begreber der anvendes af forskere eller praktikere. Det abstrakte, videnskabsteoretiske, er blot et uddrag af virkeligheden, som Danermark et al. skriver:

Vi [...] har en tendens at vid det som ofta kallas "kunskapsöverlämnandet" rensa bort så mycket som möjligt av abstraktioner och teoretiska begrepp. Och vi gör det till förmån för vad som mest liknar pekpinningar, recept och bruksanvisningar. Med endast ett litet mått av självkritik borde vi [...] förstå att kunskapen därigenom inte bliver mer "praktisk", utan snarare oftast oanvändbar i praktiken (Danermark et al. 2007:318).

Mens forskere i visse tilfælde, som Danermark et al. beskriver, forsøger at bedrive og gengive forskning på en så 'ikke-teoretisk' og 'ikke-abstrakt' måde som muligt, ud fra en betragtning om at praktikere har konkrete og håndfaste problemer at løse, og at forskerens rolle er at fremsætte et forslag til problemløsning for at nå frem til praktiske rekommandationer, så skriver Hammersley :

There is no escape from philosophical assumptions for researchers (social workers). Whether we like it or not, and whether we are aware of them or not, we cannot avoid such assumptions (Hammersley 1992:65).

Jeg mener i forlængelse heraf at videnskabsteorien og refleksioner vedrørende epistemologiske og ontologiske bevægelser i begrebs-, videns- og praksisudviklingen inden for det sociale og psykiatriske felt er nødvendige iagttagelsesredskaber. Som en følge heraf vil jeg bestræbe mig på at de abstrakte videnskabsteoretiske dele af afhandlingen uddybes og eksemplificeres med eksempler fra interviews med ansatte i social- og hospitalspsykiatrien, samt patienter, beboere og brugere. Samtidig vil afhandlingens resultater munde ud i anbefalinger om en mere praksisnær forskning, begrebs- og teoriudvikling, samt konkrete forslag til hvorledes 'virkeligheden', som den ser ud for brugere, beboere og ansatte, bør fungere som en væsentlig brik i psykiatriens og socialpsykiatriens fremtidige erkendelsesgrundlag. Men for at vende tilbage til afsnittets indledende pointe, så er der, som jeg ser det, ingen vej uden om videnskabsteorien i denne proces. Metoder og teorier i forskning og praksis hviler på et videnskabsteoretisk fundament, og en ureflekteret brug af disse kan, som Hammersley beskriver, lede til misvisende eller fejlagtige konklusioner og antagelser. Men reflekteret brug af metoder kan være flere ting. Jeg mener her det er væsentligt at skelne mellem to former for refleksion, som beskrives i det følgende.

# Former for refleksjon

---

## Reflection

Som defineret af Hammersley (1992), hviler metoder og teorier i social- og psykiatrisk forskning og praksis på et videnskabsteoretisk fundament, og en reflekteret brug af metoder er væsentlig. Jeg mener her det er væsentligt at skelne mellem forskellige former for refleksjon. En anvendelig analytisk sondring mellem forskellige former for refleksjon er blevet præsenteret af Taylor og White i bogen "Practising Reflexivity in Health and Welfare" (2009). Taylor og White præsenterer en skelnen mellem begreberne 'reflection' og 'reflexivity'. Begrebet 'reflection' underopdeles og beskrives som dels den løbende refleksjon psykiateren, sygeplejersken eller socialarbejderen udøver i praksis (reflection-in-action), og dels den efterfølgende refleksjon over indsatsens udfald 'refleksjon-on-action' (Ibid:198). 'Reflection', relaterer sig hermed til en stor del af det arbejde der praktiseres i de psykiatriske og socialpsykiatriske institutioner, samt dele af den aktuelle kvalitets- og styringsudvikling. Forståelsen af socialt arbejde er inden for dette perspektiv ofte afgrænset til mikro-situationer (mødet mellem socialarbejder og klient, patient, bruger), samt til analyser og refleksjoner knyttet til udfald og forbedring af det praktiske sociale arbejde.

## Reflexivity

Begrebet "reflexivity" inkluderer derimod et blik for de vidensformer der konstituerer den sociale og psykiatriske praksis. Det er således ikke udelukkende et spørgsmål om at forbedre og effektivisere det sociale og psykiatriske arbejdes praksis inden for eksisterende vidensregimer, men at rette blikket mod de grund- og gyldighedsforhold det eksisterende vidensgrundlag er baseret på. Hvilke problemforståelser eller "forståelser for det psykiatriske eller sociale problem" eksisterer, og hvilke menneskesyn, behandlingsmetoder, kategorier og håndteringsstrategier anvendes og tages for givet? Hvorfor er netop denne måde at forstå de sociale eller psykiatriske problemer på så selvfølgelige i netop vores samtid?. Hvilken sammenhæng er der mellem problemdefinitioners kontingens og den samfundsmæssige

transformationsproces og styringsteknologiske udvikling? Taylor og White beskriver 'reflexivity-begrebet' således:

Reflexivity includes forms of reflection but takes things further. Specifically, it problematizes issues that reflection takes for granted. Reflection tends to accept the client/worker relationship and concerns itself with how to improve it. It also takes propositional and process knowledge at face value. For example, it assumes that through reflection the worker can become more adept at applying child development and attachment theory to childcare practice or that workers can apply intervention theories more effectively. Reflexivity suggests that we interrogate these previously taken-for-granted assumptions (Taylor og White 2009:198).

Hermed fokuseres på selve vidensproduktionen ud fra en betragtning om at:

Knowledge is not simply a resource to deploy in practice. It is a topic worthy of scrutiny. We need to question the Discourses within which social workers, nurses, doctors and others work, and indeed compare them (Ibid:198).

'Reflexivity-begrebet' anvendes i denne sammenhæng som en form for refleksionsredskab i mødet med de fremherskende problemforståelser og definitioner af psykiatriske og sociale problemer, ud fra en betragtning om at problemdefinitionen afspejler bestemte forestillinger på et givent felt, på et givent tidspunkt i historien, og disse kan være indlejret i bestemte styringsdiskurser og sociale og teknologiske bevægelser i den danske velfærdsstat.

Med dette afsæt er det samtidig muligt at stille spørgsmål ved det vidensgrundlag, (teoretisk, metateoretisk og metodisk), der eksisterer i det psykiatriske felt og som skaber de eksisterende og fremtidige vilkår for begrebsdannelse og praksis. Det undersøges dermed hvilken forståelse af problemerne og hvilke problemdefinitioner styringsudviklingen anvender. Denne afhandlings refleksionsbegreb, der tager udgangspunkt i Taylor og Whites 'reflexivity' begreb, medfører samtidig at afhandlingen ikke primært vil bidrage med viden der kan sikre en bedre implementering af styringskoncepter i praksis (hvad man skal GØRE med værktøjerne). Analysen kan derimod først og fremmest gennem 'reflexivity' udforske rækkevidden af den vidensproduktion der er indlejret i styringsudviklingen. Hermed fremtræder det næste spørgsmål, for hvad er 'styringsudviklingen'? Og hvad er 'styring'? Et begreb som jeg flere gange har henvist til på de indledende sider, og som vil blive præsenteret og diskuteret i det følgende afsnit. Samtidig er det væsentligt indledningsvis at pointere at når jeg med baggrund i 'reflexivity – begrebet', i det følgende, præsenterer og diskuterer



forskellige diskursanalytiske positioner, konstruktivismen og de post-foucauldianske governmentalityanalyser, så er det ud fra en betragtning om at disse analyser tilbyder et væsentligt analytisk blik på sammenhænge mellem viden, styring og vores blik på 'virkeligheden'. Men samtidig etableres, med dette blik, grænser for vidensproduktionen. Muligheden for videre begrebs- og teoriudvikling er således afhængig af en analytisk opmærksomhed på videnskabelige epistemologiske erkendelsesmuligheder og begrænsninger, og netop i denne proces er videnskabsteorien, som det blev fremført i det foregående, et væsentligt erkendelsesteoretisk redskab. Jeg udfolder derfor løbende i afhandlingen en metodologisk kobling mellem videnskabetoretiske positioner der primært beskæftiger sig med epistemologisk reflexivity og dekonstruktion, og på den anden side positioner hvis primære erkendelsesinteresse er rettet mod et spørgsmål om ontologi, og afledt heraf, analytisk rekonstruktion, begrebs- og teoriudvikling. Dette vil blive mere udførligt uddybet i afsnittet om "Kritisk metodepluralisme og metodologiske udfordringer". Når spørgsmålet som blev stillet i det indledende derimod er rettet mod en øget forståelse for styringsudviklingen og sammenhængen mellem styring og viden, så fremstår de postfoucauldianske governmentalityanalyser således, som jeg ser det, som et væsentligt bidrag, hvilket vil blive præsenteret i det følgende, hvor grænserne for disse analysers erkendelsesmuligheder og vidensproduktion ligeledes vil blive diskuteret.

### **'Styring?' – Hvad er det?**

The idea of mentalities of government, then, emphasizes the way in which the thought involved in practices of government is collective and relatively taken for granted, i.e. not usually open to questioning by its practitioners. To say that these mentalities are collective is not necessarily to identify them with specific social groups or classes, although it might also be possible to examine the relation between the different mentalities of specific ruling or subordinate groups. It is to say that the way we think about exercising authority draws upon the theories, ideas, philosophies and forms of knowledge that are a part of our social and cultural products (Dean, 1999: 16).

Når man taler om 'styring', eller som det er tilfældet med denne afhandling, skal lave en analyse af 'styringens' muligheder, begrænsninger, konsekvenser og udfordringer i udviklingen af sociale og psykiatriske problemdefinitioner, samt det sociale og psykiatriske arbejde med sindslidende, er det nødvendigt at præcisere hvad der menes med det diffuse

begreb 'styring', samt hvilket 'blik' jeg betragter denne styringsteknologiske udvikling med. Hvis jeg vælger at anvende begrebet 'styringsteknologisk' i det indledende, har jeg implicit taget stilling. Jeg signalerer dermed at jeg har valgt at betragte udviklingen i styringsredskaber i den danske psykiatri som en udvikling i styringsteknologier og 'praksisteknologier', der påvirker og styrer fagprofessionelle handlingsrum, behandlingsmetoder og borgere på bestemte, ofte uigennemsigtige og komplekse måder. Ved et sådant valg lægger jeg mig op ad de sociologiske analyser af styring, der gennem en årrække har været domineret af en nærmest uomgængelig 'governmentality litteratur' i beskæftigelsen med styring og viden i vores samtid. Disse studier henter deres inspiration hos den sene Foucault, og deler i stort omfang *epistemologisk* udgangspunkt og analytisk ærinde (Villadsen 2002). Især dette fælles *epistemologiske* udgangspunkt for disse studier er væsentligt, for som jeg vil argumentere for i det følgende, har disse governmentalitystudier produceret en række spændende undersøgelser som tilbyder et yderst anvendeligt begrebsapparat og analyser af styringen i liberalistiske samfundsstrukturer, men disse studier rummer også nogle analytiske begrænsninger. En væsentlig kritik der rettes mod governmentalitystudierne, er deres begrænsede mulighed for at lægge kritisk distance til deres studieobjekt, eller til de liberale styringsdiskurser og styringsprogrammer de analyserer, som også centrale personer inden for traditionen selv pointerer (Villadsen 2002:84, Dean, O'Malley), dog uden at metodologiske og teoretiske alternativer på nuværende tidspunkt fremlægges. Følgende citat er fra dette efterårs governmentality kursus, der afholdes af Mitchell Dean her i Danmark:

Nevertheless, in recent years critical objections have been raised against the governmentality approach. It has been noted by some observers that the Foucauldian and post-structuralist language, originally used for critical academic purposes, seems to be increasingly appropriated by 'the powers' that were the object of such critique [...] If modern liberal government has begun to speak for the dissolution of binary essentials, the destabilisation of rigid power structures, the creation of space for the subject's self-transforming work upon itself, and so on. In light of this development, we need to think of ways to revitalise the Foucauldian concepts of critique/criticism or to push a critical perspective beyond Foucault (Villadsen, Dean 2012).

Dette forhold vender jeg mere udførligt tilbage til senere fordi der netop her gemmer sig nogle interessante ontologiske og epistemologiske refleksioner der tydeliggør hvordan rækkevidden af forskellige forskningstraditioners vidensproduktion, samt metateoretiske positionering, medfører at forskellige analysestrategier indeholder nogle analytiske valg og fravalg. For

governmentalitystudierne medfører rækkevidden af disse studiers ontologiske og epistemologiske erkendelsesmuligheder dels at de primært beskæftiger sig med et spørgsmål om epistemologi (Dean 1992), hvilket implicerer nogle analytiske begrænsninger, som ligeledes vil blive mere udførligt gennemgået i afsnittet om ”Kritisk metodepluralisme og metodologiske udfordringer”. Samtidig tilbyder disse analyser på den anden side en kvalificeret og uomgængelig forståelse for hvordan moderne styring trækker på viden som hentes i videnskaberne, og etablerer en uadskillelig forbindelse mellem styring og viden, som beskrevet af Villadsen:

Der er tale om en to-vejs, gensidigt betingende relation: magtudøvelse finder støtte og begrundelse i videnskabelige kategorier, men de videnskabelige kategorier er på deres side ofte etableret i snæver forbindelse med praksisser til styring, forvaltning og kontrol af mennesker (Villadsen 2007:21).

Et centralt fællestræk ved governmentality studierne er, så kort fortalt som det nu er muligt, at magt ikke betragtes som udspringende fra et statsapparat som en lokalisierbar kapacitet. Studierne påviser derimod forbindelsen mellem overordnede politiske programmer og de teknikker som rettes mod individer gennem udviklingen af en bestemt styringsteknologi: ’en governmentaltet’ der foranlediger til menneskets selvstyring og selvregulering som Carol Bacchi definerer det:

a current dominant style of problematisation creates individuals as primarily responsible for their lives ( Bacchi 2009:7).

hvilket Villadsen definerer som filantropisk genkomst i det sociale arbejde (2004). Disse tendenser genfindes i forskellig form i den socialpsykiatriske praksis og i det empiriske materiale som i forbindelse med denne undersøgelse er indsamlet på to specialiserede socialpsykiatriske institutioner og en Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling. Tendenserne kom her til udtryk gennem øget fokus på motivation, personlige planer og medinddragelse i forhold til fastlægning af delmål i de personlige planer i overensstemmelse med standarderne i

den Den Danske KvalitetsModel (DDKM<sup>3</sup>) på det sociale område, og i særdeleshed i den psykiatriske praksis i form af en psykoedukativ praksis som en ny diskurs, der forsøger at styrke, eller gøre brug af patienternes kapacitet til at handle.

Som Rose og Miller beskriver:

Making people write things down, and the nature of the things people are made to write down is itself a kind of government of them, urging them to think about and note certain aspects of their activities according to certain norms (Rose and Miller 1992:200).

'Styring' kan inden for et governmentality perspektiv dels anskues som en makropolitisk diskurs, men også som en governmentality der opererer på mikroplanet. Selvom disse tendenser eksisterer i det empiriske materiale fra feltarbejdet, vil jeg med en langt mindre detaljeringsgrad, end traditionelle governmentalitystudier, udforske det rum som 'styringen' stiller til rådighed for selvstyring gennem personlig og politisk frihed. Mest af alt skyldes denne afgrænsning at jeg anser det som nødvendigt at fastholde et fokus på forholdet mellem styring, viden og problemdefinitionsprocesser, og samtidig indskyde et begreb om ontologi, som Burawoy skriver:

Reflexivity in the social sciences is frequently regarded as the enemy of science [...] Within sociology reflexivity has been put into more positive use. Alvin Gouldner (1970) turned sociology onto itself to uncover the "domain assumptions" of reigning paradigms in "Western" sociology, arguing that they were increasingly out of sync with the world they claimed to mirror (Burawoy 1998:13).

---

<sup>3</sup> Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er et fælles kvalitetsudviklings- og akkrediteringssystem for hele det danske sundhedsvæsen, der baseres på et fælles sæt af standarder og indikatorer. DDKM fokuserer på patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, imellem institutioner og internt i institutionerne. Kvalitetsmodellen er obligatorisk for alle offentlige sygehuse og alle privathospitaler og -klinikker, der har indgået aftaler med regionerne om behandlingen af patienter (Danske Regioner). Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) blev overdraget til sundhedsvæsenet i 2009. Modellen blev undfanget i 2002 i en beslutning fra de centrale aktører: Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) og Amdsrådsforeningen. Institut for Kvalitet og Akkreditering blev i den forbindelse stiftet. Formålet med DDKM er, så kort fortalt som det nu er muligt: at fremme kvaliteten af patientforløb, at fremme udviklingen af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet og at synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet (IKAS). I foråret 2007 besluttede Regionerne at udvikle en tilsvarende kvalitetsmodel for det sociale område med henblik på at dokumentere og synliggøre indsatsen og udvikle kvaliteten på især de sociale boformer og institutioner (Danske Regioner Maj 2009).

Ved at indskyde et begreb om virkeligheden som videnskaben antager at gengive, undersøge eller intervenere i, indskydes samtidig et begreb om ontologi og hermed et mere positivt videnskabssyn og en anden metateoretisk positionering end de postmodernistiske eller konstruktivistiske positioner etablerer. Det er samtidig min antagelse at et begreb om ontologi, 'virkeligheden' eller 'væren' af flere grunde er en nødvendig forudsætning for at understøtte en fortsat videns- begrebs- og teoriudvikling indenfor feltet. Dette forhold vil især blive diskuteret i afhandlingens sidste del, hvor det sociale og psykiatriske arbejdes erkendelsesgrundlag og fremtidige vilkår for begrebsdannelse og praksis diskuteres.

Governmentality perspektivet anvendes i denne sammenhæng til at stille spørgsmål ved, og synliggøre, rækkevidden af forskellige perspektivers vidensproduktion, med fokus på eksklusionen af visse former for viden i denne proces. Hermed tydeliggøres hvorledes viden refererer til forskellige ontologiske forståelser og betragtninger, samt hvorledes de forskellige vidensformers ontologi virker sammen med de diskursive mulighedsbetingelser og de videnskabelige og praktiske erkendelsesmuligheder, eller sagt på en anden måde; påvirker hvad der udelukkes fra ens blik, samt hvad der regnes for signifikant eller relevant viden, dels i den samfundsmæssige- og social-og sundhedspolitiske udvikling og forskning, såvel som i udviklingen i sociale og teknologiske bevægelser, der gennem konkrete praksisser etablerer en relation mellem videnskabelige kategorier og eksisterende praksisser i det sociale og psykiatriske arbejde.

# Afhandlingens dele og forskningsspørgsmål

---

Afhandlingen er bygget op som tre dele, hvor afhandlingens første del er rettet mod en analyse af de de 'styringsteknologiske diskurser' som en sammenhængende konstellation af bestemte styringsrelationer, samt disses forbindelse til bestemte vidensformer, konstruktioner af det sociale objekt, såvel som de mulige subjektpositioner der etableres. Til dette formål tilbyder diskursanalysen, som præsenteret af Nikolas Rose og Mitchell Dean i deres Foucault-inspirerede Governmentality-analyser, og en delvist genealogisk tilgang, som præsenteret af Foucault og Kaspar Villadsen, en analysestrategisk opmærksomhed på det Mitchell Dean betegner *praksisregimer*. Min ambition er dels at undersøge styringsdiskursers historiske opkomstbetingelser, dels at undersøge hvorvidt de styringsteknologiske og sociale bevægelser indebærer en konstruktion af bestemte objekter, og dermed bestemte problemdefinitioner, forståelses- og forklaringsprog, der udgør et særligt observationspunkt hvorudfra de sociale eller psykiatriske problemer iagttages. Med andre ord undersøges hvorvidt der i den sociale og styringsteknologiske proces etableres bestemte iagttagelsesredskaber og særlige metoder og instrumenter til at afgrænse, kategorisere og diagnosticere de sociale og psykiatriske problemer. Det undersøges endvidere hvorvidt denne proces efterfølgende er retningsanvisende for hvilke teknikker der anses som anvendelige for at intervenere, forandre og forbedre det der anses som problematisk ved individet. Det jeg især har hæftet mig ved i denne sammenhæng er selve problemdefinitionsprocessen og dermed den styringsteknologiske og historiske konstruktion af det sociale objekt. Jeg har dermed lagt vægt på hvorledes et praksisregime hviler på en helt bestemt diagnosticering af, hvad der er problemer, og hvordan disse problemer skal forklares – samt de særlige strategier for problemløsning der etableres, og de der udelukkes.

Mere konkret undersøges i analysens del 1:

*Hvilke epistemologiske transformationsprocesser kan identificeres i den styringsteknologiske konstruktion af sociale og psykiatriske problemer?*

I undersøgelsens del 2 relateres den udledte viden om de epistemologiske transformationsprocessers konstruktion af sociale og psykiatriske problemer til begyndende refleksioner vedrørende ontologiske modeller og forskellen mellem dybde og overflade perspektiver i det sociale og psykiatriske arbejde med sindslidende, og det undersøges hvilken betydning den dominerende ontologi har for vidensakkumulation, integration og syntese af forskellige vidensformer i både teoretisk forståelse og praktisk tilgang. Mere konkret undersøges:

*Hvilke **ontologiske modeller** om sociale og psykiatriske problemstillingeres opkomst, eksistens og forandringsprocesser kan identificeres historisk og aktuelt i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde?*

*Hvilken betydning har disse ontologiske modeller har for vidensakkumulation, integration og syntese af forskellige vidensformer i både teoretisk forståelse og praktisk tilgang?*

I afhandlingens sidste del anvendes den analyserede indsigt i ontologiske modeller i det sociale og psykiatriske arbejde som iagttagelsesredskab, der munder ud i en diskussion af det psykiatriske og sociale arbejdes erkendelsesgrundlag og fremtidige vilkår for begrebsdannelse og praksis, og der reflekteres over:

*Hvordan kan den styringsteknologiske og videnskabelige udvikling begrebsliggøres på en måde der bidrager til det sociale og psykiatriske arbejdes erkendelsesteoretiske grundlag og fremtidige vilkår for begrebsdannelse og praksis?*

## **Del 1 Epistemologiske transformationsprocesser**

### ***Analysestrategi***

Analytisk undersøges i del 1 hvilke **epistemologiske** transformationsprocesser der kan identificeres i den styringsteknologiske konstruktion af sociale og psykiatriske problemer, og disse relateres til den ontologi om mennesket og det sociale og psykiatriske problem der historisk er blevet konstrueret i et netværk af begreber, teknologier, institutioner og praksisser. Analysen af de videnskabelige diskursers problemkonstruktion i del 1 vil være et resultat af en række valg, hvor mangfoldigheden af diskurser inden for et felt gør at jeg træffer nogle valg undervejs, begrundet i mit fokus på forskellige diskursers betydningsfastlæggelse af det sociale- og psykiatriske problemers *ontologi*. Jeg konstruerer således nogle nedslag i styringsudviklingen der relaterer sig til udviklingens *hvordan*, med henvisning til den historiske udvikling i problemdefinitioner og forståelser for sociale og psykiatriske problemer, samfundsmæssige transformationsprocesser, organisatoriske udviklingstendenser og styringsteknologisk udvikling i best-practice idealer baseret på et videnskabeligt (evidensbaseret) grundlag. Og tendenser og forskydninger i de aktuelle diskursformationer synliggøres. Afhandlingens analysedel 1 belyser således nutidige problemdefinitioner og forståelsers epistemologi, samt disses historiske muligheds- og fremkomstbetingelser og vil derfor være resultatet af en række valg, hvor jeg taler om en 'dominerende styrings-, og vidensteoretisk diskurs' der de senere år har domineret forståelsen for psykiatriske problemer og hvordan de opstår og forandres. Ved at fremføre at én bestemt diskurs er dominerende, er det ikke ensbetydende med at det er den eneste diskurs der eksisterer, eller at alle accepterer denne diskurs. Som Villadsen skriver:

vil risikoen for reduktionisme og for at skabe for stor homogenitet i analysen være et vilkår, som i disse analyser er væsentligt at være opmærksom på (Villadsen 2002:89).

At lave en fyldestgørende genealogi af de diskursive udviklingstendenser ville kræve en langt større og grundigere analyse og langt større detaljeringsgrad i det analyserede materiale end jeg præsenterer. Jeg vil derimod i hovedtræk analysere de diskursive forskydninger og brud fra starten af 1980'erne og frem i Danmark ved at trække på eksisterende viden og forskning i denne gennemgang. Jeg konstruerer dermed et analytisk nedslag i et diskursivt eller



paradigmatisk brud i den politiske styring, forskning, viden og praksis, der ligger *forud* for den nutidige praksis, og som samtidig etablerer forbindelseslinier til nutiden (Villadsen 2002). Det genealogiske blik anvendes i denne sammenhæng som et iagttagelsesredskab af undertrykt viden, og dermed også det centrale spørgsmål som blev stillet af formanden fra en af de store patientorganisationer i det indledende: *Måske er de rigtige spørgsmål ikke stillet endnu*, og afledt heraf; *Hvilke spørgsmål er det så vi ikke stiller?* Med et blik for opløsningen af historiske kontinuitetsforestillinger, brud og sandhedsregimer undersøger jeg således et bestemt paradigmatisk bruds forbindelseslinier til den aktuelle vidensudvikling, den danske social- og sundhedspolitik og de sociale og psykiatriske indsatser, samt den ontologi og de sociale og psykiatriske problemer denne udvikling etablerer på dette tidspunkt i historien. En del af genealogiens kritiske effekt består i denne sammenhæng i at undersøge den udvikling hvor igennem bestemte vidensformer er blevet udgrænset mens andre er blevet muliggjort. I den forbindelse rettes blikket dels mod de nutidige vidensformer og styringsteknologiske løsninger, dels mod fortidige vidensformers forbindelseslinier til nutiden. Der fremhæves dermed et historisk brud i måden at anskue, definere og afhjælpe psykiatriske og sociale problemstillinger, og i denne sammenhæng fremtræder den genealogiske analysestrategi anvendelig. Villadsen skriver herom:

Genealogien betegnes som 'problematiseringernes historie', [...] Når genealogen udpeger et bestemt brud, foretager han et analysestrategisk greb, [ der etablerer en diskontinuitet i hans fortælling...] man kan også sige, at analytikeren aktivt skaber en historisk begivenhed (Villadsen 2004:19).

Hermed udvælger genealogen bestemte aspekter i sin nutid, der skal problematiseres – i denne undersøgelse et fokus på problemdefinitionsprocesser og den historiske konstruktion af ontologiske modeller i det sociale og psykiatriske arbejde.

Det væsentlige er i denne sammenhæng at undersøgelsen af problemdefinitioners transformation samtidig synliggør sammenhængen mellem styringsbehov, organisatoriske løsninger og ontologiske modeller i den sociale og psykiatriske forskning og praksis. Genealogien bliver i den forbindelse betegnet som styringsstrategiernes historieskrivning (Villadsen 2004:22), hvilket indebærer at de undersøgte problemdefinitionsprocesser, ontologiske modeller og styringstiltag i undersøgelsen hverken afgrænses til de institutioner som undersøges, eller forklares med baggrund i bestemte aktøres interesser. Dette forhold

medfører en række metodologiske implikationer i valget af analysestrategi, hvilket vil blive mere udførligt uddybet i de følgende afsnit.

Samtidig vil denne proces altid rumme et element af kritik ved at opløse den selvfølgelighed, der præger visse organisatoriske og samfundsmæssige ændringer og udviklingstendenser, som Villadsen ligeledes beskriver (Villadsen 2006). I forlængelse heraf anser jeg ikke kritik alene som værende grundlag for en fremadrettet udvikling. Som Kuhn påpegede (1962) har kritik alene aldrig ført til nogen større paradigmeændringer (Kuhn 1962). Paradigmeændringer kræver derimod et realistisk, frugtbart, forskningsegnet alternativ – en paradigmekandidat, som Brante pointerer (2006). I del 1 etableres derfor et sammenhængende begrebsapparat der kan begribe de historiske bevægelser i viden, videnskabelighed og vores forståelser for virkeligheden, som er indlejret i de sociale og styringsteknologiske bevægelser i arbejdet med social og psykiatrisk behandling og rehabilitering, og dette begrebsapparat fungerer retningsanvisende for en fremadrettet rekontekstualisering og rekonstruktion i analysens del 2 og 3. Den, i analysen, udledte forskel på ontologiske modeller i det sociale og psykiatriske arbejde anvendes således som iagttagelsesredskab af brugernes og praktikernes oplevelser og erfaringer i afhandlingens sidste del, der munder ud i en diskussion af det psykiatriske og sociale arbejdes erkendelsesgrundlag og fremtidige vilkår for begrebsdannelse og praksis.

Det centrale er, at problemstillingen i afhandlingens anden del, tolkes, analyseres og forklares ved hjælp af det Danermark et al. (2007), kalder reglen. Denne udledes gennem afhandlingens dele som en forskel på ontologiske modeller i viden, forskning og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde. Denne forskel vil blive uddybet og kvalificeret løbende gennem afhandlingens afsnit. Hensigten hermed er at udvikle et iagttagelsesredskab som foruden at begrebsliggøre de historiske sociale og teknologiske bevægelser betydning for vores problemdefinitioner, forståelser og forklaringer af sociale og psykiatriske problemer på netop dette tidspunkt i historien, ligeledes kan begrebsliggøre nye sammenhænge og nye bevægelser i viden og videnskabelighed og vores forståelser og forklaringer af sociale og psykiatriske problemer. Gennem et metateoretisk blik på bestemte problemdefinitioners epistemologiske, institutionelle og styringsteknologiske opkomstbetingelser, analyserer jeg således løbende ligheder og forskelle mellem forskellige historiske udviklingstendenser, samt ligheder og forskelle mellem, på den ene side den ontologi om mennesket som udledes af nutidens

handlings- og præstationsteknologiske løsninger, og på den anden side de lokale praksisformer, erfaringer og oplevelser der udspiller sig i mødet med Den Anden, samt i de sindslidendes egne fortællinger. Hermed bevæger jeg mig ligeledes metateoretisk i afhandlingens sidste del fra et spørgsmål om epistemologiske transformationsprocesser og etableringen af bestemte diskursformationer og diskursive mulighedsbetingelser for begrebsdannelse og praksis, til et spørgsmål om ontologi.

Når de analyserede videnskabelige diskurser producerer nye vidensobjekter, er det ikke hermed hensigten med en genealogisk historieskrivning eller governmentality perspektiv at etablere et refleksionsrum der gør det muligt at vurdere en eventuel større kongruens mellem vores erkendelse af fænomenerne og fænomenerne i sig selv, som Villadsen skriver (Villadsen 2007:32). Med andre ord: det er ikke hermed hensigten at stille spørgsmål ved hvorvidt kortet (epistemologisk) og dermed de konstruerede problemdefinitioner stemmer overens med terrænet (ontologi), som det beskrives af Ekeland (2003). Disse spørgsmål stilles dog af flere grunde i denne afhandlings del 2, hvor resultaterne fra de Foucault inspirerede governmentalityperspektiver og genealogiske analyser, der har været anvendt til at synliggøre de historiske og diskursive forskydninger og epistemologiske transformationsprocessers betydning for ontologiske modeller og dermed de sociale og psykiatriske problemdefinitioner, forståelser og forklaringer af det sociale og psykiatriske problem, relateres til brugere og praktikeres oplevelser i det levede liv, eller i mødet med Den Anden (Danermark et al. 2007:183).

## **Del 2 Ontologiske modeller i socialt og psykiatrisk arbejde**

### ***Analysestrategi***

I del 2 relateres resultaterne fra undersøgelsen af de epistemologiske transformationsprocesser i den styringsteknologiske konstruktion af sociale og psykiatriske problemer til forskellige ontologiske modeller i det sociale og psykiatriske arbejde med sindslidende. Det undersøges i denne del:

*Hvilke ontologiske modeller om sociale og psykiatriske problemstillingeres opkomst, eksistens og forandringsprocesser kan identificeres historisk og aktuelt i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde?*

Og:

*Hvilken betydning har disse ontologiske modeller for vidensakkumulation, integration og syntese af forskellige vidensformer i både teoretisk forståelse og praktisk tilgang?*

I denne del bliver forholdet mellem viden, videnskabelighed og virkelighed diskuteret og konkretiseret som et forhold mellem den etablerede styringsteknologiske diskurs, problemdefinitioner og det sociale objekt eller genstandsfelts natur. Dette forhold implicerer en videnskabsteoretisk opmærksomhed på forholdet mellem diskurs og realitet, hvilket refererer til afhandlingens forskellige metateoretiske positioner. I dette forhold eksisterer et spørgsmål om forholdet mellem diskurs og handling, og det er afgørende at fastholde, at de styringsteknologiske diskursers virkemiddel, der i governmentalityanalysen beskrives som en decentralisering af magten og internalisering af bestemte subjekt- og objektpositioner, ikke etableres som afhandlingens væsentligste analytiske fokus. Selvom et væsentligt element i etableringen af et praksisregime er, at dette involverer udviklingen af en særlig mentalitet eller subjektivitet blandt de involverede, har det væsentlige for mig været at praksisregimer også afgrænser hvad der er muligt at betragte som fornuftigt eller selvfølgerigt, samt hvilke forståelses- og forklaringsprog der, afledt heraf, etableres som tilgængelige iagttagelsesredskaber. Del 2 vil således være af en anden karakter end del 1 og det er i denne sammenhæng afgørende for mig at understrege at de analyserede styringsteknologiske diskurser ikke *determinerer* andre former for handling, men at en given diskurs *legitimerer* bestemte handlemåder og er rammesættende for mødet med Den Anden såvel som for de etablerede vilkår for begrebsdannelse og praksis i de sociale og psykiatriske institutioner. Denne analysestrategiske forskel uddybes yderligere i afsnittet ”Det analytiske blik og forholdet mellem teori og data i afhandlingens dele”.

Ambitionen i afhandlingens 2. del er således at analysere og diskutere rækkevidden af den ontologi om det sociale og psykiatriske problem som eksisterer og etableres epistemologisk i de analyserede praksisregimer. Dette nødvendiggør dels et epistemologisk blik for problemdefinitionsprocesser, dels et begreb om den virkelighed som de styringsteknologiske tiltag rettes mod, og dermed en nuanceret ontologisk forståelse for det sociale og psykiatriske problem og genstandsfelt – Den dybeste erkendelse er således kun den der bliver på overfladen når diskursive styrings- og problemdefinitionsprocesser søges belyst i en analyse

af praksisregimers konstruktion af sociale objekter, problemdefinitioner og diagnosticering af sociale og psykiatriske problemer – samt de særlige strategier for problemløsning og visioner for den problemfri tilstand der etableres. Men den dybeste erkendelse er ikke den der bliver på overfladen hvis ambitionen derforuden er at begribe den sociale virkelighed, og det sociale eller psykiatriske problems komplekse og foranderlige natur og etablere nye muligheder for begrebsdannelse og praksis, der kan facilitere det sociale og psykiatriske arbejdes fortsatte begrebs- og teoriudvikling, praksis og erkendelsesgrundlag.

### **Del 3 Ontologiske modellers bidrag til det sociale og psykiatriske arbejdes erkendelsesgrundlag**

#### ***Analysestrategi***

Det væsentlige i denne sidste del er at det tydeliggøres hvorledes de identificerede forskelle mellem ontologiske modeller i socialt og psykiatrisk arbejde henviser til forskellige opfattelser af mennesket og sociale og psykiatriske problemers opkomst, eksistens og forandringsprocesser. På baggrund af analysens resultater opstilles i denne del to forskellige ontologiske modeller, der er baseret på vidt forskellige forståelser og forklaringer, kausalitetsforhold, menneskesyn og ontologiske forståelser og refleksioner vedrørende det substantielle grundindhold af det sociale problem (psykiatriske lidelse) som de institutionelle tiltag forventes at behandle, løse, eller kompensere for, men som begge kan betegnes som 'helhedsorienterede'. Modellerne eksemplificerer forskellen på ontologiske positioner, samt forskellen på dybde og overfladeperspektiver i det sociale og psykiatriske arbejdes vidensgrundlag og praksis, og det diskuteres afslutningsvist:

*Hvordan kan den styringsteknologiske og videnskabelige udvikling begrebsliggøres på en måde der bidrager til det sociale og psykiatriske arbejdes erkendelsesgrundlag og fremtidige vilkår for begrebsdannelse og praksis?*

I afhandlingens 3. del skærpes fokus således på den ontologi om mennesket og om sociale og psykiatriske problemer der epistemologisk konstrueres som en styringsteknologisk diskurs, og den ontologi som fremkom i praksis, i de lokale praksisformer, erfaringer og oplevelser der

udspiller sig i mødet med Den Anden, samt i de sindslidendes egne fortællinger. Og der reflekteres over hvilke muligheder for at etablere et refleksions-, udviklings- og handlingsrum for begrebsdannelse og praksis i psykiatri og socialpsykiatri, der eksisterer, eller kan etableres.

## **Metodologi og rekontekstualisering**

I afhandlingen anvendes den første analysedels dekonstruktion til fremadrettet rekonstruktion af forskellige ontologiske modeller. Jeg skaber således sammenhænge som ikke fandtes forud for afhandlingens undersøgelse, og som:

tjener som inversioner af hverdagslivet – [hvor] den virkelighed vi tager for givet, kommer til at tage sig anderledes ud (Hviid Jacobsen og Kristiansen 2006:10).

Der er således metodisk tale om det Hviid Jacobsen og Kristiansen beskriver som en betydningstransferens eller meningsoverføring fra en sammenhæng til en anden. I dette tilfælde fra den styringsteknologiske diskurs, som analyseres i del 1, til de overvejende mikro-situationelle eksempler fra den social- og hospitalspsykiatriske praksis i afhandlingens sidste dele. I afhandlingens sidste dele indføres desuden et nyt begreb, nemlig retroduktion, der er nært beslægtet med den abduktive slutningsform, men som dog rummer nogle væsentlige forskelle, der gør, at det retroduktive blik er specielt anvendeligt i afhandlingens del 3.

Som beskrevet af Roar Hagen:

Både den retroduktive og den abduktive forskningsstrategien forsøger hver på sin måde å få fram det konstruktive ved forskningsprocessen. Den retroduktive forskningsstrategien (Bhaskar 1979; 1997) skiller mellom tre niveåer av virkelighet: det empiriske, det faktiske og det reelle. Det empiriske domenet består av hendelser som kan iakttas, det faktiske av hendelser som både ikke kan og kan iakttas, og det reelle av ikke- iakttakbare strukturer og mekanismer som producerer hendelser som kan iakttas empirisk. Det bliver derfor en sentral oppgave for forskningen å konstruere begreber, teorier og modeller som kan forklare empiriske regelmessigheter med henvisning til operative mekanismer i det reelle domenet (Hagen 2006:56).

Som erkendelsesteori trækker både retroduktion og abduktion i en delvist eller modificeret konstruktivistisk retning, hvilket er en kompliceret, men interessant vinkel. Alt dette vil blive gennemgået grundigt gennem afhandlingens enkelte dele og i særdeleshed som indledning til de af afhandlingens afsnit hvor dette forhold er relevant for undersøgelsens resultater. Det væsentlige er her at det præsenteres hvorledes der i undersøgelsen anvendes en

rekontekstualiserende metode, der implicerer et bestemt blik på afhandlingens problemstilling. Med den rekontekstualiserende metode henledes afhandlingens slutningsform til den abduktive logik, der af samfundsvidenskabelige forskere, ofte inspireret af Charles S. Pierce, beskrives som redeskription (nybeskrivning), eller rekontekstualisering. Hvor deduktion handler om at udlede logisk gyldige slutninger fra klart definerede præmisser, og induktion om at etablere almenlydige slutninger ud fra et antal enkeltobservationer, så handler det analytiske greb i denne undersøgelse om at der etableres et nyt observationspunkt, der gør det muligt at betragte og relatere konkrete empiriske hændelser til en ny tolkningsramme (Danermark 2007:134, Kristiansen 2002:332). Jeg vil i det følgende behandle de tre begreber; abduktion, nybeskrivning og rekontekstualisering, med udgangspunkt i Pierce (1990) og Danermarks (2007), såvel som Kristiansens (2002) definition af det centrale analytiske greb i en abduktiv proces; nemlig at vi:

1. har en empirisk hændelse som vi:
2. relaterer til en regel, hvilket:
3. leder frem til en ny antagelse om hændelsen

Det centrale er at resultatet bidrager med en ny indsigt, samt en højnelse af vidensniveauet, ved at problemstillingen tolkes, analyseres og forklares ved hjælp af det Danermark et al. 2007 kalder reglen. Dette er dog altid, som Danermark et al. beskriver, en fejlbarlig indsigt, en form for hypotese (Danermark et al. 2007:183). Abduktionens kerne kan yderligere forklares ved hjælp af et citat fra Danermark et al.:

In Pierce's view abduction, too, is a form of inference – of logic in the largest sense – by which one moves from one set of ideas to their conclusions in another set of ideas (Danermark et al. 2007:184).

Abduktion beskrives her som en bevægelse fra en forestilling om noget i en sammenhæng, til en mere udviklet eller mere nuanceret forestilling om bestemte sammenhænge. En anden måde at beskrive dette på er som Danermark et al. gør, ved at beskrive abduktionen som nybeskrivning eller rekontekstualisering, forstået som en betragtning, beskrivelse, tolkning eller forklaring af noget inden for rammerne af en ny kontekst.



Som beskrevet af Søren Kristiansen (2002:330), findes der ingen formaliseret vejledning der angiver hvorledes dette rekontekstualiseringsarbejde finder sted. Kristiansen (2002) og Danermark et al. (2007) nævner hvorledes den samfundsvidenskabelige metode indeholder en række mere eller mindre kendte eksempler på rekontekstualiseringer, eksempelvis Marx's rekontekstualisering af menneskets historiske opkomstbetingelser ud fra en materialistisk historieskrivning, Durkheims rekontekstualisering af selvmordet som socialt fænomen, og Giddens' rekontekstualisering af anorexi som udtryk for det han betegner den reflektive identitet som vilkår i det senmoderne samfund. Kristiansen (2002:331) eksemplificerer selv den rekontekstualiserende metode med udgangspunkt i Erving Goffmanns *The Presentation of Self in Everyday life* (1959) (Kristiansen 2002, og senere: Hviid Jacobsen og Kristiansen 2006). Goffmann anvendte begreber, modeller og metaforer som han konfronterede, udbyggede og justerede med data for hermed at udvikle abstrakt viden om sociale fænomener ved netop at genbeskrive dem i lyset af de præsenterede metaforer. Goffmann var således fortaler for at man i en kreativ forskningsproces udfordrede de metodologiske begrænsninger som traditionelle forskningsdesigns videnskabelige ophøjelse medførte (Hviid Jacobsen og Kristiansen 2006). Hviid Jacobsen og Kristiansen skriver herom:

Den rekontekstualiserende og metaforisk genbeskrivende metode viser, hvorledes sociologien ikke kun kan producere spændende, nødvendig og innovativ viden med konventionelle strategier som rendyrket induktion eller deduktion, men at også fantasifulde og kunstneriske arbejdsprocesser som eksempelvis en kreativ abduktion, der ikke underminerer men snarere komplementerer og udvider vores værdsættelse af videnskabelighed, har deres egen berettigelse (Ibid.2006:25).

Hviid Jacobsen og Kristiansen beskriver Goffmanns metode som en form for abduktion hvor der finder en kontinuerlig vekselvirkning sted mellem teori, empiri og metafor, eller mellem forforståelse, data og begrebsudvikling, som Hviid Jacobsen og Kristiansen (2006:336) beskriver: ”retfærdiggørelseskontekst”, ”opdagelseskontekst” og ”opfindelseskontekst”. Den abduktive tilgang forudsætter således, som Danermark (1997:188) beskriver, en kreativ tankeproces som gør det muligt at begrebsliggøre relationer og sammenhænge som ikke er observerbare eller åbenbare, for dermed at formulere et nyt blik på de sammenhænge som ikke tidligere var kendte, eller som Ugglå (1994) beskriver det, ”at se noget som noget andet”:

Vetenskapens användning av modeller är nämnigen inte motiverat av dessa modellers förmåga att empiriskt beskriva en ren verklighet. De vetenskapliga

modellernas styrka ligger istället i deras förmåga att bryta med en deskriptiv diskurs och fungera som en möjlighet att se ”nogåt” som ”något annat”. Eftersom syftet med användningen av modeller inom vetenskapen är att utforska verkligheten genom att upprätta nye relationer i denna, får den vetenskapliga modellen en heuristisk funktion som framställer nya hypoteser och därmed upptäcker nya dimensioner av verkligheten (Uggla 1994:400).

# Afhandlingens

## empiriske grundlag og

## dataindsamlingsproces

---

For kort at opsummere så langt, så analyseres de 'styringsteknologiske diskurser' som en sammenhængende konstellation af bestemte styringsrelationer, samt disses forbindelse til bestemte vidensformer, konstruktioner af det sociale objekt, såvel som de mulige subjektpositioner der etableres. Der trækkes i denne sammenhæng på eksisterende viden og forskning, og der etableres et analytisk nedslag i et diskursivt eller paradigmatisk brud i den politiske styring, forskning, viden og praksis, der ligger *forud* for den nutidige praksis, og som samtidig etablerer forbindelseslinjer til den aktuelle praksis og vidensudvikling (Villadsen 2006). Det analytiske nedslag i den historiske udvikling i styringen, psykiatriens organisering og videnskabelighed omhandler:

- Den historiske udvikling i styringen,
- Overgangen fra tidligere bureaukratiske organiseringsformer til decentrale strukturer
- Etableringen af handlings- og præstationsteknologier.

Udviklingen i handlings- og præstationsteknologier eksemplificeres ved udviklingen i præstationsteknologisk tænkning gennem etableringen af evidensproducerende institutioner, og rækkevidden af den evidensbaserede viden diskuteres dels i forhold til den viden der legitimeres via denne forskning og dels i forhold til den konstruktion af basale kategorier som denne vidensproduktion baseres på, samt funktionsniveaumålingerne som de fremtrådte i den specialiserede socialpsykiatri. Den handlingsteknologiske udvikling eksemplificeres ved de psykoedukative programmer i den hospitalspsykiatriske praksis, og motiverende samtaler i den socialpsykiatriske praksis, hvor det undersøges hvorvidt bestemte problemforståelser fremtræder i den adfærds – og kognitionsregulerende praksis såvel som i adgangen til sociale hjælpesystemer, i visitationen til den specialiserede socialpsykiatri, og i de handlings- og

retningsanvisende anbefalinger for den psykiatriske og socialpsykiatriske praksis. Tiltagene er udvalgt i en adaptiv proces i forbindelse med de kvalitative interviews på de socialpsykiatriske og Børne- og Ungdomspsykiatriske institutioner, som vil blive præsenteret i de følgende afsnit.

Resultaterne relateres til den socialforskning der har fundet sted i samme periode inden for den psykiatriske videnskabelighed, og socialpsykiatri som videnskab og socialpsykiatri som praksis, hvor et diskursivt skift i forskning i problemforståelse, ætiologi og problemdefinitioner ses fra 1980'erne og frem herhjemme<sup>4</sup>.

Denne del udformes med empirisk opmærksomhed på:

- Fremkomsten af de evidensproducerende institutioner, samt den viden disse institutioner er i stand til at frembringe
- De internationale klassifikationssystemer (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, APA) og The International Classification of Diseases (ICD-10, WHO))
- De psykoedukative programmer i den hospitalspsykiatriske praksis
- Funktionsniveaumålingerne i den specialiserede socialpsykiatri, med baggrund i Den Danske KvalitetsModel (DDKM)
- Motiverende samtaler i den specialiserede socialpsykiatri

Herudover indgår et kvalitativt empirisk datamateriale i form af fokusgruppeinterviews, observation og enkeltpersonsinterviews i samarbejde med følgende institutioner:

- Psykiatri og Social enheden, samt en regional kvalitetsafdeling, med indgående kendskab til kvalitetsarbejdet inden for det psykiatriske og sociale område.

---

<sup>4</sup> At fastsætte 1980 som skæringspunkt for et bestemt paradigmatisk og diskursivt skift i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde er selvfølgelig ikke retvisende. Flere strømninger og sociale og teknologiske bevægelser har i tiden før 1980 dannet grundlag for det skift der fremtrådte i årene omkring 1980, og har i forskellig form i årene efter 1980 udmøntet sig i forskellige praksisser. Årene omkring 1980 fremtræder dog i det historiske materiale som et tidspunkt hvor forskellige strømninger og bevægelser faldt sammen i tiden og dannede grundlaget for de aktuelle vilkår for begrebsdannelse og praksis, som vi ser i dag

- En socialpsykiatrisk døgninstitution inden for voksenområdet
- En socialpsykiatrisk døgninstitution inden for området børn og unge
- En hospitalspsykiatrisk enhed for børn og unge
- Data fra Psykoseprojekt. En database på 90 kvalitative interviews med patienter, brugere og professionelle indenfor behandlings- og socialpsykiatrien i Danmark. Materialet blev indsamlet i årene 1997 - 2010 med særligt henblik på at afdække patienternes selvforståelse, identitetsdannelse, sociale roller og relationer og former for kommunikation i interaktionen med behandlere og omgivelser. Materialet er indsamlet af Kjeld Høgsbro og Bent Rosenbaum i årene 1997 – 2010. Det empiriske materiale fra datasættet har primært været anvendt i de indledende og eksplorative faser af undersøgelsesprocessen og har dannet grundlag for undersøgelsens første afgrænsninger, valg og fravalg i forskningsprocessen.

Afgrænsningen af styringstiltag, der indgår i undersøgelsen, er foretaget i forbindelse med de kvalitative interviews jeg indsamlede på institutionerne. Det blev tidligt i forløbet klart for mig at der dels eksisterede en lang række af tiltag- og styringskoncepter på det politisk-administrative niveau, samt en ret uensartet praksis for kvalitets-, dokumentations- og 'behandlingsarbejdet' på de sociale og psykiatriske institutioner. Da ambitionen med undersøgelsen ikke har været en evaluering af bestemte tiltag eller praksisser, er udvælgelsen af de styringstiltag der indgår i undersøgelsen derfor foregået på baggrund af de ansattes, beboeres og patienters oplevelser, erfaringer og praksis i forbindelse med mine besøg på institutionerne.

De valgte cases, interviewsamples og afhandlingens metodologiske udfordringer fremlægges og diskuteres i afsnittet: "Præsentation af cases og interviewsample". På de følgende sider præsenteres dataindsamlingsprocessen, som i samspil med mit forudgående teoretiske og metateoretiske kendskab til felten i sig selv har givet anledning til nye vinkler og mindre korrektioner undervejs i dataindsamlingsprocessen.

## **Dataindsamlingsproces**

Med en ambition om at undersøge de epistemologiske transformationsprocesser i den styringsteknologiske konstruktion af sociale og psykiatriske problemer afholdt jeg tidligt i forskningsprocessen kvalitative telefoninterviews, samt telefonmøder med repræsentanter fra det politisk-administrative niveau i Psykiatri og Social enheden, og en større dansk regions kvalitetsafdeling. Disse enheder varetager driften og kvalitetsudviklingen af de hospitals/behandlingspsykiatriske indsatser for børn, unge og voksne med psykiatriske problemstillinger, samt de socialpsykiatriske ydelser rettet mod støtte til børn, unge og voksne med en sindslidelse med behov for længerevarende ophold netop på grund af betydeligt og varigt nedsat psykisk og social funktionsevne. I regionens kvalitetsafdeling bliver strategier og kvalitetsudvikling af de regionale tilbud inden for social- og sundhedsområdet understøttet og udviklet. Denne første indledende kontakt og interviews med regionens psykiatri- og socialenhed ledte til de første empiriske betragtninger vedrørende styringspolitiske problemdefinitioners betydningsfastlæggelse af de sociale og psykiatriske problemstillinger, samt disse problemsdefinitioners funktion som retningsanvisende reguleringsmekanisme for praksis og for kvalitetsarbejdet. På tidspunktet for telefoninterviewene havde kvalitetsafdelingen startet en proces der skulle understøtte det regionale socialpsykiatriske felts implementering af en række kvalitetstiltag med henblik på at facilitere de socialpsykiatriske institutioners kontinuerlige kvalitetsudvikling og praksis, samt understøtte det sammenhængende psykiatriske patientforløb på tværs af regionens sektorområder.

Især udfordringerne forbundet med udviklingen og implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel inden for socialområdet fyldte på interviewtidspunktet en del i afdelingen<sup>6</sup>. Det jeg især hæftede mig ved var hvorledes udfordringen forbundet med at implementere kvalitetskoncepter inden for det sociale område, og hermed ligeledes socialpsykiatrien, beskrives som værende ekstra udfordrende som følge af dette områdes særlige vilkår og

---

<sup>6</sup> Den Danske Kvalitetsmodel på det sociale område er et resultat af de senere års øgede fokus på kvalitet, dokumentation og kvalitetsudvikling i den offentlige sektor. Et af formålene med Den Danske Kvalitetsmodel på det sociale område er således at sikre en systematisk dokumentation, synlighed og gennemsigtighed i den sociale indsats til gavn for den enkelte, medarbejderne, de pårørende og offentligheden. Modellens hensigt er endvidere at skabe kontinuitet og sammenhænge i det sociale og behandlingsmæssige arbejde (Den Danske Kvalitets Model på det sociale område 2007).

traditioner. En problematik der allerede blev fremhævet i regionens psykiatriplan der udkom i 2008 (Psykiatriplan 2008-11), og således fortsat fremstod som en central udfordring på interviewtidspunktet. På det sociale område nævnes i modelskiten til Den Danske Kvalitetsmodel på det sociale område (2007) at:

Der er ikke tradition for at arbejde vidensbaseret på baggrund af forskningsmæssig viden på det sociale område. Den samfundsvidenskabelige forskning og metodeudvikling til at understøtte praksis på det sociale område er ikke særlig udbygget (DDKM-Social 2007:12).

I interviewene med AC-kvalitetsmedarbejdere i Kvalitetsafdelingen fremstod de senere år som turbulente som følge af en række nye tiltag og initiativer der havde medført at en stor del af tiden i kvalitetsafdelingen havde været afsat til reorganisering, omstruktureringer, nye opgaver der havde haft en (frustrerende) kort tidshorisont på maksimalt et års varighed og en eksplosiv vækst i kvalitetskoncepter og initiativer. Afdelingen fremstod på den ene side positivt indstillet over for muligheden for at videreføre erfaringer fra det kvalitetsarbejde der har pågået indenfor psykiatriområdet til et socialområde som er kendetegnet ved helt særlige vilkår og traditioner. På den anden side synes denne vidensdeling ikke optimal og måske slet ikke mulig at gennemføre af flere årsager. En væsentlig hindring for overførslen af erfaringer fra kvalitetsarbejdet i psykiatrien til socialområdet bunder i det der blev defineret som sektorlogikker, med rod i forskellige fagprofessionelle traditioner, værdier, kulturer og sprog. Som eksempel herpå nævnes hvordan arbejdet med at implementere en patientsikkerhedsdatabase inden for socialområdet, som den der eksisterer indenfor sundhedsvæsenet, havde mødt væsentlig modstand blandt socialarbejdere som følge af databasens lingvistiske ordsammensætning *patientdatabase*. Dette skitseres metaforisk i et interview med en ansat i Kvalitetsafdelingen, hvor den ansatte beskriver, hvorledes socialarbejdernes ører 'krøllede sig sammen' i mindst en time efter kvalitetsafdelingen ubetænksomt havde brugt ordet *patientdatabase*, og konturerne af de meget tydelige grænsedragninger og fagprofessionelle skel, der eksisterer mellem det sociale område og det hospitalspsykiatriske område, blev tegnet. Disse skel gjorde kvalitetsarbejdet og overførslen af ensartede principper fra den ene sektor til den anden meget vanskelig. Kvalitetsafdelingen var dog godt i gang med at implementere DDKM, både inden for hospitalspsykiatrien og inden for det sociale område.

Det sociale område er opdelt i en regional socialpsykiatri, der varetager specialiserede tilbud, og som efter afdelingens udsagn er nået langt med arbejdet med DDKM, og øvrige kommunale tilbud i form af opholdssteder og væresteder.

De indledende interviews bekræftede min antagelse om at der i forbindelse med overførslen af kvalitetstiltag fra sundhedsområdet til det sociale område eksisterer betydelige udfordringer. Men samtidig blev det også klart for mig at det synes at være mindst lige så uklart for de ansatte på det politisk – administrative niveau hvad grundindholdet af disse udfordringer bestod i, i hvilken form udfordringerne bestod, eller hvad de skulle stille op med disse. Den forventede vidensdeling mellem sundhedssektoren og socialområdet synes således på interviewtidspunktet at være løbet ind i væsentlige udfordringer der henledes til indsatsområdernes forskellige værdier, kulturer og sprog med udspring i sektorlogikker og forskellige fagprofessionelle traditioner. Interviewene tydeliggjorde imidlertid en anden og, for mig, væsentlig forskel på de kommunale og de regionale tilbud til sindslidendes kvalitetsarbejde, hvor de regionale specialiserede socialpsykiatriske tilbud fremstod som værende det område hvor man arbejdede målrettet med kvalitetsarbejdet og var nået længst med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel. Det fremkom i forlængelse heraf relevant at rette henvendelse til, og besøge, nogle af disse regionale specialiserede socialpsykiatriske institutioner efterfølgende, for hermed at undersøge hvilken viden, videnskabelighed, og definitioner af de sociale og psykiatriske problemstillinger de styringsteknologiske udviklingstendenser bringer ind i organisationerne – og i praksis. Det specialiserede socialområde i den undersøgte region drives af to centre for henholdsvis voksenområdet og området for børn, unge og specialrådgivning, og de valgte institutioner udgør en case i hver af de to enheder.

De valgte cases er:

- En institution inden for voksenområdet, hvis målgruppe defineres i ydelsesbeskrivelsen som; borgere med komplekse sindslidelser og en betydelig psykisk, social eller fysisk funktionsnedsættelse,
- Et pædagogisk og miljøterapeutisk døgntilbud til unge fra 14 til 23 år med psykiatriske lidelser, samt unge voksne (18-30 år) med spiseforstyrrelser.



Undersøgelsens institutionelle cases, dataindsamlingsprocessen og interviewsamplet vil blive præsenteret i næste afsnit. Det væsentlige er her indledningsvist at beskrive hvorledes det empiriske datamateriale fra de socialpsykiatriske institutioner og den psykiatriske afdeling udgør delelementer i den tilegnede viden om den styringsteknologiske kontekst. Indsamlingen af data i institutionerne har nemlig foregået i en kontinuerlig vekselvirkning mellem forskellige datakilder i form af orientering og kodninger i psykosedatasættet, og et diskursanalytisk, genealogisk review af historiske, politiske og forskningsbaserede dokumenter og beskrivelser af den styrings- og social- og sundhedspolitiske udvikling i forskning, viden, videnskabelighed og etablerede subjektiverings- og objektiveringsprocesser. Jeg etablerede hermed sideløbende et kendskab til feltet såvel som den historiske udvikling i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske behandlings- og rehabiliteringsarbejde. De Vaus skriver herom:

We do not have to have well-formulated theory to test. Our questions may be such that there are no obvious theories to test. But this does not release us from the need to be well read and well prepared theoretically before going into the field. Pasteur observed that, 'Where observation is concerned chance only favours the prepared mind' (quoted in Mitchell 1983:204). If we are unaware of relevant theories, concepts, debates and the like, we will probably miss the significance of much of what we might come across. Without having some idea of what we are looking for we will not know what we have found (De Vaus 2001:244).

I afhandlingen indgår således dels kvalitativ dataindsamling i de socialpsykiatriske institutioner og den Børne og Ungdomspsykiatriske afdeling, samt metateoretisk, teoretisk og diskursanalytisk viden om de historiske styringsteknologiske udviklingstendenser og sociale og teknologiske bevægelser. Undersøgelsen rummer således en generel eller abstrakt dimension, der, som Søren Kristiansen (2002:315) skriver, går ud over den specifikke empiriske datafangst. Der findes i forlængelse heraf en række mere eller mindre udviklede strategier eller tilgange, der hver især involverer en konkret fortolkning af forholdet mellem data og teori. Et væsentligt succeskriterium i denne undersøgelses kobling mellem teori og data er dels at resultater og konklusioner skrives ind i en større og veldefineret social sammenhæng (Kristiansen 2002:316). Det følgende afsnits præsentation af de valgte cases og interviewsample efterfølges derfor af et afsnit der omhandler hvordan koblingen mellem data og teori udfoldes i denne undersøgelse, eller formuleret anderledes; forholdet mellem de empiriske partikulariteter og det anvendte teoretiske grundlag og de begrebslige abstraktioner

og generaliseringer som udledes i undersøgelsen som et dybde- og overfladeperspektiv i socialt og psykiatrisk behandlings- og rehabiliteringsarbejde, der tager form som en generel eller abstrakt dimension med et begrebs- og teorigenererende sigte.

Jeg vil præsentere undersøgelsens interviewsample og metodologiske opbygning i forlængelse af dette afsnit, men først vil jeg afrunde og opsummere udbyttet af den indledende kontakt med kvalitetsafdelingen med at tilføje at disse kontakter, sammenholdt med min viden om området og teoretiske og metateoretiske antagelser, bidragede med en indledende forståelse for at jeg, på trods af det åbenlyse behov for at beskæftige sig med implementeringsproblematikker, løsningsmodeller eller forslag til hvordan Den Danske Kvalitetsmodel og lignende kvalitets- og styringsinitiativer kunne overføres til og implementeres i praksis, *ikke* ville formulere dette behov som mit primære forskningsfokus. Den væsentligste grund til denne afgrænsning var, at der kontinuerligt dukkede andre, og for mig at se, mere grundlæggende og ubesvarede spørgsmål op. Et af disse grundlæggende spørgsmål var spørgsmålet om hvilken viden, videnskabelighed og ontologi om mennesket tiltagene bringer ind i praksis. Som det tydeliggøres i de følgende afsnit er psykiatrisk og socialpsykiatrisk arbejdes praksis underlagt adskillige programmer og styringsmekanismer der trækker på forskellige former for viden i forsøg på at ændre, effektivisere, kvalitetssikre eller konkurrencesikre det psykiatriske arbejde og orientere indsatsen mod nye mål og nye tider. Selvom psykiatrisk og socialt arbejdes praksis har en materiel, institutionel, organisatorisk og praktisk forankring, så befinder det sociale arbejde sig inden for ”tænkningens domæne”, hvor handlings-, tæknings- og adfærdskorrigerende programmer, som Greve beskriver, er et vilkår (Greve 2007). Den række af forskellige teknikker, teknologier eller måder hvorpå styring eller regulering kan foregå, der er blevet præsenteret de senere år, synes enorm. I forbindelse med den indledende kontakt med kvalitetsafdelingen blev jeg kontinuerligt konfronteret med omfanget af disse styringsværktøjer, der alle beskrives som havende en ’frustrerende’ kort tidshorisont. Det der især gik igen var spørgsmålet om hvad de ansatte skulle GØRE med værktøjerne – frem for hvad værktøjerne GØR ved de ansatte, brugerne og indsatserne i de respektive organisationer. Der blev i meget begrænset udstrækning diskuteret hvilket ’blik’ eller ’perspektiv’ på borgeren og ’problemet’ værktøjet medfører? Hvilke behandlingsmetoder og håndteringsstrategier fremkommer logiske og selvfølgelige og hvilke former for viden og erkendelse får en mere perifer

placering i denne proces? Jeg valgte derfor tidligt i forløbet at forlade det tilsyneladende overvældende og forståelige behov for at finde ud af hvad man skal GØRE med disse styringsværktøjer og hvordan de implementeres på bedst mulig vis, til et fokus på værktøjet i sig selv – Hvilken viden er værktøjet baseret på?, og hvordan har denne videnskabelige erkendelse en bredere samfundsmæssig betydning? Og kan man slå en skrue i med en hammer, eller kræver valget af værktøj et kendskab til det problem det skal anvendes til? Og hvilket kendskab, forståelse og konstruktion af 'problemet' som de respektive organisationer forventes at 'løse', eksisterer på politisk, organisatorisk-, fagligt- og brugerniveau? Eller med andre ord: Hvilket 'problem' er værktøjet 'løsningen' på, og hvilke håndteringsstrategier er dermed selvfølgelige og mulige?

Som Heidegger bemærker (1999) så opstår risikoen for at verden betragtes som bestående af søm når man står med en hammer i hånden. Dette gør sig i høj grad gældende i forbindelse med valg af analytisk tilgang i forskningen, hvor valget af metateoretisk, metodisk eller teoretisk optik medfører et bestemt perspektiv på den verden vi betragter og efterfølgende hvilke resultater vi fremkommer med. Inden for forskningen forpligter denne viden forskeren til kritisk selvrefleksion over perspektivets begrænsninger og muligheder. Lige så selvfølgelig som denne refleksion er inden for videnskaben, lige så fremmed synes dette at være i kvalitetsarbejdet, hvor en nytteetik af flere grunde synes at dominere NPM reformerne og dermed også størstedelen af de styringsværktøjer der søges implementeret (Kragh Jespersen 2005, Greve 2007:27). Jeg valgte derfor at rette fokus mod hvorvidt den videnskabelige erkendelses natur i de styringsteknologiske løsninger er baseret på et bestemt 'blik' på den sociale og psykiatriske virkelighed. Er de bundet til en bestemt forståelse af problemerne, bestemte vidensformer, samfunds- og menneskesyn og behandlingsmetoder/

håndteringsstrategier? Og hvilken viden udgrænses dermed? Fremstilles samfundsproblemer og sociale og psykiatriske problemer på en sådan måde at det fra politisk side er muligt at gøre noget ved dem? Eller formuleret anderledes: *Hvilke epistemologiske transformationsprocesser kan identificeres i den styringsteknologiske konstruktion af sociale og psykiatriske problemer?* Og i forlængelse heraf: I hvor høj grad får denne problemkonstruktion betydning for hvilke løsninger og håndteringsstrategier der betragtes som mulige at anvende, funderet i bestemte videnskabelige procedurer for produktion af sandhed?

Gennem metateoretiske refleksioner omkring forholdet mellem en styringsmæssig påvirkning af vidensformer i det psykiatriske felt samt de omkostninger der kan være forbundet med at udgrænse nogle former for viden til fordel for andre vidensformer, er fokus for undersøgelsen derfor det psykiatriske- og sociale arbejdes videnskabelige begrundelse og samfundsmæssige funktion, hvor videnskabsteoretiske refleksioner er centrale for at etablere et refleksions-rum for den sociale og psykiatriske indsats og forsknings fremadrettede udvikling. Det analytiske blik i den følgende dataindsamling blev dermed rettet mod spørgsmålet om hvorvidt der til grund for de aktuelle styringstendenser eksisterer en bestemt iagttagelse, et bestemt 'blik' og en bestemt ontologi om mennesket og det sociale eller psykiatriske problem, som skal løses. Én ting er således at etablere et refleksionsrum med henblik på optimering af eksisterende arbejdsgange og praksis. Noget andet er at undersøge og reflektere over rækkevidden, meningsfuldheden og anvendeligheden af det institutionelle internaliserede vidensgrundlag der etableres som en styringsteknologisk diskurs. Fokus er hermed på måden hvorpå viden, videnskab og ideer og begreber om 'virkeligheden' i det sociale og psykiatriske arbejde gennemgår forandringer der kan relateres til den eksisterende styringsudvikling og styringsbehov. Viden anses hermed ikke blot som en neutral ressource, der kan implementeres og optimeres i praksis gennem bestemte styringsteknologiske løsninger og kvalitetstiltag, men som en ressource der implicerer en bestemt forståelse for de sociale- og psykiatriske problemer, indeholder en bestemt ontologi om mennesket, og skaber bestemte vilkår for begrebsdannelse og praksis, som er værd at undersøge og sætte spørgsmålstejn ved.

### **Præsentation af cases og interviewsample**

Grundet problemstillingens kompleksitet og forskellige analyseniveauer har jeg valgt et mindre antal institutioner, og jeg endte således med at vælge to socialpsykiatriske institutioner, hvor jeg undersøger delelementer i de overordnede styringsteknologiske udviklingstendenser. De to udvalgte institutioner er således ikke udvalgt på baggrund af deres repræsentativitet, men på baggrund af deres status som valide og udfordrende cases, der kan belyse afhandlingens problemstilling, samt nuancere, udfordre og udvikle afhandlingens teoretiske og metateoretiske grundlag. Det specialiserede socialområde i den valgte region drives af to centre for henholdsvis voksenområdet og området for børn, unge og specialrådgivning, og de to valgte institutioner udgør en case i hver af de to enheder.

## **Institution 1**

Målgruppen hos den ene specialiserede socialpsykiatriske institution inden for voksenområdet var borgere med komplekse sindslidelser, som i ydelsesbeskrivelsen er defineret som borgere med en betydelig psykisk, social eller fysisk funktionsnedsættelse. Disse er borgere der ikke kan bo i egen bolig som følge af:

- skizofreni eller anden svær psykisk sygdom (f.eks. affektive lidelser) –
- personlighedsforstyrrelse, der i betydelig grad har indflydelse på den enkeltes funktionsniveau –
- dobbeltdiagnose, f.eks. psykisk lidelse kombineret med senhjerneskode, udviklingsforstyrrelse, somatisk lidelse eller misbrug –
- symptomer og adfærd svarende til en psykisk lidelse, eller behov for udredning og afklaring i forhold til fremadrettet psykosocial indsats (Ydelsesbeskrivelse).

I ydelsesbeskrivelsen beskrives institutionens ydelser som:

Psykosocial rehabilitering, som har til formål, at den enkelte kan bevare og udvikle sin psykiske, fysiske og sociale funktions- og mestringsevne. Indsatsens omfang gradueres ud fra graden af den enkeltes funktionsnedsættelse (Ydelsesbeskrivelse).

Den organisatoriske og faglige tilgang/metode, som de senere år er udviklet på institutionen, bliver defineret som psykosocial rehabilitering, hvor der lægges vægt på en specialiseret og vidensbaseret faglighed.

Det socialpsykiatriske botilbud har 32 døgnpladser med 6 medarbejdere i dagtimerne og 6 medarbejdere i aftentimerne, samt to vågne nattevagter.

### ***Interviewsample institution 1***

Ved besøgene på stedet foretog jeg interviews med repræsentanter fra forskellige organisatoriske lag i institutionen, samt brugere. Informanterne fra denne institution udgøres af

- Afdelingsleder bostøtten
- Social- og sundhedsassistent ansat i bostøtten
- Socialrådgiver
- Planansvarlig medarbejder
- Ledelsesansvarlig medarbejder
- To beboere

### ***Dataindsamlingsmetode Institution 1***

Interviewene tog form som et fokusgruppinterview med de fem ovennævnte informanter, samt tre individuelle opfølgende interviews. De individuelle interviews såvel som fokusgruppinterviewet har forskellige styrker og svagheder i forhold til kvaliteten og indholdet af datamaterialet. Den overvejende fordel ved fokusgruppinterviewene viste sig som en bredde i materialet, der muliggjorde at uforudsete ytringer og praksisser kom frem i interaktionen mellem deltagerne. Interaktionen i gruppediskussionen blev således en væsentlig kilde til data, bl.a. i informanternes indbyrdes tale med hinanden og kommentarer på hinandens erfaringer og meninger. Det der især blev drøftet var institutionens specialiserede vidensgrundlag, visitationen til indsatserne på baggrund af diagnoser, de øgede dokumentationskrav, institutionens nye rolle i en markedsorienteret struktur samt samarbejdet med den hospitalspsykiatriske indsats. Det var i forlængelse heraf interessant at observere hvorledes informanterne betragtede visse 'favoriserede emner' som en mulighed for at fortælle om oplevelser i deres hverdag. Fokusgruppinterviewet gav således mulighed for at udforske praksisser og meninger der emergerede om de angivne tematikker, og gav samtidig indsigt i gruppens fortolkninger i en relativt begrænset tidsperiode. Samtidig gav fokusgruppinterviewet, der strakte sig over næsten 3 timer, et indblik i hvorledes ledelsen på institution 1 medierede, med visse undtagelser, mellem forvaltning og de udførende led, som 'oversættere' af redskaber, måleinstrumenter og styringstiltag. Tendenser og forskydninger i de aktuelle diskursformationer og forskellige diskursers betydningsfastlæggelse af det sociale-

og psykiatriske genstandsfelts *ontologi* fremkom på ledelsesniveau som krav 'ovenfra' der sorteres, vurderes og tilpasses på dette niveau, hvor kun nogle dele af disse krav blev overført til 'de udførende led'. Den planansvarlige på institution 1 udtaler i den forbindelse:

”Det er spændende hvad der kommer ovenfra og influerer på vores arbejde - Hvis man kan se sammenhængen, og kan se hvilken overordnet sammenhæng indsatserne indgår i, så kan man også bedre komme med en forklaring over for de medarbejdere der er her - eller så synes jeg også vi prøver at virke som et filter - hvor meget er det som skal videre ned i organisationen – vi fungerer som et filter for hvor meget viden de får ned - så de mærker ikke den der store frustration, det er mere afmålt.” (Ansats socialpsykiatrisk institution 1)

Ledelsens italesættelse af de styringsteknologiske udviklingstendenser på institution 1 kom således til syne for mig som et krydspres mellem fagprofessionel viden og forvaltning, hvor der fremkom dilemmaer og modsigelser i kampen om definitionerne på den gode socialpsykiatriske indsats og behandling. Jeg fik samtidig en opfattelse af at frontmedarbejderne i de udførende led på institution 1 indtog en medierende funktion mellem ledelsen og brugerne, hvor politikker, dokumentations- og målingsredskaber og retningslinier 'oversættes' og udspilles i dagligdagen. Dette fik mig til at reflektere over i hvilken grad frontmedarbejderne organisatorisk set befinder sig i en marginal position, hvor definitionsmagten er svag. På dette niveau blev der, i højere grad, givet udtryk for en kritisk holdning til den styringsteknologiske diskurs problemdefinitioner. Denne indsigt gav anledning til korrektioner i interviewsamplet på den næste institution 2, hvilket vil blive beskrevet i det følgende. Foruden interviews med personalet deltog to beboere fra hver institution i senere opfølgende interviews. Beboernes kontaktpersoner på begge institutioner deltog ligeledes i undersøgelsen og blev interviewet separat. Dette gav nogle interessante vinkler, hvor samme problemstilling blev belyst fra flere vinkler og på forskellige organisatoriske lag.

## **Institution 2**

Institution 2 er et pædagogisk og miljøterapeutisk døgntilbud til unge fra 14 til 23 år med psykiatriske lidelser og det der, i ydelsesbeskrivelsen, defineres som organisk betingede vanskeligheder. Institutionen varetager samtidig behandlingen af unge voksne (18-30 år) med

spiseforstyrrelser. Tilbuddet er beskrevet som et højt specialiseret bo- og døgnbehandlingstilbud, hvis sigte er at:

støtte og hjælpe de unge med at skabe sig et bedre liv, så de bliver i stand til at leve et liv så nær det normale som muligt. - Hele tiden med respekt for deres individuelle særegenhed. Det gør vi ved at give de unge mulighed for at udvikle egne færdigheder, øge deres sociale og personlige kompetencer og evner til at indgå i relationer med andre mennesker (Institutionens hjemmeside).

## **Målgrupper**

Institutionens målgrupper blev mere specifikt beskrevet som

- Unge med skizofreni og andre psykotiske lidelser
- Unge med personlighedsforstyrrelser (f.eks. borderline og spiseforstyrrelser)
- Unge med opmærksomhedsforstyrrelser (f.eks. ADHD)
- Unge med kontaktvanskeligheder (f.eks. Aspergers syndrom)
- Afdelinger til særligt udsatte unge
- Unge voksne (18-30 år) med spiseforstyrrelser

En stor del af de unge har forud for opholdet på institutionen haft tilknytning til børne- og ungdomspsykiatriske hospitaler i form af indlæggelse eller ambulante udredning, og det fremgår af institutionens ydelsesbeskrivelse at det tilstræbes at ekspertisen fra hospitalet videreføres på den socialpsykiatriske institution 2 gennem et tæt samarbejde, som blandt andet varetages af speciallæger i psykiatri, samt gennem et tæt samarbejde med det Børne- og Ungdomspsykiatriske Center i regionen.



## ***Interviewsample institution 2***

Mens fokusgruppeinterviewet på institution 1 har udgjort den primære dataindsamlingsmetode, og størstedelen af respondenterne i fokusgruppen er repræsentanter fra institutionens ledelsesniveau, foretog jeg visse korrektioner i dataindsamlingen i forbindelse med mit besøg på institution 2. Jeg valgte her at lægge mere vægt på frontmedarbejdernes oplevelser og erfaringer, og sammensatte en fokusgruppe udelukkende bestående af ansatte i de udførende led med daglig erfaring fra mødet og interaktionen med beboerne og deres problemstillinger. I empiriindsamlingen har jeg således løbende taget højde for forskelle i perspektiver på forskellige organisatoriske niveauer, og jeg har løbende i feltarbejdet anvendt denne forskel aktivt ud fra en betragtning om at data *delvist* er produceret i den sociale sammenhæng som gruppen udgør. Foruden enkelte interviews med ledelsen på stedet, blev gruppesammensætningen i fokusgruppeinterviewene på institution 2 sammensat af personale i de 'udførende led'. Jeg lagde mig ikke, ved feltarbejdets begyndelse, fast på hvilke tiltag, organisatoriske løsninger, reorganiseringer, strukturelle omlægninger, økonomiske prioriteringer og strategier der var mest væsentlige i forhold til det socialpsykiatriske arbejdes praksis og eventuelle transformationsprocesser i forhold til problemdefinitioner, vidensformer, behandlingsmetoder og håndteringsstrategier. Et blik for de *uventede* diskurser og praksisforestillinger, erfaringer, oplevelser og praksisformer, blev i den forbindelse central. Jeg var således opmærksom på den overordnede internalisering af bestemte styringsrationaliteter hos beboere og ansatte. Jeg noterede mig disse tendenser når jeg mødte dem, men det interessante blev for mig hvorvidt "kortet", forstået som den epistemologiske og styringsteknologiske transformation i problemdefinitioner og antagelser om mennesket, og det sociale og psykiatriske problem, som konstrueres i den styringsteknologiske diskurs, stemte overens med 'terrænet' som det kom til udtryk i brugere, beboere og ansattes oplevelser af 'problemets' ontologi i det levede liv, i de institutionelle sammenhænge og i det konkrete møde med Den Anden. Jeg fastholdte derfor en semistrukeret karakter i interviewsituationen på institution 2, hvor der var plads til og mulighed for at lade samtalerne tage nogle uventede drejninger, der synliggjorde uventede lokale praksisformer og strategier. Det strukturerende fokus i interviewene på tværs af institutionelle kontekster har dermed været et fokus på de vidensformer, håndteringsstrategier, problemdefinitioner og problemhorisonter der udvikles og afvikles i en kontingent proces i praksis, i tæt sammenhæng med bestemte samfundsmæssige, organisatoriske og

styringsmæssige problemdefinitioner og løsninger. På Institution 2 foretog jeg ligeledes opfølgende interviews med beboere og disses kontaktpersoner.

### **Institution 3**

Som sidste institution besøgte jeg over flere omgange en Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling i regionen.

Afdelingen er et alment børnepsykiatrisk afsnit bestående af et ambulatorium og et døgnafsnit for skolebørn i alderen 7 – 13 år med børnepsykiatrisk lidelse. Målgruppen beskrives som børn med depression, psykotiske reaktioner, svære tilfælde af angst og spiseforstyrrelse, samt børn med udviklingsforstyrrelser både af gennemgribende karakter (infantil autisme, Aspergers syndrom) og specifik karakter (opmærksomhedsforstyrrelser m.m.).

I første omgang var besøget på denne afdeling udsprunget af en interesse for hvorledes de senere års erfaring fra rækken af styringsmekanismer, kvalitetsmodeller og dokumentationskrav, der er blevet implementeret i hospitalspsykiatrien, overføres til den regionale socialpsykiatri og videre til de kommunale sociale tilbud til mennesker med sindslidelse. Denne overførsel af principper og problemdefinitioner har til hensigt at sikre faglig udvikling og kvalitetssikring af de socialpsykiatriske institutioner, og forventes samtidig at fungere som 'samlende bindeled' der kan hindre fragmentering i en decentraliseret organisatorisk struktur hvor det øgede behov for sammenhæng og integration af indsatsers såvel som vidensformer i den almenpsykiatriske tænkning fremstår som en central udfordring (Psykiatriplan 2008;2011).

I praksis har en sådan overførsel, som beskrevet i det ovenstående, mødt en række udfordringer, og der ses i den forbindelse i praksis en frasortering af ledelses- og styringsredskaber der synes 'ude af trit' med den sociale virkelighed og praksis som det opleves af de ansatte i de socialpsykiatriske institutioner. På trods af denne 'oversættelse' eller 'dekobling' af visse tiltag i praksis, som vil blive præsenteret i det følgende, og på trods af grundlæggende forskelle mellem området 'socialpsykiatri', det medicinske fag 'psykiatri', samt en socialpsykiatrisk selvforståelse der distancerer sig fra den almenpsykiatriske tænkning og behandling, stod det alligevel klart at socialpsykiatriens styringsmæssige og praktiske karakter på flere måder er influeret af den kliniske psykiatris nuværende position

både hvad angår menneskesyn, midler, mål, erkendelsesinteresser, vidensformer og behandlingsmetoder. En udvidelse af dataindsamlingen med besøg og interviews på en af regionens børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger viste sig således at være betydelig for min erkendelse og analytiske resultater.

### ***Interviewsample institution 3***

Interviewpersoner: Teamet er tværfagligt og interviewene tog form dels som fokusgruppintervjuer med teamets socialrådgivere, samt individuelle interviews med teamets afdelingssygeplejersker og den ledende psykiatriske speciallæge.

## **Det analytiske blik og forholdet mellem teori og data i afhandlingens dele**

Jeg har i den kvalitative analyse af de valgte cases anvendt flere forskellige metoder og metateoretiske positioner på baggrund af det man kunne kalde en reflektiv eller kritisk metodepluralistisk tilgang. Datamaterialet fungerer således eksemplificerende i afhandlingens del 1, hvor der lægges vægt på hvorledes diskursive formationer konstituerer objekter på måder hvor det sociale subjekt ikke anses som en enhed uden for og uafhængig af diskursen, som Foucault skriver:

If, in a particular period in the history of our society, the delinquent was psychologized and pathologized, if criminal behavior could give rise to a whole series of objects of knowledge (homicide (and suicide), crimes passionels, sexual offences, certain forms of theft, vagrancy), this was because a group of particular relations was adopted for use in psychiatric discourse (Foucault 1972:43-4)

Med andre ord tillægger Foucault diskursen stor betydning i forhold til konstitueringen af subjekter, hvilket får Fairclough (1992) til at konkludere at:

Foucault's insistence upon the subject as an effect of discursive formations has a heavily structuralist flavour which excludes active social agency in any meaningful sense (Fairclough 1992:45).

Brugere, beboere og patienter såvel som de ansatte på de respektive socialpsykiatriske institutioner og hospitalspsykiatriske afsnit, som har stillet deres viden, erfaringer og oplevelser til rådighed for denne undersøgelse, vil i et governmentalityperspektiv og inden for

Foucaults begrebsramme i afhandlingens første del blive betragtet som konstitueret af de tilgængelige objekt- og subjektpositioner i de eksisterende diskursformationer. Foucaults analyser er således på den ene side et positivt bidrag til en forståelse af subjektet som konstitueret, reproduceret og transformeret og dermed decentreret og fragmenteret, og udgør på den anden side en begrænsning i forhold til at anvende de semistrukturerede kvalitative interviews fra en kompleks social og psykiatrisk praksis i den sammenhæng som afhandlingen lægger op til i analysens del 2. Samtalerne med de ansatte og brugerne antog ofte en retning hvor et begreb om diskursiv praksis som en forståelse for de komplekse og kontingente regler (Foucault 1972:117), der konstituerer den diskursive formation, var yderst relevant, men ligeledes ikke altid var tilstrækkelig, da et sådant blik rummer en risiko for at reducere den oplevede praksis-pluralisme til det modsatte, nemlig til de styringsteknologiske diskurser og regler der opstiller mulighedsbetingelserne for de eksisterende teknikker og teknologier. Selvom den styringsteknologiske diskurs i visse dele af datamaterialet fremtræder som værende produktiv i den forstand at den har effekter i virkeligheden i form af bestemte objektiviserings- og subjektiviseringsprocesser, der opererer determinerende på mikroplanet, har jeg med en langt mindre detaljeringsgrad end traditionelle governmentalitystudier udforsket dette forhold. Fokus har således i lige så høj grad været på eksklusionen af visse former for viden i denne proces, gennem et analytisk nedslag i et diskursivt eller paradigmatisk brud i den politiske styring, forskning, viden og praksis, der ligger *forud* for den nutidige praksis, og som samtidig etablerer forbindelseslinjer til den eksisterende sociale og psykiatriske praksis. Foucaults forståelse af diskurser anvendes således som et iagttagelsesredskab af undertrykt viden, og det væsentlige i denne sammenhæng er at der etableres en analytisk distinktion der tydeliggør forskellen på de diskurser, der indgår i den styringsteknologiske udvikling inden for psykiatrien, samt de diskurser der ekskluderes i denne udvikling, eller som får en mere perifer placering, men som måske stadigvæk eksisterer i praksis. I denne sammenhæng er et blik for de uventede diskurser og praksisforestillinger, erfaringer, oplevelser og praksisformer der eksisterer i praksis centrale.

I forbindelse med dataindsamlingen var jeg således opmærksom på den overordnede internalisering af bestemte styringsrationaliteter hos beboere og ansatte. Som beskrevet i det foregående noterede jeg mig disse tendenser når jeg mødte dem, men det interessante blev for mig hvorvidt den ontologi om mennesket og det sociale og psykiatriske problem som konstrueres i den styringsteknologiske diskurs stemte overens med 'terrænet' som det kom til

udtryk i brugeres, beboeres og ansattes oplevelser af 'problemets' ontologi i det levede liv, i de institutionelle sammenhænge og i det konkrete møde med Den Anden. Analytisk kom den marginaliserede viden og eventuelle videnshuller, såvel som de overraskende og uventede lokale praksisformer, således til at udgøre et væsentligt og interessant fokus i dataindsamlingen og analysen. I det sociale og psykiatriske arbejde fremkom således referencer til bestemte praksisformer, problemforståelser og forklaringer, som ikke kunne begrebsliggøres inden for rammerne af den styringsteknologiske diskurs, og behovet for videre forskning og teoriudvikling inden for området, der kunne begrebsliggøre dette videnshul og kvalificere praksis fremadrettet, fremkom.

Med et blik for opløsningen af den historiske kontinuitets forestillinger, brud og sandhedsregimer i afhandlingens del 1, skitserer jeg således et bestemt paradigmatisk bruds forbindelseslinjer til den aktuelle danske politik og de nutidige sociale og psykiatriske problemdefinitioner. Hermed tydeliggøres hvorledes viden refererer til forskellige ontologiske forståelser og betragtninger, samt hvorledes de forskellige vidensformers ontologi påvirker de diskursive mulighedsbetingelser og de videnskabelige og praktiske erkendelsesmuligheder, eller sagt på en anden måde; påvirker hvad der udelukkes, samt hvad der regnes for signifikant eller relevant viden i nutiden. Det gælder dels i den samfundsmæssige- og social- og sundhedspolitiske udvikling og forskning, såvel som i udviklingen i sociale og teknologiske bevægelser, der gennem konkrete praksisser etablerer en relation mellem videnskabelige kategorier og eksisterende praksisser i det sociale og psykiatriske arbejde. Samtidig anser jeg det som nødvendigt at anvende forståelsen for visse former for tale, iagttagelse og begrebers funktion i nutiden til at reflektere over forholdet mellem diskurs og praksis og dermed over hvorledes viden ikke udelukkende transformeres, emergerer, forandres og stabiliseres som en styringsteknologisk diskurs, men ligeledes på mikroplanet, hvor muligheder for at handle, tænke og artikulere anderledes er til stede. Hermed udfordres den homogenitet som etableres i den danske sundheds- og socialpolitiske, såvel som velfærdsstatslige styringsteknologiske udvikling.

Som Fairclough skriver:

Foucault's neglect of practice and of detailed mechanisms of change goes along with a neglect of struggle, other than modes of 'resistance' which are assumed not to have the capacity fundamentally to transform structures (Fairclough 1992:59).

eller som beskrevet af Taylor:

The absence of a focus upon practice and struggle can help to explain why Foucault's analysis comes across as 'terribly one-sided' in other respects (Taylor 1986:81).

Selvom jeg forholder mig kritisk til rækkevidden af Foucaults og governmentalitystudiernes vidensproduktion, anser jeg ikke Foucaults analyser som 'terribly one-sided', som Taylor beskriver i det ovenstående. Tværtimod rummer ethvert perspektiv egenskaber der kan afdække den del af virkeligheden som perspektivet er rettet mod, og der vil altid være grænser for ethvert perspektivs vidensproduktion. Samtidig anser jeg alle forskningstyper som havende deres egen berettigelse, og mener at de bør vurderes på egne præmisser. En sådan forståelse af virkeligheden og behov for kritisk, eller reflektiv, metodepluralisme beskrives af kritiske realister:

Critical realism provides a position from which the contributions of differing perspectives can all be acknowledged but at the same time recognized as providing only a partial explanation of the object of study constrained by their individual context and methods (Middleton 2007:41).

Anvendelsen af flere perspektiver i en samlet metodologi er således en nødvendig udfordring der gør det muligt at opnå det jeg vil betegne som et fyldestgørende eller dækkende billede af den skitserede problemstilling på forskellige analyseniveauer.

Jeg søger således ikke efter regelmæssigheder i praksis der kan bekræfte den styringsteknologiske diskurs' produktive, determinerende karakter, men anlægger et blik på det empiriske materiale i afhandlingens del 2 hvor:

- Virkeligheden (praksis) ikke kan reduceres til implementeringen af styringsteknologiske løsninger, interventionsformer eller retningsanvisende kategoriseringsprocesser.  
De styringsteknologiske diskurser *determinerer* ikke andre former for handling, men en given diskurs *legitimerer* bestemte handlemåder og marginaliserer andre former for handling og er rammesættende for de etablerede vilkår for begrebsdannelse og praksis.
- Virkeligheden (praksis) rummer selvstændige emergente egenskaber.

Der anlægges derfor et blik på det empiriske materiale i afhandlingens anden del, hvor der tages højde for nye observationer og praksisformer;

If new observations become difficult to reconcile with standing hegemonic beliefs, then those initial assumptions are usually abandoned. Thus scientific epistemology allows for large scale reorganization of ontological assumptions, or what Kuhn called “paradigm shifts”(Patil og Giordano 2010:2).

Psychiatry would need to admit its lack of reflexive capacity to understand its own theory and practice, as contentious socio-political phenomena. This would mean re-engagement with debates about the role of psychiatry in society and the profession’s reified diagnostic categories. In this respect the newer “critical psychiatrists”, who have not been ready recruits to the traditional cause of social psychiatry, are likely to play a central role (Pilgrim and Rogers 2005:319).

Det empiriske datamateriale vil således på flere måder udfordre dels den styringsteknologiske diskurs’ ontologiske model, og dels rækkevidden af den del af de diskursanalytiske governmentalitytilgange der anser styringsteknologiske diskurser som konstitutive, eller produktive, hvor diskursen producerer, transformerer og reproducerer objekter for viden, intervention og styring og etablerer mulighedsbetingelserne for agenternes subjektpositioner (Foucault 1972: 43-44).

# Kritisk metodepluralisme og metodologiske udfordringer

---

Som beskrevet i det foregående er anvendelsen af flere perspektiver i en samlet metodologi således en nødvendig udfordring, der gør det muligt at opnå det jeg vil betegne som et fyldestgørende eller dækkende billede af den skitserede problemstilling på forskellige analyseniveauer. Der tages hermed løbende højde for begrænsningerne ved de valgte tilgange, og rækkevidden af hver tilgangs vidensproduktion diskuteres og suppleres kontinuerligt med nye tilgange der kan kompensere for eventuelle mangler ved det valgte perspektiv. Dette skal ikke forstås som en 'anything goes' tilgang, men som en nødvendig åbenhed over for mulighederne og fordelene ved at kombinere forskellige perspektiver i et samlet design for hermed at begribe virkelighedens kompleksitet på en måde hvor et blik for det afvigende og overraskende forfølges, fastholdes og udvikles. Som Launsø, Olsen og Rieper skriver, så:

vil det, at forstå, og arbejde konstruktivt, med sammenhænge mellem paradigmer, forskningstyper og –metoder modvirke, at forskningen stivner i blindgyder, hvor bestemte metoder bliver ophøjet til absolutte gyldne standarder, og metoder bliver den afgørende målestok for forskningens kvalitet: midlet må ikke blive målet (Launsø, Olsen og Rieper 2011:9).

Den grundlæggende metodologiske opbygning i undersøgelsen tager udgangspunkt i det forhold at det er genstandsfeltet og ens forskningsinteresse der er bestemmende for valget af forskningsmetode, samt hvilken viden der meningsfuldt kan frembringes ved hjælp af forskellige metoder. Jeg tager hermed afstand fra en antagelse om at der eksisterer metateoretisk inkompatible positioner og perspektiver i forskningen. Det handler således ikke om et enten-eller perspektiv, men om en erkendelse af at forskellige perspektiver udelukkende vil være modstridende såfremt de er rettet mod samme videnskabelige domæne og samme strata i forhold til det objekt der studeres. Dette gør sig imidlertid sjældent gældende i forskningen, hvor forskellige perspektiver kan bidrage med viden om forskellige dele af den virkelighed der studeres.



Governmentality-perspektivets epistemologi og ontologi muliggør i den forbindelse visse indsigter, forståelser og betragtninger, og mere væsentligt: udelukker andre. Især denne sidste del er væsentlig; da rækkevidden af den vidensproduktion et governmentality-perspektiv kan facilitere i sig selv ekskluderer og umuliggør visse perspektiver og indsigter i den problemhorisont styringen operer inden for i de psykiatriske og sociale organisationer. At betragte udviklingen som en styringsteknologisk udvikling, en ”governmental ledelsespraksis i en avanceret liberalistisk samfundsstruktur”, vil således på flere måder tydeliggøre *hvordan* styring, magt og viden er forbundet på nye måder i vores samtid, hvorledes subjektiverings- og objektiveringsprocesser etableres, hvorledes der til enhver diskurs er knyttet eksklusionsprocedurer, som ikke blot udelukker temaer, argumenter og talepositioner fra diskursen, men også producerer afvigere, stempler grupper af mennesker som syge, unormale eller ufornuftige og etablerer løsningsmodeller og håndteringsstrategier, samt hvorledes visse problemforståelser og problemdefinitioner, og dermed en bestemt ontologi om mennesket, opretholdes eller udelukkes i denne proces. Analyserne vil således tydeliggøre dette ’noget’ der ekskluderes fra den dominerende problemhorisont indlejret i den aktuelle styringsdiskurs. Dette ’noget’ kan indledningsvis bedst beskrives som en kompleks forståelse for - og forklaring af, sociale problemers og psykiske lidelsers *ontologi*, og dermed samtidig deres ’løsning’ i det senmoderne samfund. Som Thomas Brante formulerer det:

Teori- och dataarbete är således styrda av den grundläggande ontologiska modellen. Den kanske mest intressanta effekten av en ontologisk modell är att den styr vad som **utesluts**; vad som inte räknas som signifikanta fakta och vilka teorier som inte anses relevanta eller tillämpbara. Som Thomas Kuhn (1970:24) skriver: Vetenskapen.... Tvingar in naturen i den redan utformade, relativt stela låda paradigmet utgör. Det är inte en del av normalvetenskapens mål att framställa nya typer av fenomen; ja, de som inte passar in i lådan ser man ofta helt enkelt inte (Brante 2006:75).

## **Afhandlingens teoretiske og metateoretiske positioner**

Samtidig placerer Foucault og forskellige varianter af governmentalityanalysen sig i forskellige varianter af konstruktivistiske og moderat konstruktionistiske positioner. Et fælles kritikpunkt for disse tilgange er at de i større eller mindre grad ekskluderer en ontologisk indsigt i det genstandsfelt de analyserer. Tilgangene tilbyder et analytisk greb der synliggør sociale praksissers diskursive mulighedsbetingelser *’på overfladen’*, og ikke de biologiske,

psykologiske, kulturelle, kommunikative, økonomiske eller samfundsmæssige mekanismer som netop i et komplekst samspil *forårsager* at diskursen opstår og eksisterer i netop den form som den gør. Tilgangene tilbyder ligeledes ikke en dybere forståelse for det objekt styringen rettes mod, og kan derfor ikke bidrage med viden om hvorfor sociale problemer eller psykiatriske lidelser opstår og eksisterer som andet end et produkt af eksklusionsprocedurer, der udelukker temaer, argumenter og talepositioner i den sociale praksis. Eller formuleret på en anden måde; så udelukker tilgangene en bredere indsigt i psykiske sygdommes *ontologi*, hvor et resultat heraf er at disse analyser ikke videnskabssteoretisk etablerer et alternativ til de sociale og teknologiske bevægelser som de analyserer og muligheden for konstruktiv fremadrettet kritik, der søger at udvide eller udvikle psykiatriens og socialpsykiatriens erkendelses- og udviklingsmuligheder, er begrænset. Jeg vil derfor lægge stor vægt på at diskutere governmentalitystudiernes og de relaterede diskursanalytiske tilganges fordele, begrænsninger og udfordringer, især det analysestrategiske valg mellem realistiske og konstruktionistiske tilgange i socialforskningen, for dermed at diskutere rækkevidden af positionernes vidensproduktion samt mulighederne for at udvide erkendelsesgrundlaget i den sociale og psykiatriske forskning, men også væsentligt i denne sammenhæng; i praksis. Mens afhandlingens teoretiske udgangspunkt delvist vil være inspireret af den poststrukturalistiske optik som Foucault, Dean og Rose repræsenterer dels i de genealogiske tilgange og dels i nyere varianter af governmentality-perspektivet, finder jeg det således væsentligt at anvende reflektionen over disse perspektivers fordele, udfordringer og begrænsninger aktivt til at skærpe mulighederne for at inkludere en bredere vifte af undersøgelsesmetoder og tilgange, der hverken afviser begreber som diskurs, mening, fortolkning og kultur, *eller* objektive strukturer, kausalitet og dybde, for dermed at etablere et sociologisk udgangspunkt hvorfra det er muligt at deltage i bredere epistemologiske såvel som ontologiske refleksioner og grundlagsteoretiske diskussioner der omhandler de sociale- og psykiatriske problemer og sygdomme, samt deres behandling.

### **(Kritisk) realisme - Indledende præsentation**

En sådan ambition om at inkludere realistiske og diskursanalytiske perspektiver kan virke som en ambition om at integrere inkompatible analysestrategiske principper. Jeg anser det dog som nødvendigt at etablere et analytisk blik der kan opveje hvad jeg ser som tendentielle

svagheder ved det metateoretiske grundlag for de aktuelle styrings- og managementteorier og analyser som pågår i disse år, samt diskutere rækkevidden af den vidensproduktion disse perspektiver etablerer – jeg vil komme med en mere udførlig uddybning af dette perspektiv i afsnittet: ”Fra dekonstruktiv til ontologisk kritik”. Det der skulle stå klart nu er at selvom jeg forholder mig kritisk til rækkevidden af den diskursanalytiske konstruktivistiske vidensproduktion, så anser jeg samtidig denne viden som uomgængelig i en analyse af den diskursive videnskabelige udvikling der præger et bestemt socialt domæne. Samtidig anser jeg det som nødvendigt at kombinere de diskursanalytiske analysestrategier med tilgange der kan analysere og diskutere anvendeligheden og meningsfuldheden af de sociale og teknologiske bevægelser i viden og problemdefinitioner i den sociale og psykiatriske praksis. I forhold til de helt praktiske problemstillinger i det sociale- og psykiatriske arbejde med børn, unge og voksne, som fremlægges på de følgende sider, finder jeg varianter af den realistiske videnskabstradition velegnede til dette formål.

### **Hvis vores adgang til 'virkeligheden' er medieret af begreber, er det så ikke en mere kvalificeret diskursanalyse vi bør efterstræbe?**

Den følgende introduktion til min udlægning af kritisk realisme tager mere form som en moderat form for konstruktivisme. Jeg vil ikke give udtryk for at jeg præsenterer en fyldestgørende og endelig form inden for den kritiske realisme, men det er min tanke at de følgende afsnit tydeliggør hvori jeg mener potentialet inden for denne retning findes og kan videreudvikles - gennem kritisk refleksion. Der er mere at udforske og føje til.

I de kommende afsnits gennemgang af psykiatriens og den styringsteknologiske udvikling synes det ikke svært at kritisere hverken empirismens eller positivismens erkendelsesinteresser eller vidensopfattelser. ”Der var engang”, som Michael Hviid Jacobsen skriver (2007)... ”da kritik i sig selv havde et legitimt samfundsvidenskabeligt formål”. De tider synes at være erstattet med den dominerende antagelse at ét er kritik, noget andet er at formulere et alternativ. Samtidig synes der at være en forventning om at de formulerede alternativer ikke skal placere sig i en rigid ”enten – eller” position i en af de eksisterende samfundsvidenskabelige grøfter. Tiden er til ”både-og løsninger” og synteseforsøg. Jeg ser en række muligheder heri. Den kritiske realisme indeholder på den ene side et alternativ til den

rendyrkede empirisme, positivisme og postmodernisme, og er samtidig en position der spiller åbent op imod disse retninger.

Den kritiske realisme er en videnskabsteoretisk tradition hvis metateoretiske hovedkonturer især er blevet tegnet af den engelske videnskabsfilosof Roy Bhaskar i *A Realist Theory of Science* (1975), men også navne som Rom Harré, Mary Hesse, Ted Benton, Russel Keat, John Urry, og senere navne som William Outwaite, Margaret Archer, Derek Layder, Andrew Sayer og Norman Fairclough har bidraget til positionen, samt de senere publikationer af Jessop, Sayer og Fairclough, som vil blive mere udførligt gennemgået i det følgende (Baert 2005). Dermed antyder jeg at den kritiske realisme ikke er en samlet og strømlinet betegnelse hvorom der hersker enighed. Forvirringen og en stærkt stigende kompleksitetskurve inden for kritisk realisme er løbende blevet holdt ved lige af Roy Bhaskar selv. Bhaskar har konsekvent videreført den kritiske realisme i alle mulige (og umulige) retninger, fra en mere konsistent videnskabsteoretisk retning, til en transcendent udlægning og generel kritik af Vestens filosofi, til en sammenhæng der inkluderer argumenter, elementer og begreber fra Østens filosofi og New Age tænkning i bøgerne *Dialectic 1993* og *Plato Etc. 1994*, efterfulgt af en slags ”kronen på værket” i bogen *Meta-reality (2002)*, hvor Bhaskar fremstiller 15 tidligere inkarnationer af sig selv, hvor den sidste inkarnation udgør den nulevende Bhaskars uafsluttede livsforløb (Buch-Hansen og Nielsen 2007). Læsningen af den kritiske realisme har således en vis underholdningsværdi, samtidig med en voksende følelse af håbløshed når man, som nu, skal præsentere en nogenlunde tydelig og konsistent beskrivelse af traditionen. Set i det lys vil jeg forsøge at balancere mellem at fastholde den dobbelthed og dynamik, der eksisterer i den kritiske realisme, og samtidig afholde mig fra en ”tour de force” i det kritiske realistiske perspektiv, der let kan ryge af sporet. Jeg præsenterer og anvender således kun de dele af realismen som jeg har fundet anvendelige. Til trods for at størstedelen af den følgende præsentation udspringer af den tradition der betegnes ’kritisk realisme’, vil jeg dog indledningsvis nævne at jeg anser betegnelsen ’kritisk’ som misvisende i den sammenhæng jeg anvender realismen. Et mere retvisende begreb vil i denne sammenhæng være ’konstruktiv, eller reflektiv, realisme’, da perspektivet, i den form det her anvendes, netop anvendes på grund af dets åbenhed overfor en række af perspektiver i forskningen gennem pluralistiske perspektiver og forskningsdesign. Dette vender jeg tilbage til.

## Den kritiske realismes kerneantagelser

De store fremskridt i udviklingen af moderne videnskab inden for psykiatrien såvel som kvalitets- og evidensbølgens metodekrav, som præsenteres mere udførligt i det følgende afsnit, er langt hen ad vejen baseret på det empiristiske synspunkt at videnskabens rolle først og fremmest består i at registrere enkeltstående begivenheder og deres akkumulerede sammentræf for derigennem at finde mønstre der kan formuleres som lovmæssigheder<sup>7</sup>. Udsagnet: *A forårsager B*, betyder inden for denne tradition, at observation af fænomenet B efterfølger fænomenet A på lovmæssig vis (Wulff et. Al 2001). Denne kausalitetsforståelse opfattes af de kritiske realister ikke alene som naiv, men også kunstig (Ibid:67). Den kritiske realisme tilbyder derimod en anden kausalitetsforståelse end den empiristiske og positivistiske tradition. Hvor empirismens ontologiske skepsis har betydning for deres kausalitetsforståelse og redefinerings af begreber som naturlove og objektivitet, mener de kritiske realister at udsagnet: *A forårsager B*, bør forstås således at *A medvirker til at fremkalde B* ved hjælp af en eller flere intransitive *mekanismer*, en tankegang der ligger langt fra empiristernes, da den forudsætter at den kausale proces eksisterer i et åbent system, hvor ikke direkte observerbare vilkår, sammenhænge og mekanismer influerer på undersøgelsens udfald (Danermark et. al 2007:32).

Som jeg senere vil illustrere, opponerer den kritiske realisme ligeledes imod de postmodernistiske retninger der antager at virkeligheden udelukkende er sproglige begreber eller diskursive abstraktioner. Dog anser kritiske realister vores adgang til virkeligheden som værende *medieret* af begreber, hvorfor de konstruktivistiske og realistiske positioner ikke skal fastholdes i et dikotomisk forhold. Videnskabens rolle handler således om at udforske virkelighedens dybder, og har dermed som formål at *komme bag om* diskurserne og fremtrædelsesformerne (Buch-Hansen og Nielsen 2007:80). Hermed ikke sagt at de kritiske realister mener at have adgang til *sandheden* om virkelighedens beskaffenhed, for al viden er, som de kritiske realister formulerer det, historisk specifik og fejlbarlig:

---

<sup>7</sup> Ifølge Bhaskar er empirismen en helt central bestanddel af positivismen, og samtidig forbindes positivismen ikke kun med empirismen, men også med strukturalistisk, funktionalistisk og behavioristisk forskning, samt rational choice teorier og positioner som individualisme og utilitarisme (Bhaskar 1986:120). Det er dog især det empiriske indhold i positivismen, eller den empiriske realismes kausalitetsforståelse, som den kritiske realisme kritiserer for at være ude af trit med virkeligheden (Buch-Hansen og Nielsen 2007:17).

Historien gør dem, som hævder at have fundet sandheden i en eller anden absolut eller endegyldig forstand, til grin (Sayer 2000:40).

Hermed antydes hvorledes de kritiske realister i overensstemmelse med konstruktivismen anser viden som et socialt produkt indlejret i diskurser. Samtidig betragtes den sociale virkelighed, som værende et delvist resultat af sociale interaktioner og anerkender dermed også den hermeneutiske tradition og betydningen af mening, fortolkning og kultur (Buch-Hansen og Nielsen 2007:83). Kritiske realister deler den fortolkende samfundsvidenskabs (hermeneutikkens) syn på at sociale fænomener er begrebsafhængige og at der altid vil være et fortolkende eller hermeneutisk element i samfundsvidenskaberne. Men kritiske realister mener samtidig at mening altid relaterer sig til den kontekst hvori kommunikationen finder sted, hvortil der refereres, og som sætter rammerne for den kommunikative interaktion, menneskers meningsdannelse, position i samfundet og de sociale problemer eller hændelser som vi kan observere. Den kritiske realisme adskiller sig således fra andre former for konstruktivisme ved at fremlægge en mere inkluderende ontologi, der hverken afviser begreber som diskurs, mening, fortolkning og kultur, *eller* objektive strukturer, kausalitet og dybde. I den forstand udgør den kritiske realisme et bud på integration af forskellige metoder og vidensopfattelser i samfundsvidenskaberne, og forholder sig samtidig kritisk-konstruktivt i forhold til det øgede behov for at analysere årsagssammenhænge som det ses i den psykiatriske praksis, såvel som med evidens, kvalitets- og dokumentationsbølgen i disse år, men fremlægger, i modsætning hertil, en ny åbenhed over for en bred vifte af undersøgelsesmetoder, og indfører med begrebet transcendent realisme en ontologi som går ud over det empiriske niveau. I denne sammenhæng kan begrebet 'kritisk' defineres som en kritik af den 'tomme' ontologi der karakteriserer de empiristiske traditioner, da disse, ifølge realismen, kun afdækker ét lag af de sociale og psykiatriske problemstillinger.

### **En stratificeret ontologi**

Den kritiske realismes opgør med empirismen, positivismen og dele af postmodernismen er baseret på en afgørende skelnen mellem to dimensioner af videnskaben, nemlig den *transitive* og den *intransitive* dimension. Den transitive (epistemologiske) dimension består af vores *viden* om virkeligheden, herunder paradigmer, teorier, begreber, data, analyseteknikker og forestillinger. Denne viden er ifølge den kritiske realisme fuldt ud historisk specifik, socialt

bestemt og foranderlig. På den anden side er denne viden rettet mod at generere viden om noget. Dette 'noget' vil inden for en realistisk ontologi være den intransitive (ontologiske) dimension, hvis indhold er uafhængigt af vores begreber og viden om den. Rivaliserende paradigmer inden for psykiatrien, forskellige styrings- og kvalitetstiltag eller problemdefinitioner og kategoriseringer af det sociale eller psykiatriske problem, udgør således forskellige *transitive* objekter, hvorimod den verden, som de forsøger at begribe er *den samme* uanset hvilket teoretisk perspektiv vi vælger at betragte denne virkelighed med. Viden kan således være ude af trit med den virkelighed som den refererer til. Kritiske realisters sondring mellem en intransitiv og en transitiv dimension er samtidig en skelnen mellem væren og viden, mellem ontologi og epistemologi, hvor førstnævnte prioriteres før sidstnævnte. Inden for ontologien ses samtidig et skifte i fokus fra *hændelser* til *mekanismer*, hvor opmærksomheden rettes mod det som producerer hændelserne, og ikke bare hændelserne i sig selv (Danermark et al. 1997:14). Med mekanisme-begrebet åbnes op for et multikausalt verdensbillede, hvor det antages at den sociale virkelighed består af *åbne systemer* hvor underliggende strukturer og mekanismer i komplekse situationer understøtter og genererer begivenheder på det der af kritiske realister betegnes det *faktiske* og det *empiriske* domæne. Kritiske realister sonderer her mellem tre domæner (områder) af virkeligheden, en såkaldt stratificeret ontologi opdelt i: det *empiriske*, det *faktiske*, og det *reale* domæne.

Domæne	Indhold
Det empiriske	Erfaringer og observationer
Det faktiske	Begivenheder og fænomener
Det virkelige	Strukturer, mekanismer, kausale potentialer og tilbøjeligheder

**Tabel 1 De tre domæner**

( Buch-Hansen og Nielsen: 2005:24).

Kritisk realisme tegner dermed et billede af virkeligheden, som ud over observerbare begivenheder og faktiske hændelser indeholder et *dybt og ikke direkte observerbart domæne*. I de følgende afsnit præsenteres det man kunne betegne som en psykiatrisk ”paradigmestrud” hvor flere, til tider inkompatible, paradigmer og vidensformer eksisterer i den psykiatriske videnskabelighed. En kritisk realistisk tilgang vil i den sammenhæng medføre at fokus i

forbindelse med udredning, diagnosticering og behandling, såvel som den sociale indsats, flyttes fra observerbare fænomener eller *symptomer*, til *mekanismer* i form af sociale strukturer og mekanismer som, afhængig af de betingelser der gør sig gældende i den bestemte **kontekst**, forårsager, og giver mening til, de observerbare fænomener / symptomer på det empiriske domæne (Buch-Hansen og Nielsen 2007; Bhaskar og Lawson 1998:5)<sup>8</sup>. Intentionen er at trænge bag om virkelighedens fremtrædelsesformer og i forlængelse heraf søge at identificere og udforske potentielle årsagsmekanismer og sammenhænge. En kritisk realistisk tilgang har dermed en rent praktisk konsekvens for forskning og erkendelse og i forlængelse heraf for den viden og indsigt forskningen er i stand til at frembringe. For at opsummere så langt, så indebærer *Mekanismebegrebet* et opgør med empiristers horisontale kausalitetsforståelse (når begivenhed A, så følger B) til fordel for et multikausalt verdensbillede, hvor den mest grundlæggende opgave for videnskaben er:

at finde de iboende mekanismer, som genererer hændelser på det intransitive niveau (Harré og Madden 1975)<sup>9</sup>.

De generative mekanismer og sociale strukturer antages endvidere at være stratificeret i en række niveauer eller strata af virkeligheden, som indbyrdes står i relation til hinanden. Den sociale virkelighed befinder sig på det øverste niveau, mens det fysiske niveau er det mest grundlæggende niveau. Dette betyder for kritiske realister at

der ved en helhed fremkommer egenskaber, der ikke kan forklares ud fra de enkelte lags egenskaber (Andersen 2007:29).

Hermed afvises muligheden for at at reducere højere niveauers mekanismer (sociale) til mekanismer på lavere psykologiske, biologiske, fysiske eller kemiske niveauer. Så selvom det

---

8 Fænomener på et domæne kan fremstå fordrejede og systematisk misvisende på et andet domæne – denne forestilling om disharmoni mellem virkeligheden og vores typisk overfladiske adgang til den er ligeledes et kerneelement hos Karl Marx og Norman Fairclough.

9 En videnskab om den sociale virkelighed kan derfor ikke reduceres til empiriske hændelser og observationer på det empiriske domæne, da en sådan tilgang ikke kun vil fremstå reduktionistisk og uden ontologisk dybde, men også vil afskære forskeren fra en erkendelse af den mangel på synkroni der kan eksistere mellem de tre domæner (Buch-Hansen og Nielsen 2005:28).



antages at B kun eksisterer i kraft af A, hvilket, som skitseret i det ovenstående, er den dominerende logiske slutning i de dele af den aktuelle psykiatriske videnskabelighed der anser sociale og psykologiske faktorer som værende afledt af de biologiske processer, bliver det, ifølge kritiske realister, umuligt *udelukkende* at bortforklare B med A. Bhaskar bruger *emergensbegrebet* til at forklare dette forhold:

Emergens refererer til en situation, hvor kombinationen af underliggende niveaus mekanismer resulterer i fremkomsten af et nyt fænomen på et højere niveau, der har kausale potentialer og tilbøjeligheder som ikke lader sig reducere til dets grundsten og som er kvalitativt forskellig herfra (Bhaskar 1997:113).

Hermed overser Bhaskar det væsentlige konstruktivistiske spørgsmål om hvordan nogle tilstande konstrueres eller defineres som sociale problemer, og dermed opstår og eksisterer som sociale problemer. På højere sociale strata synes relativistiske/konstruktivistiske tilgange således at have en berettigelse, og en modificeret realisme er nødvendig for at forklare diskursers eventuelle produktive karakter uden ekstern reference til det Bhaskar definerer som 'underliggende niveaus mekanismer'. Dialog mellem konstruktivisme og realisme er således væsentlig, og et bud herpå vil blive fremlagt i det følgende.

Dette forhold pointeres af Creaven (2001:31) der tilføjer at de forskellige strata af virkeligheden hver især kan hævdes at være niveaudelte og i sig selv indeholder emergente egenskaber, der ikke kun udspringer af underliggende niveauer. Det kan lidt kort sagt konkluderes at samfund og kultur ikke kan reduceres til natur, en betragtning der i og for sig ikke er noget nyt i, men som alligevel er aktuel og relevant, da det har implikationer for hvilke former for forskning, metoder og designs der med fordel kan anvendes inden for de respektive områder af virkeligheden, samt hvilken form for viden det som følge heraf er muligt og relevant at frembringe, ikke mindst i forbindelse med de øgede krav om dokumentation, viden og kvalitetssikring af det sociale og psykiatriske arbejdes praksis.

### **Åbne / lukkede systemer**

Epistemologisk består den mest afgørende forskel for kritiske realister i at samfundsvidenskaberne studerer fænomener der eksisterer i åbne systemer i de højere strata af virkeligheden, mens naturvidenskaben, der arbejder på de laveste strata, som hovedregel har større muligheder for at studere sine objekter under lukkede vilkår ved hjælp af

videnskabelige eksperimenter hvor de generative mekanismer holdes under kontrol. For kritiske realister er den afgørende forskel at jo højere strata undersøgelsen er rettet mod, jo flere virksomme mekanismer eksisterer der, og jo flere mulige kombinationer af mekanismer vil der forekomme (Andersen 2007:31). Kritiske realister går derfor så langt som til at afvise at det overhovedet er muligt at studere sociale fænomener efter samme principper som anvendes på de lavere strata, for som Archer og Bhaskar (1998) pointerer så:

vil de kreative og reflekterende individer der befolker de sociale systemer medføre, at det aldrig vil være muligt på samme måde at studere isolerede årsags-virkningsforhold inden for de sociale systemer (Archer et al. 1998 i Andersen 2007).

Når dette er relevant at pointere i denne sammenhæng, er det for at illustrere hvorledes kritiske realisternes emergens- og mekanismebegreber fungerer ved netop at tage udgangspunkt i en stratificeret ontologi, der ekspliciterer at jo højere niveau, desto flere mekanismer og mulige kombinationer af mekanismer og emergens eksisterer der, hvilket medfører et forskningsmæssigt behov for ikke-linearitet, kompleks kausalitet og en åbenhed over for en bred vifte af undersøgelsesmetoder (Danermark et.al. 2007:67).

### **Mit fokus:**

Jeg vil således foreslå en alternativ tilgang hvor jeg indledningsvist vil slå fast, selvom det måske virker unødvendigt, at jeg anser socialt og psykiatrisk arbejde som en praksis der er rettet mod *virkelige* eksisterende problemer, og vores blik på disse problemer bør være forankret i denne virkelighed for at finde virkelige løsninger på virkelige problemer.

Jeg antager samtidig at vores adgang til 'virkeligheden' er medieret af begreber, og at sproget skaber repræsentationer af virkeligheden, som ikke altid er spejlinger af en allerede eksisterende virkelighed. Virkeligheden er mere end 'blot' sproglige repræsentationer. Virkeligheden, og især den sociale virkelighed, består af en række komplekse mekanismer og koblinger mellem disse, der tilsammen skaber faktiske fænomener som delvist kan observeres empirisk.

Som pointeret af Creaven (2001:31) kan de forskellige strata af virkeligheden hver især hævdes at være niveaudelte og i sig selv indeholde emergente egenskaber der ikke kun

udspringer af underliggende niveauer. Sproget, eller diskurser, kan således ligeledes antages at have en kausal karakter, som bl.a Ekeland definerer det:

Våre epistemologiske versjoner bliver då ikkje berre ein omtala av royndomen, men også ein måte vi formar han på [...] og senere: Språket vi nyttar er såleis ikkje uskuldige greier. Det skaber realiteter og kan forme både pasientar og behandlarar si forståing og sjølførståing (Ekeland 2003:63).

Diskursen bliver performativ, eller produktiv, i den forstand at diskursen i sig selv indeholder potentielle kausale kræfter, og subjekterne der analyseres kan, som Ian Hacking (1998) definerer det, betragtes som semiotisk påvirkelige. Sproget foranlediger til social forandring, men er blot én af de mekanismer der er med til at skabe virkeligheden. Biologien, såvel som intrapsykiske processer og ekstradiskursive fænomener som økonomi og sociale og materielle strukturer, samfundsmæssige transformationsprocesser er ligeledes generative mekanismer i en bestemt samfundsepoke og i en bestemt kontekst. Jeg antager dermed, som Fairclough (1992) og den kritiske diskursanalyse (i det følgende: CDA), at den fysiske, sociale og psykiske verden findes, og får mening gennem diskurs som både producerer og reproducerer virkeligheden i samspil med andre 'ikke-observerbare' mekanismer i komplekse åbne systemer. Man kan således vælge at anskue psykiatriske fænomener som et eksisterende virkeligt faktum; de mennesker der henvender sig, eller henvises, til psykiatrien er *syge*. Dette er uden tvivl en alt for unuanceret forståelse for disse mennesker, da henvisningsprocedurer, samfundsmæssige eksklusionsmekanismer, normalitetsdefinitioner og sygdomskategorier er indlejret i diskurs og dermed kulturelt og historisk kontingente. En anden mulighed er at anskue disse mennesker som havende et *problem*, som samfundet, pårørende eller personen selv mener det er nødvendigt at gøre noget ved hvad enten dette er socialt, biologisk, eller psykologisk, eller en blanding af disse.

I praksis betydningsfastlægges (diagnosticeres) problemet ofte på baggrund af det der defineres som objektive kriterier gennem bestemte diagnostiske praksisser, der reproduceres i bestemte styringstiltag og teknikker. Disse former for institutionel praksis anvender bestemte *problemdefinitioner*, der er retningsanvisende for de løsningsmodeller, håndteringsstrategier og behandlingsmetoder, der tages i brug, bl.a gennem bestemte sygdomsspecifikke referenceprogrammer og vidensbaserede behandlingsstrategier, som det blandt andet ses i referenceprogrammerne for udredning og behandling af børn og unge med ADHD (Arbejdsgruppen nedsat af BUP-DK), for angstlidelser hos voksne og Unipolar depression

hos voksne (Sekretariatet for Referenceprogrammer (SfR) Sundhedsstyrelsen). Disse beskrives som:

...et metodologisk instrument til systematisk at kortlægge videnskabelige forskningsresultater og klinisk erfaring inden for en række kliniske problemstillinger, og omsætte dem til graduerede anbefalinger (Referenceprogram for ADHD 2008).

Det er især i forbindelse med problemdefinitionen at de faglige, videnskabelige og intersubjektive forskelle synliggøres. Problemdefinitionen, eller 'definitionen af et problem', repræsenterer en stillingtagen til hvad det substantielle i problemet *er*, eller hvad det *ikke* er. Man kan i den forbindelse tale om problemets *ontologi*. Når individet, behandlere og pårørende sætter fænomenet (problemet) ind i en meningsgivende sammenhæng, er denne menings- eller betydningsfastlæggelse ikke længere uden for diskurs.

Once we attempt to articulate "what there is"... we enter a world of discourse (Gergen 1994:72 i Taylor og White 2000:25).

Psychiatry is uniquely problematic because debates over what mental disorders **are** have presented substantial challenges to medical praxis and ethics. In many ways, the question of what constitutes a mental disorder is related to uncertainties about the nature of mental experience, and the underlying relationship(s) of body, brain and mind (Patil og Giordano 2010).

Hermed tydeliggøres de samme grundlagsdiskussioner som ligeledes Maria Appel Nissen og Finn Laursen har identificeret på henholdsvis misbrugs- og anbringelsesområdet (Laursen (2011:112; Nissen 2008:62), som det blev skitseret i det indledende.

For at vende tilbage til det indledende afsnit vil nogle knytte det psykiatriske (sociale) fænomen sammen med en biologisk dysfunktion, med dertil hørende håndteringsstrategier og løsningsforslag. Andre vil se fænomenet som en individuel kognitiv brist der, afhængig af behandlerens videnskabelige overbevisning, kan afhjælpes eller (gen)oplæres på forskellige måder. Nogle vil trække på en udpræget konstruktivistisk forståelse og vil måske slet ikke anskue problemet som et eksisterende reelt 'problem', men derimod som et konstrueret socialt og diskursivt problem der måske udelukkende betragtes som et problem som følge af ændrede inklusions- og eksklusionsprocesser og normalitetsdefinitioner. Andre igen vil koble fænomenet sammen med sociale transformationsprocesser der medfører nye sociale

patologiske udtryk, epidemier, problemer eller sygdomme, og endelig vil nogle måske se fænomenet som et udslag af 'guds vilje' og ville sætte fænomenet i sammenhæng med guds vrede over tidligere syndige handlinger. Rækken af mulige fortolkninger af det samme fænomen, der her er skitseret, er ikke udtømmende. Det er heller ikke hensigten. Hensigten er at stille spørgsmål ved hvordan bestemte problemdefinitioner er blevet etableret de senere år som en del af en række sociale og teknologiske bevægelser i den danske velfærdsstat, samt at diskutere rækkevidden og anvendeligheden af disse konstruktioner i forhold til den praksis og virkelighed som praktikere og sindslidende oplever. Samtidig tjener eksemplet det formål at pointere videnskabsteoriens nødvendighed, når to eller flere sygdomsmodeller er opstillet for det samme problemkompleks, som det ofte er tilfældet inden for psykiatrien, hvor forskellen mellem forskellige forståelses- og forklaringsmodeller eksisterer i opfattelsen af de sociale og psykiatriske problemers *eksistens*, herunder hvad der konstituerer de sociale eller psykiske problemer. Man kan dermed på den ene side betragte de sociale og psykiatriske problemer som epistemologisk konstruerede fænomener *eller* man kan, som jeg har valgt i denne afhandling, vælge at betragte de sociale eller psykiatriske fænomener, problemer eller udtryk som en begivenhed eller et fænomen der har fundet sted i en eller anden form, på *det faktiske niveau*, på et givent tidspunkt. Det vil samtidig sige at fænomenet eksisterer, eller har eksisteret i en sådan form at det omkringværende samfund eller individet selv har vurderet at det har været nødvendigt at gøre noget ved 'problemet' gennem henvisning til psykiatrisk udredning og videre behandling på et givent tidspunkt. Samfundets diskursive forståelser, fortolkninger og forklaringer af problemets *ontologi* kan således epistemologisk anses som kontingente, eventuelt relateret til samfunds- og styringsudviklingen, og må derfor *epistemologisk* betragtes som videnskabelige *diskurser*, der er tilgængelige for os på det empiriske niveau, på netop dette tidspunkt i historien.

Da de forskningsmetoder vi vælger, vores holdning til psykiske sygdomme, samt hvorledes indsatsen rettet mod psykiske sygdomme kvalitetssikres og dermed legitimeres, i betydelig grad afhænger af, og påvirker, vores ontologiske erkendelsesmuligheder, kan der, som Bent Rosenbaum pointerer, argumenteres for at en:

dominerende vidensopfattelse, der ofte identificerer sandhed med bestemte metoder til at opnå viden, kan medføre en manglende indsigt i ontologiske og metafysiske spørgsmål og dermed en begrænsning i muligheden for at udvide og nuancere forståelsen for de psykiske sygdomme (Rosenbaum 2004a:80).

Svaret på spørgsmål der af Rosenbaum kan defineres som:

Hvilke biologiske, psykiske og sociale mekanismer spiller en rolle i den kæde af processer, som finder sted i hjernen, og som tilsyneladende kan spores i sygelige tilstande? Er sindet et rent biologisk eller et kulturelt organ – eller skal vi forstå det som en bio-kulturel størrelse hvor vi må etablere nye begreber og modeller for realistisk at kunne forstå det mentale som sådan? (Rosenbaum 2004a:79-80)

implicerer således dels videnskabelige modeller som ikke fastholder én forklaring som den eneste rigtige og mulige, samt, som jeg ser det, forskningsegne muligheder for at håndtere sandsynligheden for at flere forklaringer interagerer, ophæver, eller forstærker hinanden i komplekse åbne systemer.

### **Spørgsmålet om realisme**

I den følgende figur fremgår spørgsmålet om realisme versus anti-realisme. Filosofisk går denne problematik tilbage til antikken og har været en central videnskabsfilosofisk diskussion i det seneste halve århundrede. Spørgsmålet er om det er konstruktivt at videreføre denne diskussion i dens oprindelige enten-eller form, eller om det er muligt at tænke ud over de klassiske modstillinger. Spørgsmålet som Brinkmann (2008) stiller i artiklen 'to psykologier' er således om det er muligt at være både realist og anti-realist på samme tid. Brinkmann (2008) skitserer i artiklen 'to psykologier' det han forstår ved realisme og anti-realisme.

Realismen beskrives her som en retning der anser virkelighedens beskaffenhed, eller *væren*, som uafhængig af vores teorier, domæneantagelser, erkendelsesinteresser og begreber om den, mens den 'anti-realistiske' konstruktivistiske position hævder det modsatte, altså at virkelighedens beskaffenhed afhænger af vores erkendelse og begreber om den.

Brinkmann fremhæver, inden for denne sidstnævnte position, Gergen (1994) som en global antirealist, der betegner fænomener så forskellige som atomer, galakser eller mode som værende konstrueret og dermed som fænomener der i princippet kunne være anderledes hvis vi havde konstrueret vores forståelse for disse på anden vis (Brinkmann 2008:47). Altings *væren* afhænger dermed inden for denne (ekstreme) konstruktivistiske position af konstruktionsprocesser. Vores *viden* om bestemte fænomener må i forlængelse heraf betragtes

som værende overordnet og mere interessant end fænomenet i sig selv. Omvendt pointerer Brinkmann at det tilsvarende er svært at finde det han betegner som en 'global'realist, hvilket formentlig hænger sammen med at en væsentlig del af vores virkelighed selvsagt er socialt konstrueret og, skriver Brinkmann videre:

[at]..det kunne tyde på, at det mest frugtbare er at diskutere realisme og antirealisme i forbindelse med konkrete **domæner** af virkeligheden frem for som et globalt problem (Brinkmann 2008:48).

I overført betydning implicerer Brinkmanns domæneantagelser at det er fordelagtigt, eller måske nødvendigt, at adskille de metateoretiske positioner og relatere rækkevidden af deres erkendelse og vidensproduktion til det domæne de henviser til. På trods af det logiske i denne betragtning synes det ikke ligetil i praksis, hvor der er en væsentlig forskel på en realistisk position inden for den kliniske psykiatriske forskningstradition og de varianter af realismen som findes i de socialvidenskabelige forskningsdiscipliner. De socialvidenskabelige varianter af realismen vil ikke tilslutte sig en ontologisk forståelse der accepterer og viderefører en idé om vores adgang til virkeligheden som eksisterende i et 1:1 forhold; vores adgang til virkeligheden er inden for disse varianter *medieret* af begreber, og vores *viden om verden kan meget vel være ude af trit med verden* (Buch-Hansen og Nielsen 2007:28).

Det skal i den forbindelse nævnes at positivistiske forskningsdiscipliner i visse sammenhænge fejlagtigt betragtes som *realister* i metateoretisk forstand. Dette mener jeg ikke er en korrekt udlægning af det metateoretiske grundindhold i realismen. Inden for positivismen består den videnskabelige praksis i at finde sammenhænge mellem variable. Med reference til David Hume defineres kausalitet som en konstant sammenhæng (eng 'constant conjunction') mellem de undersøgte variable (Brinkmann 2008). Denne beskrivelse af positivismen er måske for unuanceret, og ligner en beskrivelse af den *empiriske* realisme, som Bhaskar fremlægger den (se fx Bhaskar 1997:24-30). Empirisk realismes epistemologiske udgangspunkt er at virkeligheden er udtømt af det som lader sig erfare med de menneskelige sanser; det der ikke kan iagttages findes ikke. Som det fremgik af foregående afsnit søger den empiriske realisme at etablere lovmæssigheder, karakteriseret ved en forekomst af empiriske regelmæssigheder i retningen: Når begivenhed A, så begivenhed B – og det kan diskuteres om der med en sådan forestilling mere er tale om en benægtelse af kausalitet, end om en egentlig kausalitetsforståelse. I andre sammenhænge omtales den empiristiske realismes kausalitetsforståelse som endimensionel (Gannik 2005). Og det pointeres af Gannik (Ibid.) at

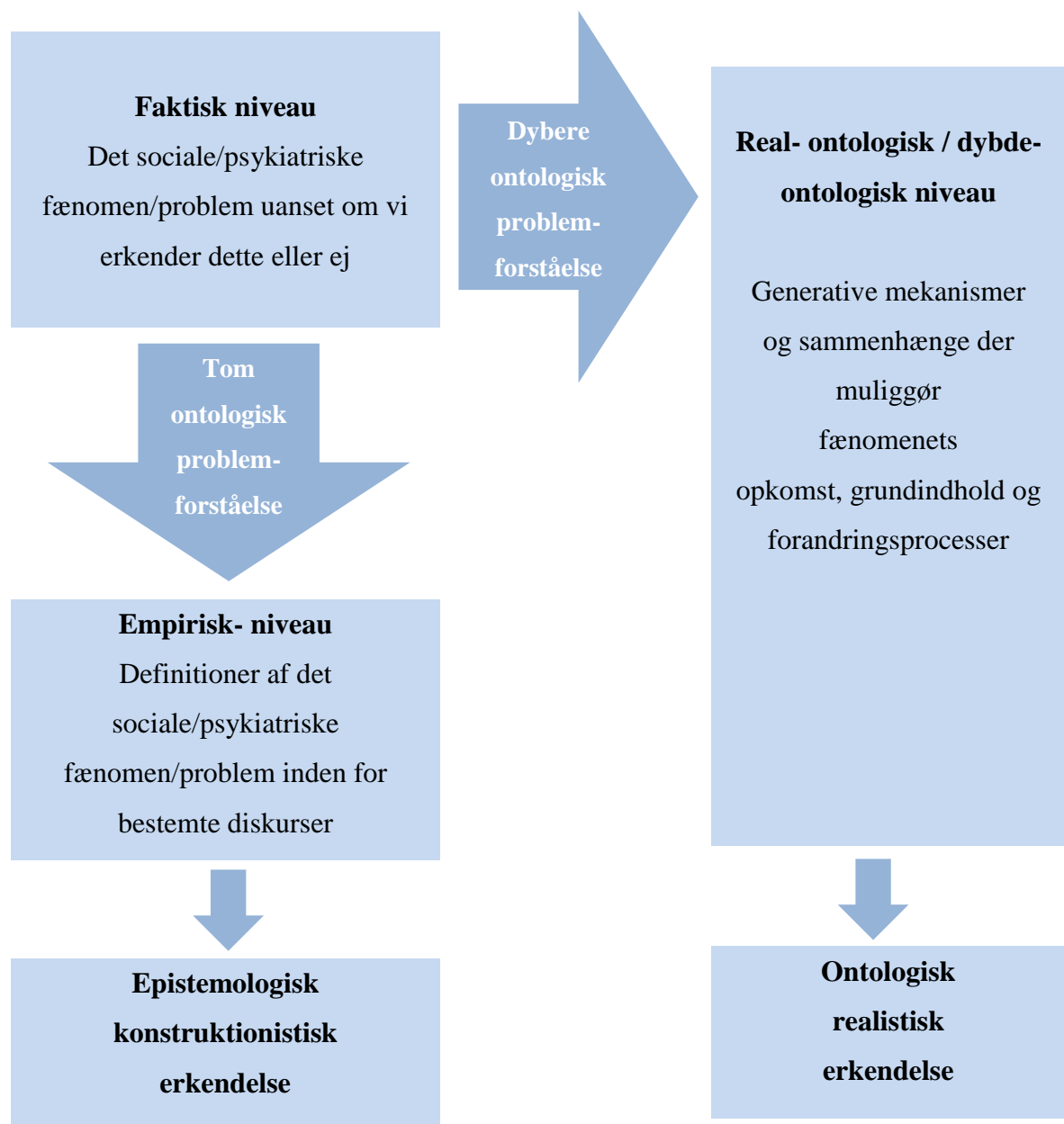
det at efterlyse en egentlig *årsag*, i form af en underliggende mekanisme bag disse empiriske sammenhænge inden for disse retninger, er meningsløst. En realistisk forskningstradition, som den praktiseres inden for naturvidenskabelige discipliner (og ikke de socialvidenskabelige), vil søge at forklare de observerede 'konstante sammenhænge' gennem en undersøgelse og beskrivelse af de mekanismer i naturen som medierer, muliggør, eller producerer disse sammenhænge. Påstanden om at der er underliggende mekanismer bag empirisk påviste regulariteter er udtryk for en antagelse om virkelighedens *væsen*, en såkaldt *ontologisk* antagelse. For *realisten* i en klinisk forskningspsykiatrisk sammenhæng vil de underliggende generative mekanismer anses som reelt eksisterende, og det er en central opgave for den kliniske forskning at afklare karakteren heraf. Dette er således en helt anden form for realisme end den empiriske realisme og positivisme som blev beskrevet i det ovenstående, og en skelnen mellem disse former er væsentlig for at forstå de sociale og teknologiske bevægelers betydning for vores vilkår for begrebsdannelse, erkendelse og praksis. For den radikale empirist (eller positivist) er spørgsmål om ontologiske forhold meningsløse, og disse retninger har således meta-teoretisk en række lighedstræk med det jeg i de kommende afsnit, med reference til Nikolas Rose (2007), definerer som en *post-ontologisk* forståelse for mennesket<sup>10</sup>. Man kan argumentere for at langt de fleste videnskabsteorier i dag bygger på en eller anden form for realisme, og uenighederne viser sig i forhold til spørgsmål om *hvad* det er der eksisterer uafhængigt af vores diskurser og forestillinger, om vi skal interessere os for hvad hvad dette er, eller om hvordan vi har adgang til viden om dette 'noget', 'væren' eller virkelighed, der eksisterer. Det kan således være misvisende at karakterisere den biologiske psykiatri som *positivistisk* hvis man ikke gør sig den biomedicinske forskningstraditions erkendelsesteoretiske ståsted klart. Påvises empiriske regulariteter i den biomedicinske forskningstradition gennem empirisk hypotesetestning og væsentligt: opstilles teoretiske forklaringer og modeller, der kan forklare de observerede sammenhænge, er forskningen realistisk, men samtidig realistisk i en forstand hvor forskningen stadigvæk kan foregå i lukkede systemer, der ikke inddrager komplekse ontologiske modeller i en samlet forståelse for de observerede sammenhænge, eller kompleksiteten i form af samvirkende variable i komplekse åbne systemer. Mere herom senere. Det interessante er her at i socialmedicinen og socialpsykiatri som videnskab, synes ingen tradition for at opstille teoretiske modeller. Og

---

<sup>10</sup> Dette post-ontologiske menneskesyn vil blive uddybet i afhandlingens del 2 og 3



selvom det er epidemiologisk dokumenteret og efterhånden almindeligt kendt at sociale, psykiatriske eller sundhedsmæssige problemer, herunder sygelighed og dødelighed, er medbetinget af sociale faktorer, eller fremkaldt af sociale, kulturelle og kommunikative processer med en social eller eksistentiel baggrund, såsom stress mv (se evt Wilkinson and Pickett (2009) eller Gannik 2008) , så er der langt fra denne socialepidemiologiske afdækning af sociale indikatorer på gruppeplan til en forståelse for disse mekanismers samspil i komplekse åbne systemer, samt hvilken betydning det enkelte sygdomsudtryk har for den enkelte (Gannik 2008). I den følgende Figur 1 søges de beskrevne perspektiver og disses erkendelsesinteresser illustreret:



**Figur 1 Erkendelsesinteresser**

I forlængelse af det skitserede eksempel i Figur 1, kan nedslag i historiske udviklingstendenser i det sociale- og psykiatriske arbejdes vidensgrundlag og styringspraksis placeres inden for en konstruktivistisk optik, der forholder sig kritisk epistemologisk til de fremherskende problemforståelser og definitioner af sociale og psykiatriske problemer. Problemdefinitionen afspejler bestemte forestillinger på et givent felt, på et givent tidspunkt i

historien. En forståelse for selve konstruktionen af de sociale problemdefinitioner og forståelser er derfor i afhandlingens første del mindst lige så væsentlig som forskningsobjekt som en forståelse for objekterne i sig selv. Samtidig synliggør Figur 1 første skridt i retningen af en forståelse for rækkevidden af den konstruktivistiske/konstruktionistiske vidensproduktion, såvel som rækkevidden af den sociale og teknologiske vidensproduktion og problemforståelse. Analysen starter således i nederste venstre boks i Figur 1 for dermed at tydeliggøre diskursive mønstre i hvad der kan siges og hvad der fremstår som utænkeligt på trods af at vi har en række forskellige muligheder for begrebsdannelse, forståelse og forklaring af psykiatriske og sociale problemer. Man kan, som Foucault pointerer, tale om en dominerende diskursformation der betydningsfastlægger synet på mennesket og indholdsudfylder begreber som ansvarlighed, skyld og behandling (Foucault 1982).

Til enhver diskurs er der knyttet eksklusionsprocedurer som udelukker bestemte problemdefinitioner og muliggør andre i bestemte diskursformationer. Hermed er ligeledes formningen af subjektpositioner og bestemte måder at handle og intervenere på funderet i bestemte teknikker og teknologier samt procedurer for produktionen af sandhed. Foucault tilbyder i den forbindelse epistemologisk refleksion, der tydeliggør sociale praksissers diskursive mulighedsbetingelser. Og det er netop muligt hermed at opnå en tempofordel i forhold til at kunne identificere og pege på nye diskurser, men dette udgangspunkt rummer også en række begrænsninger og udfordringer. Som også Nissen og Nielsen (2009) pointerer, så bør diskursanalyser måske bedrives med en øget sensitivitet over for de forhold, der ligger uden for diskursen, mens sociologiske analyser, via diskursanalysen, kan øge deres sensitivitet over for sproglige forskelle i datamaterialet som en kilde til at forstå hvordan samfundet og dets institutioner transformeres (Ibid:2009). Da hensigten med undersøgelsens første analyse af den historiske udvikling i de handlings- og præstationsteknologiske løsninger er at undersøge hvilke problemdefinitioner og forståelser der indgår i de dominerende styringsteknologiske diskursformationer, synes diskursanalysens begrænsninger i forhold til at begribe de strukturelle, økonomiske og ideologiske forhold, bag ved, eller uden for diskursen ikke at være en analysestrategisk mangel i denne del. Diskursanalysen i første del er primært baseret på et historisk review af udviklingen i psykiatriens videnskabelighed siden 1980'erne, den socialpsykiatriske forskning fra 1980'erne og frem, samt et nedslag i politiske og administrative dokumenter, psykiatriplaner, modeller og kvalitetskoncepter der har præget de sociale og teknologiske transformationsprocesser i forholdet mellem styring og viden.

Ærindet er ikke at komme 'bag om' diskursen og finde ud af hvad der ligger til grund for den diskursive udvikling eller transformation vi er vidne til, eller at finde ud af hvordan virkeligheden egentlig er 'bag diskursen'. Afhandlingens kritisk realistiske tilgang kommer således ikke her til udtryk i form af en retroduktiv tilgang eller ideologikritisk analyse af de forhold der producerer eller muliggør netop den bestemte diskursformation og diskursorden vi er vidne til. Relevansen af en øget sensitivitet for forhold uden for diskursen er dog yderst aktuell, og behandles i varierende grad af Fairclough, Jessop og Sayer i publikationen: *Critical realism and semiosis* (2004), hvor Fairclough (et al.) betragter diskurs som ét blandt flere aspekter af hver social praksis, og skelner, med inspiration fra den kritiske realisme, mellem diskursive og ikke diskursive praksisser, hvilket vil blive gennemgået i det følgende. Inden jeg inddrager Fairclough, Jessop og Sayers argumentation, vil jeg gøre opmærksom på at hensigten med denne gennemgang er at illustrere den videreudvikling af realismen jeg ønsker at udfolde i denne afhandling. Det potentiale jeg ser i en realistisk videnskabsteori er således af en anden form end den Fairclough et al. fremlægger. Jeg ser således et udfoldet potentiale hos den realistiske videnskabsteori i forhold til realistisk rekonstruktion og begrebsdannelse i forhold til at begribe de psykiatriske og sociale problemers ontologi, som det fremgår af det real-ontologiske niveau, i figurens højre side. I undersøgelsen inddrages således i mindre grad ikke-diskursive elementer i analysen af de eksisterende diskursformationer, eller diskursordeners produktion og mulighedsbetingelser. Jeg vil således ikke, som Fairclough, Jessop og Sayer, relatere de dominerende diskurser til bestemte klasser, økonomi, staten eller andre ekstra-diskursive strukturer. Hermed tager jeg ligeledes analysestrategisk afstand fra de marxistiske udlægninger af realismen og disses ideologibegreb der relaterer ideer eller diskurser til forskellige magt-relationer, økonomiske relationer, eller klasser. Eller sagt på en anden måde så vil jeg ikke relatere Foucaults governmentality-perspektiv til et strukturelt begrebsapparat med henblik på at forklare diskursernes produktionsbetingelser. Dette analytiske valg er af analysestrategisk karakter og begrundet i et behov for at synliggøre de diskursive epistemiske bevægelser der er forbundet med eksisterende styringsteknologiske løsninger, såvel som historiske, sociale og teknologiske bevægelser, som ligeledes Villadsen beskriver:

Groft sagt: i stedet for et analytisk perspektiv, som tenderer til at reducere historiens spredte begivenheder og kampe til produktionsstruktur, klasse og folketing, vælges et perspektiv, der undersøger, hvordan socialpolitiske begreber,

diskursive strategier og specifikke teknologier og vidensformer udvikles i et netværk af statslige og især ikke-statslige aktører (Villadsen 2005:12).

Jeg koncentrerer mig således om et magtbegreb hvor:

power is exercised rather than possessed; it is not the "privilege" acquired or preserved, of the dominant class, but the overall effect of its strategic positions (Foucault 1979:26).

Styringen bliver således ikke analyseret med henblik på at afdække "falsk bevidsthed" eller ideologisk fordrejet viden, men bliver analyseret med fokus på relationen mellem styring og måden hvorpå styringen danner, styrer og installerer sandheder og selvfølgeligheder i subjekterne og ekskluderer eller marginaliserer andre betragtningsmåder.

Samtidig vurderer og diskuterer jeg rækkevidden af Foucaults vidensproduktion kritisk videnskabsteoretisk, især det forhold at:

effects of truth are produced within discourses that, in themselves, are neither true or false (Foucault 2001 i Fairclough mfl 2004:152).

Hermed begrænses det kritiske potentiale af Foucaults vidensproduktion, hvilket jeg mener kan løses ved at anvende Foucaults analytik i en realistisk videnskabsteoretisk ramme med vægt på at supplere den analytiske **dekonstruktion** med realistisk **rekonstruktion**. Jeg mener dermed ikke at den kritik der har været rettet mod Foucaults analytiske blik skal løses ved at etablere en distinktion mellem magt, strukturer og viden som Fairclough, Jessop og Sayer pointerer:

The trouble with Foucault's alternative is that it relies on the elision of power, structure and knowledge whereas critical realism insists on their distinction. By making such a distinction, it is possible to say something about the purpose of such social relations. By denying the importance of classes or the state or underlying economic relations, it is never clear exactly what power is exercised for and, consequently, it cannot be clearly said what it is that any possible resistance may be exercised against (Fairclough, Jessop, Sayer 2004:153).

Derimod mener jeg at det objekt som magten, styringen eller vidensproduktionen er rettet mod bør være udgangspunkt for at vurdere berettigelsen, meningsfuldheden og relevansen af bestemte styringsteknologiske problemdefinitioner, løsninger, behandlingstiltag, vidensformer eller socialpolitiske indsatser. Uanset om styringen, og de deraf afledte løsningsmodeller og

tiltag, er udtryk for bestemte politiske ideologier, betragtninger og interesser, må anvendeligheden af forskellige vidensformers eller diskursers relevans i et bestemt samfundsprojekt, eller psykiatrisk praksis, begrundes og vurderes i forhold til det objekt, (sociale eller psykiatriske problem), eller realitet, som refereres til når forskellige videnskabelige argumenter fremlægges og forsøges valideret. Jeg foreslår hermed at Fairclough, Jessops og Sayers kritik af de foucauldianske perspektiver:

it is never clear exactly what power is exercised for and, consequently, it cannot be clearly said what it is that any possible resistance may be exercised against (Fairclough, Jessop, Sayer 2004:153).

skal løses gennem en anden anvendelse af en realistisk stratificeret ontologi end Fairclough, Jessop og Sayer præsenterer, hvilket vil blive uddybet i de følgende afsnit.

## **Realisme, semiosis og diskurs**

Governmentalityanalyserne har, modsat CDA, analyseret politik og transformationer i politiske rationaliteter uden blik for de interesse modsætninger, økonomiske eller kontekstuelle forhold og ”beskidte kampe” og modstandsformer der ligger ’bag ved’ udformningen af diverse regeringsprogrammer (O’Malley et al 1997; Villadsen 2002). I governmentalitylitteraturen spekuleres der ikke over aktørers eller sociale klassers grundlæggende interesser, skjulte motiver osv., som det ses hos Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse (1992), samt Faircloughs senere udgivelser i samarbejde med Bob Jessop og Andrew Sayer (2004). Et grundelement i det senere samarbejde mellem Fairclough, Jessop og Sayer er en tilslutning til en kritisk realistisk tilgang baseret på en fælles interesse i at etablere et alternativ til dominerende hermeneutiske, konstruktionistiske, postmodernistiske eller positivistiske videnskabstraditioner. Alternativet er baseret på en anerkendelse af at der eksisterer komplekse, lagdelte, eller stratificerede, uobserverbare dele af virkeligheden der influerer på vores tænkning og praksis. Fælles er især en interesse i at etablere en analytisk distinktion mellem transitiv viden og den intransitive erkendelses uafhængige objekter som denne viden omhandler. Den transitive viden antages at bestå af socialt og historisk frembragt, kontingent viden i form af videnskab, teorier, praksis og diskurs. Den transitive viden kan

dermed ses som forenelig med en konstruktionistisk, postmodernistisk 'epistemisk relativisme', mens den realistiske tilføjelse af en ontologisk intransitiv dimension tilfører en form for 'judgmental rationalism', der gør op med konstruktionismens tendentielle relativisme og 'flade-ontologiske' erkendelse (Fairclough, Jessop, Sayer 2004). Diskursanalytisk dekonstruktion betragtes af Fairclough, Jessop og Sayer som et væsentligt og anvendeligt analytisk redskab i en kritisk realistisk ramme *såfremt* dette analytiske greb suppleres med en 'dybere ontologisk forståelse' for de bagvedliggende mekanismer, magtkampe, interesser og strukturer der genererer den dominerende diskurs, mens fokus i denne afhandling er på de ekstra-diskursive fænomener (mekanismer) der producerer og udgør det substantielle i det fænomen (det sociale objekt) som videns- og meningsproduktionen, i form af problemkonstruktion, definition og problemforståelser i den psykiatriske videnskabelighed, såvel som de styringsteknologiske tiltag og sociale og psykiatriske løsninger, er rettet mod.

Jeg anvender derfor ikke Fairclough, Jessops og Sayers analytiske redskaber i den form og med den hensigt som de her foreskriver. Jeg anser dog deres metateoretiske refleksioner som yderst interessante og relevante, og en del af deres metateoretiske grundlagsdiskussioner vil derfor kunne genfindes i de følgende afsnit i denne afhandlings analysestrategiske kobling mellem den anvendte governmentality-analytik og realistisk ontologi.

Den realistiske optik anvendes af Fairclough, Jessop og Sayer (2004) til at situere eller placere sprog, diskurs og ideologi i en kontekstuel ramme hvor kausalrelationer anses som samvirkende med diskursen. Realismens forklarende potentiale anvendes inden for disse retninger som forklarende kontekstuel ramme i forhold til de diskurser vi er vidne til:

Realism can situate language, discourse and ideology within context-specific, or 'causally efficacious' circumstances. Realism can help to uncover issues of power, representation and subjectivity and how discourse and other social practices produce real effects (Josephs og Roberts 2004:17 - preface).

Dette er allerede uddybet i CDA som den præsenteres af Fairclough (1992), men især i Faircloughs senere publikationer i samarbejde med Jessop og Sayer lægges vægt på at supplere CDA med disse mere konkrete og komplekse analyser af de 'ekstra-diskursive domæner' for hermed at undgå en reduktionistisk og ufuldstændig forståelse for sociale kausalitetsprocesser:

Yet, answers to the question of how semiosis produces effects are generally conspicuous by their absence in much social science analysis. This could well be due to the many uncertainties and/or controversies over the nature of explanation in the social sciences (Fairclough et al. 2004:24).

Fairclough, Jessop og Sayer anser semiotisk analyse og forståelse som forenelig med de kritisk realistiske ontologiske grundantagelser og betragter de to positioner som gensidigt supplerende på en række konstruktive måder. Det hul i vidensproduktionen som Fairclough, Jessop og Sayer dermed forsøger at dække er de kritisk realistiske varianter manglende definition af det substantielle semiotiske indhold af diskurser, samt de kontroversielle diskussioner og kontroverser mellem fortolkende videnskabstraditioner og forklarende traditioner, eller mellem *erklären* og *verstehen*, samt disse traditioners forskellige **kausalitetsforståelser**. Fairclough, Jessop og Sayer antager, at de fortolkende videnskaber (*verstehen*), og de forklarende (*erklären*), ikke kan betragtes som simple modsætninger, men kan (og bør) kombineres for dermed at producere mere sammenhængende og nuancerede forklaringer.

Understanding (Verstehen) and explanation (erklären) are not antithetical, but can be combined to produce a more coherent and complete explanation (Fairclough et al. 2004:26).

I forlængelse heraf argumenterer Fairclough et.al. for at semiosis både indeholder en intersubjektiv meningsdimension *og* potentielt kausale kræfter:

In contrast, we argue that semiosis is both meaningful and causally efficacious, and we therefore need to demonstrate, using critical realist concepts, how it produces effects. To do this we need to recall some key features of critical realist philosophy (Fairclough et al. 2004:25).

Kausalitet defineres af Fairclough, Jessop og Sayer som det der forårsager forandring. Kausalitet handler således ikke om at observere en lineær sammenhæng mellem årsager og effekter:

Causation is about what produces change (the activation of causal powers), not about (whether observers have registered) a regular conjunction of cause events and effect events (Fairclough et.al 2004:25).



Tages Fairclough, Jessop og Sayers citat for pålydende, er regulariteter ikke en nødvendig forudsætning for at forklare hverken fysiske eller sociale fænomener. Erklæren løftes hermed ud af den kvantitative, positivistiske, empiristiske tradition og ind i en mere kompleks socialvidenskabelig sammenhæng, hvor kausalitet skal forstås i komplekse åbne systemer. Og selv hvor regulariteter eksisterer, er det stadigvæk nødvendigt at forklare hvad der producerede disse observerede sammenhænge, eller formuleret anderledes: 'hvad der virker for hvem, under hvilke omstændigheder'.

Hence regularities are not necessary for explanation, whether of physics or social phenomena. Even where we do find regularities they still have to be explained in terms of what produces them. Thus critical realism rejects the Humean, constant conjunction view of causation (Fairclough et.al. 2004:26).

Fairclough et.al. antager således at diskurser kan fungere som årsager og kan producere forandring i retning af ændret identitetsforståelse, handlinger, adfærd og praksis:

Indeed when someone tries to persuade us that we are wrong to make this argument by giving us reasons, they in turn presuppose that offering reasons can be causative in at least some circumstances (Ibid:26).

Overføres Fairclough, Jessop og Sayers argumentation for et kort øjeblik til en aktuel diskussion inden for det sociale og psykiatriske felt, kan problemdefinitionsprocesser, herunder diagnoser, betragtes som diskurser, der i sig selv kan fungere som årsager (causes) og kan producere forandring i retning af ændret identitetsforståelse, handlinger, adfærd og praksis.

En central pointe i de nyere udgivelser af Fairclough, Jessop og Sayer er at tidligere socialforskning med interesse for semiosis (meningsproduktion) har haft tendens til at ignorere, eller overse, den sociale kontekst. Hensigten med deres senere udgivelser er at gøre opmærksom på at de semiotiske analyser skal placeres i en social kontekst bestående af dialektiske relationer, dels hos det enkelte menneske i form af individuelle interesser, hensigter, behov og ønsker og dels i form af sociale relationer, strukturer, økonomi og interesser. Budskabet er hermed at semiosis, forstået som meningsproduktion, er et væsentligt og uomgængeligt aspekt af det sociale liv, men at dette ikke udelukker et fokus på sociale relationer og materielle og sociale strukturer:

Thus because texts are both socially structuring and socially structured, we must examine not only how texts generate meaning and thereby help to generate social structure but also how the production of meaning is itself constrained by emergent, non-semiotic features of social structure (Ibid 2004:27).

Sagt på en anden måde vil ingen social praksis som vi undersøger, med dette blik, kunne reduceres til semiosis alene. Fairclough, Jessop og Sayer lægger dermed afstand til de Foucault-inspirerede diskursanalyser som de betegner 'discourse-imperialisme', fordi de foucauldianske analyser, som de ser det, eliminerer den helt centrale distinktion hos den kritisk realistiske videnskabsteori mellem transitive og intransitive dimensioner af den videnskabelige vidensproduktion (Ibid 2004:27):

We therefore reject the Foucauldian-inspired conflation of discourse and material practices as one more instance of the 'discourse-imperialism' that has infected social theory for the last two decades. This conflation also eliminates the distinction – so crucial for critical realism – between the transitive and intransitive dimensions of scientific inquiry. It thereby produces the epistemic fallacies associated with strong social constructionism (Sayer 2000, Fairclough et.al. 2004:27).

Samtidig pointerer Fairclough, Jessop og Sayer (2004) at diskursteori, som den bl.a. er repræsenteret af Laclau og Moeffe og Foucault, har svært ved at adskille deres analyser fra de diskursformationer som de analyserer, hvilket, som jeg vil diskutere i de følgende afsnit, ligeledes er centralt i min egen kritik af de aktuelle governmentality-analyser der produceres i disse år:

Thus a realist anti-essentialism does not mean the abandonment of the notion of social structures. By contrast, discourse theory not only gives up on the attempt to describe social ontology, but actually reflects the logic of capitalism in its philosophical stance (Ibid 2004:6)

Fairclough, Jessop og Sayer (2004) etablerer et analytisk redskab, eller blik, der modsætter sig de diskursteoretiske retninger, der ikke antager, at der eksisterer 'noget uden for diskursen', og som dermed betragter diskursproduktion udelukkende som udspringende af diskurs.

We oppose theorists such as Laclau and Moeffe (1985), who, in a manner reminiscent of the analysis of the production of commodities by means of commodities offered by Straffa (1960), one-sidedly emphasise the discursive production of discourse from discourse (Ibid 2004:39).

Disse diskursteoretiske retninger overser, som Fairclough, Jessop og Sayer fremhæver, hvorledes ekstra-diskursive faktorer (mekanismer) begrænser, muliggør eller producerer diskurs.

Against this, we argue for at least equal weight to be given to the consumption of semiosis as well as its production. In particular, we have stressed that both the production and the consumption of symbolic systems (orders of discourse, etc.) are overdetermined by a range of factors that are more or less extra-semiotic (Ibid 2004:39).

På trods af min overbevisning om den kritisk realistiske videnskabstraditions potentialer i studiet af sociale og psykiatriske problemer, samt stor begejstring ved Fairclough, Jessop og Sayers invitation til at integrere en forståelse for meningsproduktion (semiosis) og kritisk realisme, vil CDA, såvel som Fairclough, Jessop og Sayers integration af semiosis og kritisk realisme ikke udgøre mit metodologiske udgangspunkt i første del af afhandlingen, hvor jeg ikke søger svar på hvorledes diskurs er determineret af strukturelle 'ekstra-diskursive' forhold og bagvedliggende, økonomiske og strukturelle interesser der afspejler sig i argumentationen og diskursproduktionen. I afhandlingens sidste dele vil mulighederne for at etablere en mere nuanceret kausalitetsforståelse, som Fairclough, Jessop og Sayer pointerer, dog få en mere fremtrædende plads. Jeg relaterer i afhandlingens sidste afsnit de styringsteknologiske diskursers konstruktion af en bestemt ontologi om mennesket til en kritisk realistisk metateoretisk argumentation, der vedrører forståelse og forklaringen af sociale og psykiatriske problemers opkomst, eksistens og forandringsprocesser. Hermed indføres en form for relativisme man måske kan kalde epistemisk eller erkendelsesmæssig relativisme, forstået således, at vores viden om verden altid kunne være anderledes, som Foucault pointerer, men hvor den politiske og videnskabelige neutralitet, governmentalityanalyserne etablerer, udfordres med udgangspunkt i det fænomen, genstandsfelt eller sociale objekt som refereres til når bestemte diskurser og problemforståelser og definitioner søges valideret. Med realismen fastholdes dermed en ambition om at vurdere validiteten og meningsfuldheden af den viden og de problemkonstruktioner der frembringes via forskning, styring eller terapeutiske praksisser gennem en bredere indsigt og multikausal forståelse for de psykiatriske og sociale problemers eller fænomeners ontologi og forandringsprocesser. Samtidig rejser denne teoretiske og metateoretiske kobling en række analysestrategiske

spørgsmål, da de postfoucauldianske analyser kan synes metateoretisk inkompatible med en kritisk realistisk videnskabsfilosofi. Dette vil blive uddybet på de følgende sider.

## **Hammersleys forsvar for realismen**

Kritikken af de dele af realismen, der forsøger at lave en kobling mellem konstruktivistiske og realistiske perspektiver, er blevet fremført af blandt andet John K. Smith og Phil Hodgkinson (2009). Smith og Hodgkinsons kritik er, for mig at se, en væsentlig udfordring for de realistiske perspektiver, samt denne undersøgelses metateoretiske design. Jeg vil derfor kort berøre denne kritik med henvisning til det citat af Rorty (1989) som Smith og Hodgkinson fremhæver som værende et væsentligt argument for deres kritik af realismen. Rorty skriver:

To say that the world is out there, that it is not our creation, is to say, with common sense, that most things in space and time are the effects of causes which do not include human mental states. To say that truth is not out there is simply to say that where there are no sentences there is no truth, that sentences are elements of human languages, and that human languages are human creations. The world is out there, but descriptions (interpretations) of the world are not. Only descriptions of the world can be true or false. The world on its own – unaided by the describing activities of human beings – cannot (Rorty 1989:5).

Smith et al. henviser i deres artikel til Rortys citat og gentager herefter kritikken af de realistiske perspektiver som en videnskabelig modsætning mellem på den ene side at fremføre at der eksisterer en virkelighed uafhængig af vores viden, interesser og formål med bestemte videnskabelige forklarings- og forståelsessprog, og på den anden side at fremføre at vores adgang til virkeligheden er medieret af de selvsamme videnskabelige begreber og sprog. Denne modsætning gør det ikke kun meningsløst, men også umuligt at etablere den vurdering af anvendeligheden af forskellige perspektiver som realismen lægger op til, fremfører Smith et al. (Smith et al 2008:35).

Hammersley (2009) forholder sig til Smith et al.'s kritik således:

From Smith et al's point of view this neorealism amounts to accepting a constructivist epistemology but seeking to combine it with a realist ontology, and they argue that this is internally contradictory. In effect, they portray neorealism as an uninhabitable halfway house on the road to a welcoming relativism; a

journey that the neorealists have reluctantly been forced to start because of the 'realization that they are obligated to accept a constructivist epistemology' (Hammersley 2009b:5).

Smith et al. argumenterer for at realismen ikke kan forsvares videnskabeligt fordi der netop ikke eksisterer en adgang til virkeligheden der ikke er formet af vores fortolkninger af denne gennem sprog og kultur. Dette er, som Hammersley (2009) angiver, et gammelt argument, der simpelt kan formuleres således:

Different animals have different perceptual apparatuses that deliver very different experience of the world, and (so the story continues) who can say, on what possible grounds, that any one of these (and, in particular, that of humans) provides experience that corresponds to how the world actually is? We could only know this if we were able to compare what is produced by different perceptual systems with the world itself. In other words, this criterion requires direct knowledge of the world independently of any perceptual system whatsoever, which is clearly impossible (Annas & Barnes 1985; Barnes 1990 I Hammersley 2009b:7).

Dette argument udfoldes i nyere tid af Smith et al., såvel som i denne afhandling, som en diskursiv, relativistisk forståelse for hvordan vores adgang til virkeligheden er medieret af begreber, sprog, kultur og fortolkning, hvilket gør de konstruktivistiske og hermeneutiske videnskabstraditioner til nødvendige iagttagelsesredskaber. Men som Hammersley pointerer, og dette er væsentligt for afhandlingens følgende sammenhæng: Dette underminerer ikke realismen, som Smith et al. (2009) postulerer i deres kritik, tværtimod. Realismen, som Hammersley (2009) udlægger den, og i den form som jeg præsenterer i denne afhandling, antager ikke at tilegnelsen af viden og vidensproduktion kræver en direkte adgang til virkeligheden, således at relationen mellem viden, videnskab og virkelighed kan formuleres i et 1:1 forhold. Som resultat heraf er det ikke et argument mod realistiske forsknings- og videnskabstraditioner at de ikke kan identificere og ikke postulerer at have adgang til 'sandheden' om virkelighedens (de sociale og psykiatriske problemers) beskaffenhed. Det realistiske i realismen er således af en grundlæggende anden form end kritikere fremfører, som Hammersley definerer det:

In short, we can use the word "knowledge" to refer to what we currently believe corresponds to reality while still recognizing, quite properly that we could be wrong (Hammersley 2009:8) As a result there is no contradiction between

claiming knowledge and recognizing that the production of all knowledge involves sociocultural or theoretical mediation (Hammersley 2009b:10).

Hammersley konkluderer efterfølgende at man ikke kan undgå realismen i hverken forskning eller praksis:

My argument here is that reliance on realism, as formulated earlier, cannot be avoided in pursuing inquiry of any sort; indeed, it is essential in most forms of discussion, and in most human activities [...]. For me, as a realist, the central standard for research is epistemic: It concerns whether the knowledge claim seems likely to be true. I have already explained why realism need not be, and indeed cannot be, abandoned (Hammersley 2009b:15).

Spørgsmålet bliver hermed, som Hammersley lægger op til, et spørgsmål om at vurdere de videnskabelige diskursers forklaringskraft. Hammersley skriver:

It has taken on ever greater significance in recent years with the rise of what might be called a new scientism, which in many respects seeks to reinstate older positivist, or empiricist, views about how social research should be assessed. One of the battle lines here has been over demands for “transparent” research and review procedures associated with the evidence-based practice movement (Hammersley 2009b:4).

Ambitionen om at vurdere den social og humanvidenskabelige vidensproduktions forklaringskraft er således, som Hammersley definerer det, en nødvendig forudsætning for at etablere et kvalificeret alternativ til evidensbevægelsen. Det interessante er dels hvorledes Smith et al.’s kritik begrundes med vores manglende kendskab til virkeligheden som ’den virkelig er’, hvorfor vi derfor ikke kan vurdere anvendeligheden af forskellige videnskabelige perspektiver ved at påperåbe os en adgang til en ekstern realitet der, som Smith et al. definerer det, kan fungere som rettesnor for den videnskabelige produktions validitet. Realismens intentioner om at indføre et begreb om *ontologi*, hvor udfra det bliver muligt at vurdere meningsfuldheden eller anvendeligheden af forskellige epistemologiske problemdefinitionsprocesser og historisk kontingente konstruktioner af det sociale eller psykiatriske problem, bliver af John K Smith og Phil Hodkinson beskrevet som en ambition om at vurdere hvilket videnskabeligt perspektiv der ’har ret’, eller som et spørgsmål om at falsificere eksisterende perspektiver, som Smith et al. definerer det:

For neorealists a great deal of consequence rests on our ability to decide, in a way untainted by particular interests and purposes, who has it right and who has it wrong. This idea that social / educational reality itself must be the final referent point for sorting out claims to knowledge has been deeply influenced by developments in the physical sciences (Smith et al 2009:32).

Smith et al. har delvist ret i at realismens accept af intranistive mekanismers påvirkning af og sammenhæng med de observerbare symptombilleder har visse ligheder med de naturvidenskabelige discipliners forskningsdesigns, men Smith et al. overser samtidig at store dele af de realistiske traditioner er engageret i at påvise at det ikke handler om enten-eller i forskningen, men derimod handler om at mange videnskabelige perspektiver og tilgange kan eksistere side om side og bidrage med en nuancering og øget forståelse for den kompleksitet der kendetegner sociale og psykiatriske problemstillinger, og at rækkevidden af forskellige discipliners vidensproduktion derfor bør vurderes og diskuteres konstruktivt i forhold til det genstandsfelt man undersøger og som har ens interesse. Som jeg ser det, er spørgsmålet hverken hos konstruktivister eller realister om der eksisterer en virkelig verden 'derude', men et spørgsmål om hvorvidt vi skal interessere os for hvad denne sociale verden 'er', hvordan denne verden transformeres og hvorvidt vi kan opnå viden om hvilke mekanismer der muliggør eller producerer denne verden (ontologi), eller om vi udelukkende skal interessere os for hvordan vi erkender denne verden (epistemologi). Forskellen på de konstruktivistiske og realistiske positioner er således, stillet lidt simpelt op, hvorvidt vi skal interessere os for hvad de sammenhænge og mekanismer, der genererer eller muliggør sociale og psykiatriske problemers eksistens og forandringsprocesser, er, og om vi netop ved at skaffe os viden om disse sammenhænge kan udvide vores erkendelse. Hermed lægger realismen op til en form for relativisme man måske kan kalde epistemisk eller erkendelsesmæssig relativisme, forstået således at vores viden om verden altid kunne være anderledes, men afskriver, som følge af sit stratificerede ontologiske fokus, en politisk og videnskabelig neutralitet der, sat på spidsen, gør al viden, alle styringsstrategier eller politiske løsninger 'lige gode'. Realismen fastholder dermed en ambition om at vurdere validiteten og meningsfuldheden af den viden der frembringes via forskningen, styring eller sociale og psykiatriske mikropraksisser gennem en bredere indsigt og multikausal forståelse for de sociale problemer eller fænomeners ontologi og forandringsprocesser. Dette skitserer, for mig at se, en væsentlig distinktion mellem definition, begrebsliggørelse og virkeligheden, som er central for denne afhandling.

## **En realistisk governmentalityanalyse – Metodologiske refleksioner**

For at opsummere så langt så er de postfoucauldianske analysestrategiske begrænsninger i forhold til denne afhandlings fokus af en anden karakter end den Fairclough, Jessop og Sayer fremhæver (Sayer 2000; Fairclough, Jessop og Sayer 2004). Kritikken af de postfoucauldianske diskursanalytiske retninger handler således ikke udelukkende om disse retningers manglende mulighed for at inddrage sociale strukturer, kontekst og kausale processer i forklaringen af den diskursformation og styringsteknologiske problemkonstruktioner, vi er vidne til. Derimod anser jeg governmentality-perspektivets begrænsede ontologiske erkendelsesmuligheder som værende en udfordring i forhold til at forstå, forklare og udvide vores erkendelse for det objekt som styringen er rettet mod, samt de sammenhænge og mekanismer der genererer, eller muliggør, sociale og psykiatriske problemers eksistens og forandringsprocesser. Dermed begrænses muligheden for at vurdere anvendeligheden af de styringsteknologiske løsninger og problemdefinitioner i forhold til den virkelighed som diskursen rettes mod. Jeg vil komme med et bud på en mulig vej ud af denne problematik i det følgende.

Først skal det gentages, at fordelen ved poststrukturalistiske tilgange, som jeg fastholder og drager nytte af i denne undersøgelse, er det veludbyggede begrebsapparat og fokus på hvordan enhver tale er en tale i en bestemt diskurs, påhæftet bestemte regler for acceptabilitet. Foucault illustrerer hermed at der til enhver diskurs er knyttet eksklusionsprocedurer, som ikke blot udelukker temaer, argumenter, talepositioner og problemforståelser fra diskursen, men også producerer bestemte problemdefinitioner, målgrupper, eller kategorier og tildeler andre grupper ret og legitimitet til forskellige former for behandling af disse, f.eks i form af indespærring eller terapi, som det ligeledes pointeres af Andersen (1999:32). Fordelen ved den genealogiske tilgang er i denne sammenhæng, at denne tilgang tilbyder epistemologisk refleksion, der gør det muligt at undersøge eventuelle sammenhænge (kontinuitet/diskontinuitet) mellem de kategorier psykiatrien anvender og beskriver sig selv med, og den historiske udvikling i styringstænkningen. Den diskursanalytiske, konstruktionistiske optik der er relateret til denne afhandlings 'reflexivity begreb' anvendes dermed til at tydeliggøre de eksisterende videnshierakier inden for psykiatrien såvel som de eksklusionsprocedurer der udelukker temaer, argumenter og talepositioner i den styringsteknologiske diskurs, og er dermed med til at legitimere og opretholde bestemte



vidensformer, menneskesyn og behandlingsmetoder, som: 'the client is required to fit in with' (Taylor og White 2000:199).

I afhandlingens første del anvendes dette analytiske blik til at undersøge hvilke iagttagelser og begreber styringen anvender, men først og fremmest hvilke begreber og iagttagelsesredskaber der mangler, eller som får en mere perifer placering i den aktuelle styringsudvikling. Jeg vil i det følgende argumentere for at et sådant analytisk greb er yderst anvendeligt til at forstå hvordan styringen virker i det sociale og psykiatriske felt gennem bestemte problematiseringer, hvor samfundsmæssige problemer må fremstilles på en sådan måde at det er muligt politisk at gøre noget ved dem (Bacchi 2009). Men jeg vil samtidig stille spørgsmål ved hvad det betyder for socialt og psykiatrisk arbejdes vidensgrundlag, håndteringsstrategier og fremtidige udviklingsmuligheder, hvis problematiseringer og problemdefinitioner baseres på bestemte ontologiske modeller, mens andre udelades.

Afhandlingens første del indeholder således diskursanalytiske elementer fra Foucaults genealogi samt den (post)foucauldianske governmentality-analyse, som den er blevet udviklet de senere år af bl.a. Mitchell Dean og Nickolas Rose, mens afhandlingens 2. og 3. del især vil trække på realistiske retninger som især præsenteret af Andrew Sayer og Roy Bhaskar. Fælles for de sidstnævnte realistiske tilgange er et direkte fokus på *ontologi*, hvilket medfører at den metodologiske udfordring består i at håndtere disse tilganges, samt governmentality-perspektivernes forskellige epistemologiske og ontologiske positioner, der på forskellig vis legitimerer forskellige måder at begribe og forske i styring og sociale og psykiatriske problemer på. I det følgende afsnit vil jeg derfor diskutere de epistemologiske og ontologiske implikationer af forskellige metodologiske valg i forskningen, såvel som i praksis og styringsudvikling, hvor forskellige styringstiltags kausalitetsforståelse og videnskabsteoretiske ontologiske positioner kan skimtes bag de mere tekniske, praktiske og metodologiske argumenter der fremføres. Et væsentligt analytisk fokus i de følgende afsnit er således, at undersøge, hvorledes der bag tekniske og metodologiske diskussioner omkring styring (f.eks. evidens), bag diagnosesystemer (konstruktion af basale kategorier, interventionsformer), bag forskellige politiske løsningsmodeller og problemdefinitioner, såvel som i forskningen, eksisterer videnskabsteoretiske 'paradigmer' bestående af *ontologi* (antagelser om virkelighedens beskaffenhed), *epistemologi* (hvad vi tror vi kan vide om virkelighedens beskaffenhed – og hvordan), og at disse forskellige paradigmer har

konsekvenser for de muligheder for begrebsdannelse og praksis der etableres, som ligeledes Rosenberg beskriver det:

I deskriptiv klinisk psykiatri har empirismen for alvor gjort sit indtog med fremkomst af standardiserede evalueringssystemer ('rating scales') og sygdomsklassifikationer (fx DSM-III), hvor psykiatriske symptomer og diagnoser søges operationaliserbare, dvs knyttet tæt til det sansebare. Et andet særkende for empirisk forskning er den udbredte anvendelse af matematik som led i videnskabelig begrundelse. Påvisning af sammenhæng, forskelle og lignende mellem operationelt definerede variable sker typisk ved anvendelse af statistiske metoder. **Dette er velkendt, men få er opmærksomme på, at man herved i en vis forstand skjuler erkendelsesteoretiske problemer**, idet en konklusion baseret på statistiske analyser hviler på nogle særlige antagelser om rimeligheden af den konkrete statistiske model, der er benyttet (Rosenberg 1986: 5-6 – Min markering).

Forskellige videnskabsteoretiske perspektiver har således forskellige epistemologiske og ontologiske grund- og gyldighedsforhold der hidrører den sociale virkeligheds beskaffenhed (ontologi) og former for (epistemologisk) repræsentation, italesættelse, definition og kategorisering. De forskellige ontologiske og epistemologiske perspektiver repræsenterer samtidig, hvis det metateoretiske afsæt forlades, omdiskuterede relationer mellem struktur (eller system) og aktør, mellem voluntaristiske og deterministiske perspektiver, kvalitative og kvantitative tilgange og forskellige slutningsformer i den sociologiske forskning. Realister som Bhaskar (1979) og Sayer (2000) fastholder et analytisk fokus på *ontologi*, hvilket i sig selv bidrager med yderst interessante og ofte kontroversielle samtdiagnoser (se f.eks. Anders Petersen 2009). Jeg vil argumentere for det konstruktive i at videreføre og udvikle Bhaskars og Sayers argumentation i relation til forskning i sociale og psykiatriske problemer, men samtidig lægge vægt på relevansen af hermeneutisk, fænomenologisk, naturvidenskabelig såvel som konstruktionistisk vidensproduktion i denne sammenhæng. I første omgang vil jeg diskutere relevansen af de konstruktivistiske og konstruktionistiske analyser, baseret på en forståelse for at vores adgang til virkeligheden er medieret af begreber, som også Sayer og Bhaskar pointerer, og derfor er sammenvævet med epistemologiske forhold. Konstruktivistiske og konstruktionistiske analyser kan derfor med fordel inddrages i en realistisk analysestrategi, hvis disse analyser ledsages af en kritisk refleksion omkring rækkevidden af denne vidensproduktion, samt de konsekvenser en ureflekteret anvendelse af disse analysestrategier kan medføre.

En central kritik af diskursanalysen og det konstruktivistiske perspektiv har været dets manglende evne til at levere overbevisende viden om samfundet og de sociale former den iagttager, dels fordi den ifølge kritikere baserer sig på et vagt samfundsteoretisk fundament, dels fordi den i sine metodologiske valg ikke forholder sig skeptisk til det metodiske og empiriske grundlag for de kategorier den selv fremanalyserer (Nissen og Nielsen 2009:162). I de postmodernistiske tilgange er indlejret et naturligt metodologisk og metateoretisk 'blik' – der skaber en metateoretisk parallelitet mellem den konstruktivistiske socialforskning og det Villadsen definerer som en bestemt form for socialt arbejde:

Vi bevæger os fra objektive behov og generelle faglige normer til brugerønsker og rekonstruktion af den udstødtes sandhed om sig selv. Det er tilsyneladende det samme selvforhold, som den konstruktivistiske forskning og det postmodernistiske sociale arbejde beder den udstødte om at etablere: 'skab din egen sandhed' (Villadsen 2004:249).

Den **konstruktionistiske** diskursanalyse kobler derimod, stadigvæk inden for postmodernistiske tilgange (Figur 1), menneskets erkendelse af sig selv med magtmæssige, eller styringsmæssige indgreb i den moderne velfærdsstat<sup>11</sup>. I disse analyser anses diskursen (udsagnene) som en selvstændig struktureret praksis med sin egen produktive karakter. Udsagnene skal således ikke fortolkes efter en anden dybereliggende mening, motiv, livsverden eller underbevidsthed, som i psykoanalysen eller dele af realismen, hermeneutikken eller marxismen (Mik Meyer, Villadsen 2007), eller som defineret i det ovenstående af Fairclough, Jessop og Sayer, med baggrund i økonomiske strukturer, interesser og intentioner (2004). Hermed fremkommer et analysefelt bestående af ”samlingen af alle faktiske udsagn” der i analyser af magtens former, styringsteknologi og governmentality forekommer specielt anvendelige til at illustrere hvordan visse former for tale udelukkes i forskellige tidsepoker, hvor diskursens, eller talens, principielle tilfældighed begrænses af udgrænsningsprocedurer (Foucault 2001, Mik Meyer og Villadsen 2007:24).

---

<sup>11</sup> Forskellen på konstruktivismen og konstruktionismen skal i denne sammenhæng forstås således at hvor konstruktivismens fokus er på en forståelse for menneskets aktive involvering i konstruktionen af deres egen virkelighed, retter konstruktionismen i højere grad blikket mod det omfang vores forståelser for den sociale verden er et produkt af, eller influeret af bredere sociale diskurser .

Fordelen i governmentality-analytikken er især tydelig, når det via denne analyse tydeliggøres hvilke menneskesyn, interventions – og vidensformer der produceres og distribueres i det sociale arbejde med sindslidende, og afledt heraf; hvilke handlerum og vilkår for begrebsdannelse og praksis den eksisterende styringsmentalitet efterlader de socialpsykiatriske institutioner med. Begrænsningen skal derimod ses i forhold til denne positions manglende mulighed for at ”træde ud af diskursen” og til ”at tænke anderledes” ved at tilbyde iagttagelsesmuligheder, refleksioner, eller som Houston definerer det, som begrænsede muligheder for social rekonstruktion (Houston 2001:847).

Overført til realismedebatten kan magten ikke føres tilbage til determinerende ’ekstra-diskursive’ størrelser, dog har magten, som det senere analytiske eksempel på Foucaults, og senere Roses biomagtbegreb, reale konsekvenser og er medskaber af konkrete realiteter som f.eks. ’subjektet’, som det defineres af Gergen:

SC<sup>12</sup> does not seek to deny that there are such things as grief, poverty, hunger, disease, genocide or ‘a real world out there’. It declines to concern itself with the nature or essence of things (**ontology**) opting instead to focus on how we come to know about the world (**epistemology**). This means that SC is, ‘ontologically mute. Whatever is, simply is’ (Gergen 1994:72 – Min markering).

Det interessant er at Mitchell Dean refererer til Irving Velodys (1998) indkredsning af al konstruktivistisk tænkning i relation til Ian Hackings arbejder som konstrueret af bestemte sociale, politiske og diskursive praksisser. Det er let at fremanalysere denne konstruktion. Men, som Mitchell Dean skriver;

this neither removes the problems of the real pain and suffering experienced by those designated as mentally ill or as victims of abuse nor absolves us of ethical responsibility on these matters (Dean 1998:1996).

Dean lægger i artiklen ”Questions of Method” (1998), vægt på governmentality-analysens ikke entydige slægtskab med konstruktivistiske positioner, og tydeliggør samtidig rækkevidden af governmentalityperspektivets vidensproduktion i relation til udviklingen af et refleksionsrum for socialt arbejde, eller social rekonstruktion som Stan Hudson (2001) definerer det. Selvom Dean forsøger at forholde sig til konstruktivismens akilleshæl, der

---

<sup>12</sup> Social constructionism

opstår ved ikke at betragte sociale problemer ontologisk, tilbyder hverken Foucault eller governmentality-analytikken en konstruktiv vej at gå i relation til alternative problemkonstruktioner eller håndteringsstrategier. Det tætteste Foucault og governmentality-studierne kommer på et formuleret alternativ til de eksisterende praksisser er, som defineret i nedenstående citat, en styrkelse af de styredes frihed og en sikring af deres rettigheder til at indholdsudfylde deres eget liv. Hermed knytter governmentality-analytikken, som jeg ser det, an til et frihedsbegreb, hvor det forbliver utydeligt hvad genstandsfeltets substantielle grundindhold *er*, og afledt heraf: hvordan et fænomen eller en problematisk situation opstår, forandres og bedst afhjælpes. Med governmentality-studiernes frihedsbegreb bliver det endvidere utydeligt hvordan disse frihedsrettigheder og potentialer skal realiseres i praksis uden at havne i en liberalistisk ”survival of the fittest” kultur som en svækket statsstyring af skeptikere kritiseres for at kunne frembringe: :

If what is under analysis are the practices by which we come to know ourselves in a certain way, by which we seek to direct our conduct and that of others, then such an analysis does not claim for itself a position of authority in relation to the realities of the pain, suffering and anguish experienced by, say, victims of abuse, or by those designated as schizophrenic. It does not either deny or authoritatively encode these realities. In fact, it is by being ‘nominalist’ in Foucault’s sense that we can show our respect for them. There is always another side to what is in these ‘regimes of practices’. We deal with ‘suffering’ in particular forms of discourse and have particular ways of ‘treating’ it and these regimes of practice and truth may augment or diminish, or transform in some other way, that suffering, but they are never its totality, and they never construct it. The ethical responsibility that falls to us is to analyse the limits of the necessity of these ‘regimes of practices’ and the possibility of their transformation, within a fundamental orientation towards what Foucault called “the rights of the governed” and towards creating a clearing for the undefined work of freedom (Eribon 1991:279 i Dean 1998:196).

Foucault eller governmentality-litteraturens mere eller mindre implicite frihedsidealer lægger sig på den ene side metateoretisk op ad en nyliberalistisk styringsteknologisk udvikling og kritiserer på den anden side denne udvikling af komplekse uigennemsigtige former for ‘conduct of the conducts’. Koblingen skaber en metateoretisk parallelitet mellem den konstruktivistiske socialforskning og den styringsteknologiske udviklings konstruktionen af bestemte dannelsesmæssige, terapeutiske og adfærdsregulerende praksisser (Villadsen 2005) og hermed en reduceret opmærksomhed på de mangfoldige måder samfundsmæssige forhold og det sociale liv, såvel som biologiske, psykologiske og kommunikative forhold former, muliggør eller producerer de sociale eller psykiatriske fænomener som ”realities of pain,

suffering and anguish experienced by, say, victims of abuse, or by those designated as schizophrenic” som Dean formulerer det (Dean 1998). Fokus forbliver dermed på de sociale og psykiatriske problemdefinitioners overflade, uden mulighed for at vurdere anvendeligheden eller relevansen af de konstruerede problemdefinitioner i forhold til den virkelighed eller realitet de er rettet mod eller refererer til. I Foucaults tidligere værker er der dog en opfattelse af at diskurs ikke udelukkende refererer til viden og sprog, men også til ’ekstra-diskursive forhold’, og Foucault beskriver i denne sammenhæng, at den diskursformation som analyseres i hans tidlige bog ”The birth of the clinic”:

is much broader than medical discourse... it encompasses a whole series of political reflections, reform programmes, legislative measures, administrative settlements, and ethical considerations (Foucault 1994:323).

I ’The Archaeology of knowledge’ anses institutioner og praksisser ikke som inkluderet i diskursen:

Archaeology also reveals relations between discursive formations and non-discursive domains (institutions, political events, economic practices and processes (Foucault 1972).

Actually, for a domain of action, a behavior, to enter the field of thought, it is necessary for a certain number of factors to have made it uncertain, to have made it lose its familiarity, or to have provoked a certain number of difficulties around it. These elements result from social, economic, or political processes (Foucault 1972).

I Foucaults senere analyser af governmentality og bio-magt synes det ligeledes som om han relaterer begrebet om bio-magt til de økonomiske processer, hvilket gengives af Josephs således:

This bio-power was without question an indispensable element in the development of capitalism: the latter would not have been possible without the controlled insertion of bodies into the machinery of production and the adjustment of the phenomena of population to economic processes (Foucault 1981:140-141 i Josephs 2004:156).

Samtidig lægger Foucault i disse analyser vægt på at illustrere *hvordan* liberalismen og politisk økonomi konstruerer det individuelle subjekt som en autonom og rationel

beslutningstager, hvor styring ikke relateres til et statsapparat men til individuelle mikrostrukturer. Samtidig er det en nødvendig forudsætning for udviklingen af en bestemt 'styringsmentalitet' at styringens 'objekter' defineres, afgrænses og kategoriseres, at grænser etableres og at det sociale liv ordnes og artikuleres på bestemte måder. For at vende tilbage til Foucault og realismen er Foucaults vidensarkæologi, som beskrevet af Jonathan Josephs (2004), det tætteste han kommer på et realistisk perspektiv (Josephs 2004:147). I Foucaults senere værker er han inspireret af Nietzsches genealogi, hvilket ændrer Foucaults sociale ontologi fra et mere sammenhængende diskursbegreb til et fokus på pluralisme og diskontinuitet, der samtidig etablerer en relation mellem viden og magt, der gør op med et positivt videnskabssyn, som det ses i den realistiske videnskabs tradition. Dette får skeptikere til at pointere at hvis viden altid er indlejret i diskurs eller bestemte 'sandhedsregimer', vil der, som Sayer pointerer, ikke være noget udgangspunkt for etableringen af objektiv viden, videnskab, eller virkelighed (Sayer 2000:49). Sayer argumenterer i forlængelse heraf for at Foucaults relativisering af sandheden:

Involves a performative contradiction which invites ridicule: There is no truth beyond whatever anyone defines as the truth – and that's the truth! (Sayer 2000:49).

Sayer er således kritisk over for den tendentielle relativisme i Foucaults værker og forholder sig undrende overfor hvordan Foucaults begreb 'sandhedsregimer', passer sammen med Foucaults kritiske udgangspunkt:

If **all** knowledge is the product of regimes of truth then they can hardly be said to be a problem [this is simply the way of things]. If, on the other hand, we are meant to understand their existence as problematic, then this implies that they are in some sense regimes of either un-truths or else unacceptable truths insofar as the constructions of the regimes have bad consequences (Sayer 2000:49).

Fairclough, Jessop og Sayer (2004) etablerer, det de anser som, et alternativ til denne problematik, ved at indføre et begreb for en ekstern realitet, der gør det muligt at begribe ikke kun 'sandheden', men også de regimer som *producerer* sandheden. Med andre ord så bliver sandhed måske nok skabt indenfor det Foucault definerer som 'sandhedsregimer', men sandhedsregimer skabes ikke i et materielt, økonomisk, strukturelt og samfundsmæssigt vacuum, og må derfor analyseres i relation til de ikke-diskursive mekanismer der producerer eller muliggør de eksisterende diskurser. Som tidligere anført vil jeg ikke analysere eventuelle

sociale, strukturelle forhold 'bag ved diskursen', og tilslutter mig derfor Foucaults diskurs og governmentality-begreb i denne sammenhæng.

Jeg anlægger således et analytisk perspektiv, uden blik for klasseforhold, produktionsstrukturer, bagvedliggende interesser og forhold der skaber diskursen. I denne sammenhæng anser jeg Foucaults begrebsapparat som yderst anvendeligt til at synliggøre hvordan styringen virker uden at lægge den analytiske vægt på betydningen af økonomi, strukturer og stat. Den manglende ontologiske dybde i Foucaults værker medfører dog at disse analysers fokus forbliver på magtrelationernes overflade (Fairclough et al. 2004:154). Foucaults fokus på styringens *hvordan* tager form som en analyse af hvordan de styringsteknologiske løsningers konstituering af subjektpositioner er effekter eller konsekvenser, af forskellige magt- og styringsteknologiske løsninger, der ligeledes operer på mikro-niveau gennem forskellige former for regulation, disciplin og styring af forskellige aspekter af det sociale liv. Governmentality kan således beskrives som en form for brobygning mellem etik og politik, hvor disciplinering afhænger af subjektets evne til selvkontrol og hvor styringen er en internaliseret del af individet, som det gengives af Josephs:

The state is superstructural in relation to a whole series of power networks that invest the body, sexuality, the family, knowledge, technology, and so forth... this metapower, with its prohibitions can only take hold and secure its footing where it is rooted in a whole series of multiple and indefinite power relations that supply the necessary basis for the great negative forms of power (Foucault 2001:123 i Josephs 2004:155).

Samtidig anser jeg viden og videnskabelighedens relation til 'virkeligheden' som værende essentiel for den følgende analyse. Jeg indfører dermed et andet realismebegreb og en anden kobling mellem analytisk dekonstruktion og realisme end Faircloughs kritiske diskursanalyse præsenterer, samt de senere udgivelser fra Fairclough, Jessop og Sayer. Hvis viden valideres ved referencer til en eksisterende (intransitiv) virkelighed, et Objekt, eller *væren*, må viden vurderes ud fra dennes forklaringskraft i forhold til denne virkelige (intransitive) verden, eller i forhold til det fænomen, man studerer. Jeg flytter derfor i anden del af afhandlingen fokus fra viden og videnskabelighedens institutionelle, styringsteknologiske forankring, til et spørgsmål om ontologi



## **Fra dekonstruktiv til ontologisk kritik**

Dermed åbnes dels op for refleksion omkring hvordan man som iagttager kan overvinde begrænsninger i erkendelsesprocessen, men også hvordan man ved at inddrage en *ontologisk* iagttagelse i de konstruktionistiske analyser kan have ambitioner om at overvinde klassiske analytiske distinktioner mellem et fokus på de styringsteknologiske begrebsmæssige problemkonstruktioner og de *reale* sociale og psykiatriske problemers multikausale karakter og eksistens for dermed at vurdere validiteten, relevansen og meningsfuldheden af de styringsteknologiske, psykiatriske og sociale problemdefinitioner og heraf afledte løsninger og håndteringsstrategier. De forskningsmetoder vi vælger afhænger således af, og påvirker, vores ontologiske erkendelsesmuligheder.

Ved at udvide fokus fra fremtrædelsesformer, diskursive problemkonstruktioner og symptombehandling, defineret som styringsteknologiske løsninger eller håndteringsstrategier, til også at inkludere en ontologisk refleksion og forståelse for hvad problemet egentlig *er*, vil et centralt spørgsmål være: hvilke løsninger fremkommer så selvfølgelig? Er det individuelle adfærdsregulerende løsninger eller bredere samfundsmæssige kollektive løsninger vi bør efterstræbe? Med hvilke begreber kan vi overhovedet begribe en sådan multikausal problemforståelse og forklaring der også inkluderer et blik for sociale og samfundsmæssige transformationsprocesser, sociogenese og ætiologiske refleksioner? Og hvilke vilkår for begrebsdannelse og praksis vil det fordre for det sociale arbejde at inddrage en sådan refleksion?

## **En neutral analyse**

Any practice of some complexity contains internal tensions, but there is no point in displaying them unless there is an attempt to resolve them (Baert 2005:138).

Som teoretisk tilgang tilbyder governmentality-perspektivet en væsentlig indsigt i styringens *hvordan* i det psykiatriske felt gennem et fokus på konstruktionen af 'problemet', og de politiske, organisatoriske og praktiske løsninger og håndteringsstrategier der bringes i anvendelse. Governmentality-perspektivet tydeliggør ligeledes hvorledes komplekse koblinger mellem aktører, viden, magt og teknikker indgår i bestemte styringsregimer, hvor nye former for styring udspilles og hvor bestemte måder at tænke oversættes til praktiske

løsninger og håndteringsstrategier der konstrueres i komplekse koblinger mellem styring, viden og magt (Dean 1999). Selvom fokus på styringsteknologiske og sociale bevægelser er væsentlig for denne undersøgelses tilgang til emnet, så medfører dette perspektiv samtidig nogle grænser for det analytiske blik på modstand og praksispluralisme, som det fremføres af Prior:

Those who are discursively constructed as lacking in political power (and therefore as being in need of strategies of empowerment (Cruikshank 1999), the socially excluded and the marginalised, in fact have the capacity to prevent or disrupt modes of governing from achieving their intended outcomes – if only by refusing to accept their allotted role in the governmental process (Prior 2007:28).

Selvom nyudviklinger og knopskydninger af governmentality-perspektivet i forskellige former og med forskellige formål håndterer kløften mellem teori og praksis, sat lidt simpelt op, tillader governmentality-perspektivet ikke (eksplicit) teoretisering vedrørende den multikausale sociale realitet der, sammen med de diskursive formationer, danner de sociale fænomeners varierende fremtrædelsesformer. Foucaults perspektiv kritiseres i forlængelse heraf for ikke at behandle hvorledes subjektet reagerer på magt, samt de muligheder for modstand der eksisterer og dermed subjektets *agency*. Dette medfører samtidig, oversat til en nutidig og aktuel kontekst, at Foucaults analytiske redskaber ikke kan anvendes til at sige noget om modstand og moddiskurser når styringsredskaber søges implementeret i praksis, eller om styringsredskabernes *reale* konsekvenser. Da jeg, som tidligere nævnt, har valgt at lægge særlig analytisk vægt på disse pluralistiske reaktioner i praksis der, som Kuhn (1962) definerer det, etablerer paradigmatisk anomalier der synliggør rækkevidden af det eksisterende vidensgrundlag, eller som Fairclough definerer det, synliggør moddiskurser som et område hvorfra forandring kan opstå (Fairclough 1992), vil jeg med en langt mindre detaljeringsgrad end traditionelle governmentality-studier udforske det rum som 'styringen' stiller til rådighed for selvstyring gennem personlig og politisk frihed. Derimod vil jeg analytisk 'give plads' til de kritiske, reflektive praktikers erkendelsesteoretiske forskelle i det sociale og psykiatriske arbejdes praksis og problemhorisonter.

## **En realistisk governmentality-analyse**

### **At gå i seng med fjenden**

Hvor governmentality-perspektivet i denne afhandling udgør et analytisk redskab til at undersøge hvordan problemdefinitioner konstrueres historisk og fungerer som en del af den aktuelle styringsdiskurs i nutiden, og dermed forholder sig til spørgsmål om *epistemologi*, engagerer realismen sig således direkte i spørgsmål om *ontologi*. Det væsentlige i dette afsnit er hvorledes realismens stratificerede ontologi, trods et tilsyneladende epistemologisk, ontologisk og metodologisk modsætningsforhold til konstruktivismen og konstruktionismen, kan fungere i et samspil med governmentality-perspektivet.

A causal power is possessed by an entity by virtue of its structure – a set of internally related objects or practices and this endows it with dispositions and capacities to act, behave or 'work' in certain ways (Sayer 1992:92).

I den udlægning af realismen som anvendes i denne sammenhæng anses det diskursive element i governmentality-perspektivet som én form for kausalitet, eller generativ mekanisme. De generative mekanismer påvirker ikke individer på en lineær deterministisk måde. Effekter skal forstås i deres kontekstuelle sammenhæng, hvor kausale kræfter, eller risikofaktorer og diskurser, påvirker individer forskelligt og derfor medfører varierende udfald i komplekse åbne systemer, eller som Houston definerer det:

Simple conjunctions of events (that is 'A' gives rise to 'B') rarely occur in the real world. (...) it is entirely possible to be infected and yet to remain healthy. This set of events may occur because of the subject's inherent resilience or, indeed, the ameliorating effects of his or her social conditions (Houston 2001:850).

Kausale sammenhænge må derfor analyseres som *tendenser* eller kausale tilbøjeligheder der ikke nødvendigvis udløses (Bhaskar 1989b 9-10). Foruden ontologisk refleksion omkring sociale eller psykiatriske problemers ontologi og dermed virkelighedens kausale kræfter, anses virkeligheden som værende kompleks, foranderlig og som værende produceret og medieret af begreber og historisk specifikke opfattelser af virkeligheden. Realistiske varianter lægger dermed stor vægt på sprogets konstitutive rolle og advokerer i overensstemmelse med governmentality-perspektivet for at al vidensproduktion er en social aktivitet der trækker på eksisterende videnshierakier og er indlejret i diskurs. I modsætning til governmentality-

perspektivet fastholdes nødvendigheden af en mere inkluderende ontologisk forståelse for relationen mellem diskurs og sociale fænomener:

for critical realists, although a social practice is concept dependent and socially constituted, the social world is not identical to the concepts on which it is dependent. This said, there is a relationship between knowledge and the world, and we must assess the 'objectivity' of different social constructions (Parr 2009:373).

Kritisk realisme tilslutter sig dermed en form for relativisme man måske kan kalde epistemisk, eller erkendelsesmæssig relativisme, forstået således at vores viden om verden altid kunne være anderledes, men afskriver, som følge af sit stratificerede ontologiske fokus, det Parr definerer som "a judgemental relativism", forstået som en politisk og videnskabelig neutralitet der, sat på spidsen, gør al viden, alle styringsstrategier eller politiske løsninger 'lige gode'. Sprog og handling eksisterer ikke i et 1:1 forhold, hvilket skyldes, vil kritiske realister hævde, at sproget kun skal anses som én mekanisme i en stratificeret ontologisk realitet. Hvis dette misforhold mellem diskurs og realitet, samt virkelighedens stratificerede ontologi overses, vil dette, ifølge skeptikere, medføre at governmentality-analysen, og konstruktivistiske analyser i et metateoretisk lys viderefører empirismens slutninger:

Utilizing a governmentality framework to unpick the governance of ASB<sup>13</sup>, risks advancing an empiricist ontology which reduces questions of what there is (ontology) to what we can know (epistemic questions) [either] through abstract discursive analysis of political rationalities (Parr 2009:374).

Ved inddragelse af et kritisk realistisk perspektiv som supplement til governmentality-perspektivet er det i denne sammenhæng for at anskue den vidensproduktion der udspringer af governmentality-analyser, metateoretisk, som en epistemologisk position, der yder et væsentligt bidrag til forståelsen af styringens *hvordan* i vores samtid, og som samtidig afdækker en mulig styringsteknologisk *mekanisme*, der muliggør, eller producerer, bestemte psykopatologiske udtryk eller symptomer, samt forholdet mellem problemdefinitionen og de anvendte håndteringsstrategier. Kritisk realisme indskyder et spørgsmål om objektivitet og kausalitet ud fra en betragtning om at sociale og psykiatriske problemer er komplekse og så længe vi ikke udvikler begreber der kan vurdere problemets omfang, indhold og

---

<sup>13</sup> Anti Social Behavior

samfundsmæssige forankring, eller begreber der kan vurdere rækkevidden af de styringsteknologiske problemdefinitioner i relation til sociale problemers multikausale og komplekse eksistens, udvikler vi heller ikke en position hvorudfra alternative eller mere konstruktive veje at gå fremadrettet kan etableres. Ved at indskyde en dybere ontologisk stratificeret dimension til analysen bliver det samtidig muligt at diskutere *validiteten* af de styringsteknologiske 'problemdefinitioner' og håndteringsstrategier, samt reflektere over forskellige problemdefinitioners meningsfuldhed og anvendelighed med referencer til brugeres og ansattes oplevelse af det sociale eller psykiatriske problem i det levede liv og i mødet med Den Anden.

I skrivende stund er der skrevet påfaldende lidt om en mulig kombination af Foucaults vidensproduktion og et realistisk filosofisk perspektiv, og en sådan alliance mellem realisme og dekonstruktion vil i begge lejre blive betragtet som at 'gå i seng med fjenden'. Som beskrevet af Colin Wright:

Deconstruction, at least as commonly understood, is typically thought to be against all ontologising discourses. For deconstruction, ontology is out (Wright 2004:201).

Kritisk realisme argumenterer i modsætning hertil for nødvendigheden af en ontologisk forståelse der samtidig forholder sig til de epistemologiske begrænsninger og problematikker der eksisterer i vores adgang til ontologisk viden om den sociale virkelighed (Wright 2004:202).

Foucaults perspektiv vil i denne sammenhæng facilitere et blik for hvorledes diskursive og styringsteknologiske strategier får bestemte objekter til at træde frem gennem bestemte problemdefinitioner og forståelser, så de kan gøres til genstand for styring og intervention.

Som defineret af Foucault:

One would analyse it [political knowledge, K.V] in the direction of behavior, struggles, conflicts, decisions and tactics. One would thus reveal a body of political knowledge that is not some kind of secondary theorizing about practice, nor the application of theory. Since it is regularly formed by a discursive practice that is deployed among other practices and is articulated upon them, it is not an expression that more or less adequately 'reflects' a number of 'objective data' or real practices. It is inscribed from the outset, in the field of different practices in

which it finds its specificity, its functions, and its network of dependences (Foucault 1972:194).

Der lægges i forlængelse heraf vægt på at etablere en analysestrategisk sondring mellem det jeg har valgt at betegne problemdefinitioner *i dybden* og problemdefinitioner *på overfladen*, eller mere præcist mellem *'flade / tomme'* ontologiske problemdefinitioner og -forståelser, og *dybere stratificerede* problemdefinitioner og -forståelser for sociale og psykiatriske problemer, hvilket vil være genstand for analysens del 2.

Som tidligere nævnt nærmer Nikolas Rose sig en definition af et sådant overflade/dybde perspektiv, men har først og fremmest, ligesom Foucault, forsøgt at udvikle en model eller en deskriptiv metode, en måde at analysere interrelaterede ting og redegøre for transformationer, der forbliver på overfladen og forbindelsen mellem disse ting (Rose 2007a; 2010). Som det burde fremgå nu, mener jeg ikke at en sådan epistemologisk redegørelse for interrelaterede fænomener og transformationer på overfladen i tilstrækkelig grad kan adskilles fra liberalismens selvbeskrivelse, og jeg mener at et sådant fokus efterlader disse analyser med et begrænset kritisk potentiale og begrænsede muligheder for at etablere forskningsegne alternativer. Jeg ser hermed et potentiale i at udvikle de realistiske, diskursanalytiske, såvel som nyere governmentality-perspektiver i en sådan retning at der tages højde for perspektivernes begrænsninger i erkendelsesprocessen.

Samtidig, og dette er væsentligt: Skal den her præsenterede sondring mellem forskellige ontologiske forståelses- og forklaringsmodeller fastholdes i mere bred forstand, har det ligeledes betydning for hvordan og hvorvidt bestemte styringsstrategier, løsningsmodeller og vidensformers relevans kan begrundes i forhold til disses sociale, psykologiske, biologiske, samfundsmæssige *konsekvenser*, eller de effekter disse har. Vi bevæger os dermed ind i mere velkendte diskussioner vedrørende effektmålingers værdi som gyldighedskriterium når sociale tiltag eller psykiatrisk intervention søges evidensbaseret, samt værdien af alternative evalueringsmetoder, der tager højde for kontekstuelle forskelle og samvirkende mekanismer i komplekse åbne systemer som virker ind på udfaldet hos det individuelle subjekt.

Samtidig er der grænser for muligheden for forklaring inden for socialvidenskaberne, hvilket realismen, i den her anvendte form, er bevidst om. Josephs (2004) definerer den forsigtighed der bør udvises i forhold til etableringen af forklarende videnskabstraditioner til socialvidenskaben, med reference til den kritisk realistiske betragtning at virkeligheden

eksisterer uafhængig af vores viden om den og at virkeligheden, og den viden vi har om virkeligheden, ikke er samme ting:

Caution comes from the premise that the real world is independent of the knowledge we have of it and that the world itself and the knowledge we have of it are not of the same thing (Joseph 2004:144).

Dette citat er interessant fordi Joseph her proklamerer at virkeligheden (*væren*) er uafhængig af den *viden* vi har om den. Jeg mener at dette postulat må anvendes med forsigtighed, og i alle tilfælde give anledning til refleksion, afhængig af hvilken relation mellem viden (V) og objektet (O) der etableres. Postulatet er åbenlyst inden for naturvidenskaben, som Sayer definerer det:

Der er ingen grund til at tro, at skiftet fra en teori om, at jorden er flad, til en teori om, at den er rund, blev ledsaget af en forandring i jordens form i sig selv (Sayer 2000:10 i Andersen 2007:23).

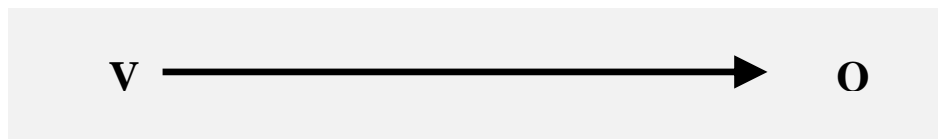
Men inden for socialvidenskaben, hvor forskningsobjektet er sociale fænomener, må det forhold tages med at vores viden om det sociale fænomen, vi analyserer, i sig selv kan have betydning for objektets form, eksistens og forandringsprocesser på komplekse, og i visse tilfælde, uigennemsigtige, måder.

Hvis man betragter sammenhængen mellem objektet (O) og viden (V) som en relation hvor det er muligt at objektet eksisterer *før* vores vidensfrembringelse, og i en form som måske er ude af trit med den aktuelle videnskabelighed og vidensproduktion indenfor et bestemt domæne, kan objektet (O), i dette tilfælde forstået som sociale og psykiatriske problemstillinger, eksistere som et virkeligt (intransitivt) fænomen, uafhængig af den (transitive) viden (V), teorier eller metoder rettet mod dette:



Figur 2 Objekt og Viden

Den omvendte relation kan dog også tænkes inden for socialvidenskaben hvor viden og diskurs i sig selv betragtes som performativ og påvirker det eksisterende intransitive objekts (O) essens og fremtrædelsesform:



**Figur 3 Viden og Objekt**

Denne betragtning om viden og diskurs som performativ er der ikke enighed om blandt kritisk realistiske perspektiver. Som Bhaskar blandt andet skriver:

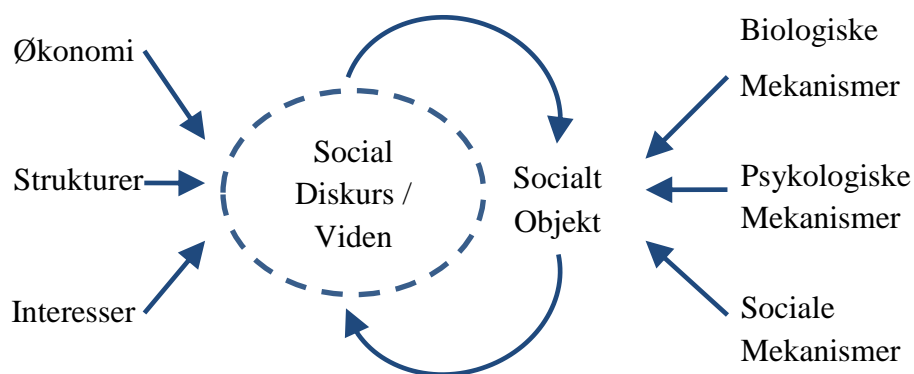
The intransitive objects of knowledge are in general invariant to our knowledge of them; they are the real things and structures, mechanisms and processes, events and possibilities of the world; and for the most part they are quite independent of us (Bhaskar 1978:22).

Dog uddyber Bhaskar selv denne relation ved at pointere hvorledes sociale strukturer er forskellige fra naturlige strukturer på en måde der gør det nødvendigt at tage højde for sociale strukturers kontingens og relation til begreber og meningssammenhænge, samt sociale fænomeners selvstændigt emergente egenskaber. I forlængelse heraf anser jeg det som nødvendigt at udbygge vores viden om diskurs som performativ inden for en realistisk videnskabsfilosofi.

For at vende tilbage til den realistiske videnskabsstraditions grundelementer, der anvendes i denne sammenhæng, er de sammenhænge, mekanismer og forhold som muliggør objektets fremtrædelsesform og substantielle grundindhold intransitiv, mens den viden vi har om objektet er transitiv. Den transitive viden, teorier og diskurser i ovenstående Figur 3's venstre side er genstand for de magt-viden relationer som Foucault analyserer. For postmodernistiske retninger eksisterer ingen distinktion mellem det transitive og intransitive. Viden, videnskabelighed og virkelighed erkendes som en og samme ting, og en interesse i at forstå og forklare en virkelighed 'uden for' vores viden om den er, og bliver betragtet som,



meningsløs (Joseph 2004:144), og disse analyser holder sig således indenfor nedenstående figur 4's stibledede cirkel:



**Figur 4 Viden, Videnskab og Virkelighed**

Figur 4 illustrerer desuden den analytiske distinktion mellem eksistensen af ekstra-diskursive intransitive mekanismer i form af interessemodsatninger, økonomi og strukturer der muliggør, eller producerer, den sociale diskurs og vidensudvikling, som fremgår i figurens venstre side, samt de ekstra-diskursive mekanismer, der konstituerer det sociale objekt i figurens højre side, forstået som en gensidig betinget intransitiv dimension bestående af multikausale biologiske, psykologiske, sociale og samfundsmæssige mekanismer der påvirker, genererer eller muliggør de sociale og psykiatriske problemers opkomst, eksistens, fremtrædelsesform og forandringsprocesser. Figuren illustrerer desuden hvorledes viden, semiosis og diskurs i sig selv kan betragtes som én blandt flere former for kausalitet, der påvirker det sociale objekt. Som det blev beskrevet i det foregående, mener jeg, at det objekt magten, styringen eller vidensproduktionen er rettet mod bør være udgangspunkt for at vurdere berettigelsen, meningsfuldheden og relevansen af bestemte styringsteknologiske løsninger, behandlingstiltag, vidensformer eller socialpolitiske indsatser. Uanset om styringen, og de deraf afledte løsningsmodeller og tiltag, er udtryk for bestemte politiske ideologier, betragtninger og interesser, må anvendeligheden af forskellige vidensformer eller diskursers relevans i et bestemt samfundsprojekt, eller psykiatrisk praksis, begrundes og vurderes i forhold til det objekt (sociale eller psykiatriske problem), det menneske, og den realitet, som de teoretiske og paradigmatisk kampes kæmpes over, og som spredt refereres til

når forskellige videnskabelige argumenter fremlægges og forsøges valideret. Dette skift i fokus er et skift fra ekstra-diskursive fænomener (mekanismer) der muliggør eller producerer diskursen (i figurens venstre side), til et fokus på ekstra-diskursive fænomener (mekanismer) der producerer og udgør det substantielle grundindhold i det fænomen (det sociale eller psykiatriske problem) som de styringsteknologiske tiltag og sociale og psykiatriske løsninger er rettet mod (i figurens højre side).

Selvom en afdækning, diskussion eller stillingtagen til diskursens produktionsbetingelser i form af ekstradiskursive intransitive mekanismer i figurens venstre side, vil disse ikke indgå eksplicit i de videre analyseafsnit. Jeg vil dog nævne her, at disse mekanismer er yderst centrale for dels at forstå en bestemt diskurs opkomstbetingelser, ideologiske forhold og mangler, og dels for at forstå *hvorfor* en bestemt diskurs har overlevet gennem årtier 'på trods af' dens mangler, som Pilgrim definerer det:

A remaining challenge for future researchers is in relation to interest work. What are the cognitive and financial interests of those attacking, and those seeking to preserve psychiatric diagnosis? (Pilgrim 2007: 540).

Det skal kort nævnes her at disse samvirkende mekanismer i figurens venstre side, kan udgøres af interessegrupperinger så forskellige som medicinalindustri, medicinske professioner, medier, forsikringsselskaber, pårørende og, vil jeg tilføje, også i visse tilfælde af brugerne selv:

An interest group that partially drives and sustains particular diagnoses is the pharmaceutical industry. Outside the medical profession, and apart from the drug companies and conservative elements in clinical psychology, other interest groups feeding the survival of psychiatric diagnosis can be noted. These include politicians and civil servants planning 'mental health services' and the morbid interest that the mass media and the film industry take in mental abnormality. The relatives of people with psychiatric diagnosis also benefit from the putative certainties of categorical reasoning. These various interest groups, for different reasons, prefer categories to the complexity of particular people with particular problems in particular social contexts (Pilgrim 2007:544).

Det væsentlige er her, at i Foucaults diskursanalyse træder både objekter og subjekter frem i kraft af, og gennem, den diskursive praksis. Inden for dette perspektiv kan eller bør udsagn ikke vurderes efter om de afspejler verdens fænomener mere eller mindre sandfærdigt.

Hermed anlægger Foucault en flad, eller tom, ontologisk forståelse for diskursens opståen, eller for problemet eller fænomenet som diskursen, udsagnet, vidensproduktionen eller de sociale og psykiatriske, løsninger og diskurser er rettet mod. Diskursanalysen afskærer således muligheden for at vurdere hvad det *er* vi kategoriserer, diagnosticerer og behandler – men problematiserer den selvfølgelighed der kendetegner disse vidensprocesser, ved at vise hvorledes problemdefinitioner og kategoriseringsprocesser træder frem gennem videnskabelige og kvasi-videnskabelige diskurser. Samtidig tager Foucault, modsat Fairclough, Sayer og realistisk videnskabsteori, afstand fra den hermeneutiske fortolkende tradition og afviser at udsagn kan tolkes på baggrund af ideer om den talendes bagvedliggende motiv, livsverden, underbevidsthed mv.

Figurens venstre side illustrerer således, at selvom der i visse sammenhænge er blevet argumenteret for en eksisterende strukturel dybde i Foucaults tidlige værker, er dette strukturbegreb af en mere diskursiv karakter end det præsenteres af forskellige varianter af kritisk realisme. Postmodernistisk viden er et eksempel på, det Bhaskar definerer som, epistemic fallacy, eller epistemisk fejlslutning. Med et ensidigt fokus på den sociale diskurs og vidensproduktionen i bestemte diskursformationer (i figurens stibledede cirkel), reduceres Objektet til den viden vi har om det. I en helt ekstrem form kan en sådan position, der ekskluderer enhver (intransitiv) realitet, medføre ekstreme postulater der ekskluderer eksistensen af naturkatastrofer og krige, og som anser disse fænomener som fabrikerede meningskonstruktioner, hvor enhver mulighed for at skelne mellem retoriske konstruktioner af sandt og falskt samtidig elimineres (Josephs 2004:145). Eller som beskrevet af Taylor og White:

Death, violence and human suffering provide evidence of there being a real world in which at times events of horrific ferocity occur. There are things whose existence 'cannot be denied' (tables, rocks, blood, bones and so forth) and things which 'ought not to be denied' (war, poverty, disease, pain and such like). From any perspective, to argue against the existence of this material reality is nonsense (Taylor og White 2000:24).

Jeg mener, i overensstemmelse med Taylor og White, at det er de færreste (hvis overhovedet nogen), konstruktivistiske positioner der ikke anerkender den reelle eksistens af forskellige fænomener, og jeg mener, at en sådan fremlæggelse af konstruktivismen ikke kun er meningsløs, men også uanvendelig som illustrativt eksempel på forskellen mellem realistiske

og konstruktivistiske positioner i socialforskningen. Som jeg ser det, er spørgsmålet hverken hos konstruktivister eller realister om der eksisterer en virkelig verden 'derude', men et spørgsmål om hvovidt vi skal interessere os for hvad denne sociale verden 'er', hvordan denne verden transformeres og hvorvidt vi skal bestræbe os på at opnå viden om hvilke mekanismer der muliggør, eller producerer, denne verden (ontologi), eller om vi udelukkende skal interessere os for hvordan vi erkender denne verden (epistemologi). Som jeg ser det, er disse to perspektiver gensidigt supplerende, for selvfølgelig skal vi interessere os for hvordan vi kommer til at erkende denne verden, men spørgsmålet er om denne erkendelse udelukkende skal rettes mod vidensproduktionen, udviklingen og afviklingen af viden, og de diskursive forandringer, eller om vores interesse for hvordan vi erkender denne verden også kan anvendes til netop at erkende verden og udvikle vores forståelse for det fænomen som vi studerer? Centralt for begge positioner er således spørgsmålet om hvordan vi kan erkende verden. Realistiske positioner vil i forlængelse heraf hævde at der eksisterer en uafhængig virkelighed hvis natur vi må bestræbe os på at erkende:

..and that the aim of reasearch [or knowledge acquisition, or professional practice] is to produce accounts that correspond to that reality (Hammersley 1992:43).

Foucaults perspektiver indeholder selvsagt et epistemologisk irrealistisk element som følge af sit afgrænsede analytiske fokus og interesse i det transitive vidensdomæne, som beskrevet af Norris:

Foucault's work does contain an irrealist impulse, which is to stake his all on the transitive domain of knowledge, and to define reality according to the power of discourses or the Nietzschean struggles of power-knowledge. There is a tendency in Foucault to reduce truth-claims to rhetorical-narrative strategies (Norris 1992 i Joseph 2004:145).

Samtidig er det nu blevet præsenteret hvordan Foucaults begrebsapparat tilbyder et anvendeligt analytisk 'greb', eller 'blik' som på flere måder kan supplere en realistisk videnskabsfilosofi i en frugtbar og konstruktiv retning.

Som beskrevet i de forgående afsnit eksisterer den psykiatriske videnskabelighed i et krydsfelt af forskellige vidensformer, interessemodsætninger, politik, styrings- og magtrelationer.

Den psykiatriske videnskabeligheds transitive domæne synes således ikke udelukkende at udvikles med baggrund i en interesse i at begribe, forstå og begrebsliggøre psykiatriske og

sociale problemstillingerens *væren*. Viden, videnskabelighed, og forskellige vidensformers hegemoni, er i lige så høj grad institutionelt, politisk og styringsteknologisk determineret.

Hvis det transitive domæne anses som kampplads for forskellige styringsdiskurser, politiske ideologier, økonomiske og personlige præferencer og interesse modsætninger, er epistemisk forsigtighed, eller reflexivity og dekonstruktion, et anvendeligt analytisk greb, mens en forudsætning for at vurdere de eksisterende vidensformers validitet, meningsfuldhed og relevans i en bestemt sammenhæng i forhold til det fænomen (objekt O) de er rettet mod, kræver en anden form for realistisk ontologi.

For at begrunde relevansen og anvendeligheden af forskellige vidensformer, eller diskursers relevans i et bestemt samfundsprojekt, eller psykiatrisk praksis, må disse således referere til et objekt, en realitet udenfor diskursen selv. Hvis adgangen til viden om objektet (**O**) (Figur 4) afskæres, bliver de forskellige vidensformers validitet internaliseret i diskurs. Epistemisk relativisme bliver til 'judgemental' relativisme (manglende dansk begreb...) således at meningsfuldheden af forskellige videnskabelige sandhedspostulater ikke kan vurderes. Vi ender dermed med at analysere forskellige sproglige konstruktioner uden nogen ekstern reference der kan validere eller falsificere postulatene, eller som Lyotard skriver:

All we can do is gaze in wonderment at the diversity of discursive species  
(Lyotard 1984:26, i Joseph 2004:146).

Foucaults perspektiv er ikke så ensidigt i sit forhold til realismen som her skitseret. Og den genealogiske metode der anvendes i dele af afhandlingen er på mange måder kompatibel med en realistisk metateori. Den genealogiske metode kan tydeliggøre hvordan de praksis- og vidensformer som vi aktuelt betragter som naturlige, legitime og nødvendige, er et resultat af kampe, udelukkelse og tilfældigheder tilbage i historien (Villadsen 2005:85). En væsentlig pointe er, at det analytiske blik i den genealogiske metode er, at genealogien synliggør de vidensformer og praktikker som har fået en mere perifer betydning eller er blevet undertrykt eller udgrænset. Med andre ord kan den genealogiske metode tydeliggøre hvilke spørgsmål vi *ikke* stiller til den psykiatriske praksis, tænkning, kategorier og forskning, og hvordan det er gået til at vi ikke stiller disse spørgsmål – mens rækkevidden af den genealogiske vidensproduktion medfører at den ikke kan ikke svare på det sidste og væsentlige spørgsmål; Hvad der ville ske hvis vi stillede disse spørgsmål som ikke bliver stillet?

Jeg vil i sidste del af afhandlingen komme med et bud på hvordan realismen kan udvide vores forståelse for dette sidste spørgsmål.

### **Opsummering af de teoretiske og metateoretiske positioner**

For at opsummere så langt, anser jeg det som nødvendigt at relationen mellem styring og viden og den ontologi om de sociale og psykiatriske problemer som konstrueres i den styringsteknologiske diskurs vurderes i forhold til det objekt som det etablerede vidensgrundlag er rettet imod. En realistisk ontologi om mennesket præsenterer i forlængelse heraf et positivt videnskabssyn, med en ambition om at udfordre traditionelle paradigmediskussioner og -kontroverser til fordel for en placering af den transitive viden og de tilsyneladende divergerende og til tider inkompatible vidensformer i en stratificeret ontologisk realitet. Ambitionen er hermed at metode- og teoridiskussioner der handler om hvem der har *ret*, ikke videreføres, men at viden (paradigmer, discipliner og praksisser) anses som indeholdende en forklaringskraft i forhold til forskellige dele af denne virkelighed.

Så hvor Foucault relaterer forskellige teorier eller diskursers 'sandhed' eller forklaringskraft til det man kan kalde sandhedsregimernes transitive domæne, vil realistisk videnskabsteori argumentere for at vi er nødt til at udvide disse analyser med et blik for den intranistive virkelighed som dels muliggør, eller producerer, de diskursformationer og sandhedsregimer som vi netop er vidne til på dette tidspunkt i historien **og**, det væsentlige i denne sammenhæng: det **Sociale Objekt**, (sociale eller psykiatriske fænomen) som vidensproduktionen eller diskursen er rettet mod. Foucaults kritik er dermed **dekonstruktiv** og ikke ontologisk, mens denne afhandlings indføring af realistisk ontologi udvikler og muliggør et analysestrategisk skridt videre fra konstruktionistisk **dekonstruktion** til realistisk **rekonstruktion, eller rekontekstualisering** i afhandlingens del 2. Hermed etableres et muligt bud på hvorledes det dels er muligt at forholde sig metodologisk til de analytiske begrænsninger i governmentality-analysen, der indledningsvis beskrives som governmentality-perspektivets manglende mulighed for at 'træde ud af diskursen' og vurdere anvendeligheden og meningsfuldheden af de etablerede styringsdiskurser, samt dets manglende potentiale i forhold til at vurdere meningsfuldheden og anvendeligheden af de konstruerede problemdefinitioner og håndteringsstrategier.

Foucault, with his emphasis on contingency, difference and discontinuity is able to provide a critique of these relations, but cannot have transformative potential if it does not have a developed conception of the underlying structures that agents must transform. Consequently his later writings are strategic without a strategy, and his critique is that of a marginal outsider, suspicious of all strategies and discourses including those aiming for some sort of emancipation (Josephs 2004:164).

I det følgende analyseres de 'styringsteknologiske diskurser' som en sammenhængende konstellation af bestemte styringsrelationer, samt disses forbindelse til bestemte vidensformer, konstruktioner af det sociale objekt, såvel som de mulige subjektpositioner der etableres. Der lægges vægt på styringsdiskursernes historiske opkomstbetingelser, samt de styringsteknologiske og sociale bevægelers sammenhæng med opkomsten af bestemte objekter, og dermed bestemte problemdefinitioner, forståelses- og forklaringsprog, der udgør et særligt observationspunkt hvorudfra de sociale eller psykiatriske problemer iagttages. Der lægges hermed vægt på hvorledes et praksisregime hviler på en helt bestemt diagnosticering af hvad der er problemer. Og det undersøges hvorledes de eksisterende problemhorisonter er rammesættende for vores syn på Den Anden og vores søgen efter løsninger.

Den følgende analyse udformes med empirisk opmærksomhed på:

- Fremkomsten af de evidensproducerende institutioner, samt den viden disse institutioner er i stand til at frembringe
- De internationale klassifikationssystemer (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, APA) og The International Classification of Diseases (ICD-10, WHO))
- De psykoedukative programmer i den hospitalspsykiatriske praksis
- Funktionsniveaumålingerne i den specialiserede socialpsykiatri, med baggrund i Den Danske KvalitetsModel (DDKM)
- Motiverende samtaler i den specialiserede socialpsykiatri

# Del 1

---

## Epistemologiske transformationsprocesser i den styringsteknologiske konstruktion af sociale og psykiatriske problemer

En Storm P- tegning viser en stærkt beruset mand, der en sen natte time står og fumler efter nøglerne foran sin dør. Han kan ikke finde dem i mørket, men får øje på en gadelygte længere nede af vejen og begiver sig hen under lyset og begynder at lede efter nøglerne der. En nattevandrer passerer forbi og spørger hvad han leder efter? ”Mine nøgler” svarer den berusede: ”Har du tabt dem her?”, spørger den forbipasserende? ”Nej” svarer fulderikken ”Men det er det eneste sted der er lys” (Benny Lihme 2008:30-31).

Denne lignelse, gengivet af Benny Lihme, skal illustrere en central pointe i de følgende afsnit. Forskellen mellem virkelighedens transitive og intransitive niveauer fremstår som en central illustration på forskellen mellem fulderikkens søgen dér hvor der ikke er noget lys, og hvor der i overført betydning ingen begreber eller teori er, som man kan støtte sin søgen til, eller på den anden side at lede dér hvor det måske er lettest at lede, hvor gadelygtens lysskær rammer, men hvor sandsynligheden for at man opnår en ny erkendelse eller løsning på det problem man søger at løse er begrænset.

En bestemt styringsteknologisk udvikling, hvor en sammenhæng mellem vores søgen efter viden og de rationaler eller logikker der kaster lys over, og opfordrer til, bestemte former for søgen, er specielt tydelig, er gennem de seneste års fremvækst i idealer om *evidence-based-management*, *evidence-based medicine* og *evidence-based practice*, defineret som overførslen af bestemte forskningsbaserede retningslinjer til management, psykiatrisk praksis og medicin. Det væsentlige omdrejningspunkt i det følgende vil derfor være et analytisk nedslag i den evidensbaserede praksis (EBP), den evidensbaserede medicin (EBM) og den diagnostiske psykiatriske praksis. Fokus vil dels være på de **epistemologiske** transformationsprocesser, der kan identificeres i den styringsteknologiske konstruktion af sociale og psykiatriske problemer, samt den konstruktion af basale kategorier som de styringsteknologiske løsninger bygger på



og legitimerer, og hermed den ontologi om mennesket og det sociale og psykiatriske problem der historisk er blevet konstrueret i et netværk af begreber, teknologier, institutioner og praksisser. Hensigten er hermed at indbyde til refleksion omkring hvordan de måder vi styrer på muliggør opkomsten af bestemte 'problemdefinitioner, forståelser og forklaringer' af det sociale og psykiatriske problem, der influerer på den psykiatriske videnskabelighed og transformation, problemforståelser og praksis på netop dette tidspunkt i historien, og dermed, med reference til Benny Lihmes indledende lignelse, influerer på vores 'søgen efter løsninger og forklaringer'.

### **Travelling concepts**

Inden for de senere år er der overført forskningsbaserede retningslinjer til management, praksis og medicin og videre til det sociale arbejde med sindslidende. På trods af det psykiatriske felts organisatoriske opdeling mellem en social og en sundhedspolitik, adskilt af sektorgrænser og forskellige interesser, sprog, kulturer og værdier, overføres de samme principper for kvalitetsudvikling, og dermed også, som jeg vil tydeliggøre i de følgende afsnit, de samme problemdefinitioner og løsninger, fra sundhedsområdet – og videre til socialområdet. Denne overførsel af principper og problemdefinitioner antages at fungere som 'samlende bindeled' der kan hindre fragmentering i en decentraliseret struktur.

Således ses udviklingen i evidensbaseret medicin (EBM) som forgangsbillede for idealer om evidensbaseret praksis inden for det sociale område, mens Den Danske Kvalitets Model først blev implementeret inden for sundhedsområdet og i de senere år er forsøgt overført til socialområdet ud fra samme principper, dog i en modificeret form hvor det sociale områdes særlige karakteristika skulle være indarbejdet i udformningen. For at forstå hvordan styring udvikles, oversættes og anvendes i det sociale arbejde med sindslidende, kan det derfor være relevant at skæve til hvordan styring anvendes inden for sundhedspolitikken, sundhedsvæsenet og mere specifikt i denne sammenhæng; hospitalspsykiatrien. Samtidig udformes styringstiltag inden for sundhedsområdet med inspiration fra det private erhvervslivs måde at organisere produktionen på, og forskelle mellem den offentlige og private opgavevaretagelse beskrives i denne sammenhæng, af kritikere, som værende nedtonet:

Kritikere af NPM har fremhævet, at politikere i deres 'iver' efter at lære at blive effektive, tilsyneladende overså de fundamentale forskelle, der er mellem offentlig og privat opgavevaretagelse. Det produkt, som offentlige organisationer 'sælger' vil ofte være immaterielt, hvor produktion og forbrug hænger sammen (Røvik et.al., 2007).

Med inspiration fra det private erhvervsliv etableres flere managementkoncepter og nyliberalistiske styringsidealer i stadig flere samfundssfærer og inden for stadig flere sektorer og institutioner som sygehuse, psykiatri og socialpsykiatriske institutioner, hvis opgavevaretagelse i udgangspunktet har et andet indhold end begreberne i de nye styringstiltag oprindeligt er rettet mod.

Begreber som omstilling, produktivitet, gennemstrømning, kvalitetssikring, prisseffektivitet, resultatdokumentation og effektiv ressourceudnyttelse er således en del af virkeligheden i de fleste institutioner. Sammenfaldende med tiltag der har fokus på effektivisering og især effektiv ressourceudnyttelse, fremføres reformtiltag der omhandler specifikke forsøg på at sikre *kvaliteten* af det psykiatriske og socialpsykiatriske arbejde med udgangspunkt i dokumentation af sociale og psykiatriske praksissers effekt, herunder introduktionen af evidensbaseret medicin (EBM) og evidensbaseret praksis (EBP). Disse kvalitetsreformer involverer, og antages at påvirke, de fagprofessionelles adfærd gennem normer og standarder for god praksis baseret på internationale forskningsresultater, f.eks. gennem Cochrane-samarbejdet på sundhedsområdet og Campbell-samarbejdet på det sociale område. Udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel på hhv. sundhedsområdet og senere det sociale område er eksempler på et nationalt initiativ der bygger på principper om at sikre en ensartet høj kvalitet.

Et væsentligt element i legitimeringen af det sociale og psykiatriske arbejde over for offentligheden, sker således gennem offentliggørelsen af kvalitetsmålinger og brugerundersøgelser, hvor hensigten, i tråd med markedstankegangen, er at skabe en 'gennemsigtig offentlig sektor'. Ideer om markedet som reguleringsmekanisme er således central i den decentrale psykiatriske struktur. Ralph Stacey pointerer at:

Policy makers responded by making attempts to mimic markets in the public sector, and managerialism, the private sector theory of management, was imported and increasingly imposed by central government on the whole of the public sector. It was taken for granted that the supposed success of the private sector was caused by the method of governance practiced in commercial and industrial organizations in a market setting (Stacey 2010:21).

## **Frit marked – eller kontrol?**

'Bag ved' markedsretorikken kan der samtidig skimtes det modsatte, nemlig en regulerings-, og kontroltendens, hvor der opstilles kvalitets- og resultatindikatorer med det formål at sikre præstationsoptimering. Disse præstationsteknologier er baseret på udviklingen af standarder og mål for den 'gode praksis og indsats' med det formål at standardisere de nationale offentlige indsatser og sikre en ensartet høj kvalitet. Disse præstationsteknologiske løsninger anvendes således som det der af Dean (1999) beskrives som et indirekte middel til at regulere psykiatriens og socialpsykiatriens indsatser og gøre disse kalkulerbare og gennemsigtige ved at genetablere tilliden til den professionelle ekspertise, blandt andet med henvisning til 'sikker, forsknings- (evidens)baseret viden' (Rose og Miller 1992, Dean 1999).

Jeg vil i de følgende afsnit analysere denne udvikling men det kan kort nævnes her, at i en dansk psykiatrisk og socialpsykiatrisk kontekst, på de besøgte institutioner, kom dette diskursive skift til udtryk gennem øgede krav om tydelige fastdefinerede mål for beboerne, defineret af den anbringende kommune i samarbejde med personale og eventuelt beboeren. Disse mål blev skrevet ind i de personlige handleplaner, der samtidig skulle fungere som et løbende kvalitetsdokument i kvalitetsarbejdet og dermed anvendes til den efterfølgende evaluering af om målet nu blev, eller bliver opfyldt.

# **Præstationsteknologiske løsninger i behandlings- og socialpsykiatrien**

## **Evidens og konstruktionen af basale kategorier**

Evidensbegrebet er nærmest uomgængeligt når man beskæftiger sig med psykiatriens udvikling, videnskabelighed og styring, hvor dokumenteret effekt af bestemte behandlingsmetoder, i psykiatriplaner, kvalitetsmodeller og referenceprogrammer forventes at kvalificere kliniske beslutningsprocesser. Den store informationsmængde om psykiatriske lidelser har medført et behov for en systematisk gennemgang af den eksisterende evidens med henblik på at fastlægge et ensartet program for diagnostik, udredning og behandling af de psykiske sygdomme, og der er i den forbindelse udarbejdet referenceprogrammer for nogle af de mest 'patient-tunge' psykiatriske lidelser, som blandt andet bipolar depression, angstlidelser, skizofreni og ADHD. Ved udarbejdelsen af referenceprogrammerne er der, som det beskrives:

..anvendt en dokumenteret og systematisk metode. Der er strenge metodologiske krav til systematisk litteratursøgning, vurdering af litteraturens kvalitet og anførsel af evidensens styrke (Referenceprogram for ADHD, April 2008:12).

Det første niveau på vejen mod en evidensbaseret praksis er således en selektion og vurdering af den eksisterende forskningslitteratur på baggrund af mere eller mindre eksplicite kriterier for forskningslitteraturens kvalitet (Høgsgbro 2011; Rieper 2006). Den anvendte litteratur i referenceprogrammerne er vurderet jf. nedenstående skematiske fremstilling hvor der formuleres en række anbefalinger som er gradueret efter artiklernes evidensniveau. Systemet har til hensigt at kaste lys over Archie Cochranes spørgsmål: "Can it work? Does it work in practice? Is it worth it?" og ambitionen er, i forlængelse heraf, som det beskrives af Sackett og Haynes:

...to make it possible for busy clinicians seeking valid clinical bottom line. To find more useful and valid summaries of evidence on a growing array of clinical topics, prepared and appraised according to uniform scientific principles (Haynes og Sackett 1995:6).

Udgangspunktet for en evidensbasering er, som allerede nævnt, at ikke alle vidensformer er lige valide, og der udmøntes derfor en rangordning af den viden som resultaterne fra primærstudier udgør, og som ligger til grund for systematiske reviews og i sidste ende deres anbefalinger for politisk såvel som praktisk handlen. Rangordningen tager udgangspunkt i det forskningsdesign som er anvendt i primærstudierne. De ensartede videnskabelige principper, der ligger til grund for selektionen af den forskningsbaserede litteratur, kan i den forbindelse relateres til et hierarki med bestemte krav til hvilke metoder og design der kan betragtes som evidensbaserede.

Et fællestræk ved alle udgaver af evidenshierakiet er, som Rieper og Hansen beskriver (2007:19), at de giver fortrinsstilling til det randomiserede kontrollerede forsøg (RCT). Evidenshierakiet præsenteres i forskellige sammenhænge og ser med mindre variationer ud som det fremgår af nedenstående :

Niveau	Studietype
1a	Systematiske reviews af RCT.
1b	Enkeltstående RCT af god kvalitet.
1c	Kontrollerende, men ikke randomiserede forsøg.
2a	Systematiske reviews af kohortestudier.
2b	Enkeltstående kohortestudier. Dårlige RCT.
3a	Systematiske reviews over casekontrolstudier.
3b	Enkeltstående casekontrolstudier.
4	Caseserier eller kohortestudier eller casekontrol af dårlig kvalitet.
5	Ekspertvurderinger, konsensuskonferencer, kvalitative designs mv.

**Tabel 2 Evidenshierarki**

(Rieper og Foss Hansen 2007:19)

Rangordningen i hierakiet synes foretaget på baggrund af kausalitetsantagelser der efterstræber en metodologisk udelukkelse af kontrafaktiske problemstillinger og hermed andre mulige årsager til en bestemt virkning. Disse kausalitetsopfattelser er baseret på den empirisk-analytiske videnskabsteoretiske tradition. Med evidenshierakiet som grundlag for selektion af forskningsresultater, indsættes således et filter, der frasorterer de forskningsdesigns og metoder der, jf. hierakiet, anses som mindre valide. Det pointeres i forlængelse heraf fra flere kanter, at det derfor er helt nødvendigt at forholde sig kritisk, reflektivt, til helt

grundlæggende forhold i denne proces, eksempelvis *hvem* aktørerne der udfører dette selektionsarbejde er, *hvilke* interesser der ligger bag, samt *hvem* der finansierer evidensproduktionen (Ekeland 2004:33). Jeg har tidligt i afhandlingen afholdt mig fra at analysere disse forhold ud fra en betragtning om, at det objekt som magten, styringen eller vidensproduktionen er rettet mod bør være udgangspunkt for at vurdere berettigelsen, meningsfuldheden og relevansen af bestemte styringsteknologiske løsninger, behandlingstiltag, vidensformer eller socialpolitiske indsatser. Jeg tillægger således ikke de ekstra-diskursive fænomener (interesser, økonomi, strukturer mv), der muliggør, eller producerer, evidenshierakiets nuværende udformning, videre opmærksomhed i afhandlingen, selvom disse analyser er yderst anvendelige og interessante i en række andre sammenhænge.

Mens udgangspunktet for udvælgelsen af primærstudier til systematiske reviews kritiseres for at være baseret på en opfattelse af, at ikke alle vidensformer er lige valide, og at vidensformer således må rangordnes efter artiklernes evidensniveau, bliver spørgsmålet om hvilke studier der inkluderes interessant, da selve selektionsprocessen illustrerer hvad der bliver betragtet som valid og legitim viden. Tilføjer man hertil at der til alle videnskabsteoretiske positioner er knyttet bestemte epistemologiske erkendelsesinteresser og ontologi om mennesket, bliver evidensdiskussionerne, som jeg ser det, dét mere interessante og relevante og måske især: betydningsfulde for den fremtidige sociale og psykiatriske praksis.

I de randomiserede eksperimenter (RCT) er det grundlæggende formål at kunne forklare forholdet mellem indsats og effekt. I de fleste sociale sammenhænge er der, som beskrevet af Launsø, Olsen og Rieper, mange forhold der kan virke ind på de indsatser og effekter der undersøges, og udfordringen består i forlængelse heraf i at bestemme om det er indsatsen i sig selv der skaber de observerede effekter, eller hvorvidt det er andre forhold og sammenhænge (Launsø, Olsen og Rieper 2011:17). Formålet med det kontrollerede eksperiment er således at afdække årsags-virkningsforhold hvor det er muligt at måle X (indsatsen, der er den uafhængige variabel) og Y (effekten, der er den afhængige variabel), samt kontrollere for alternative årsagsfaktorer. I det kontrollerede eksperiment kan teoretiske refleksioner således udelades, og de kontrollerede eksperimenter gennemføres ofte uden en teoretisk forankring og antager form af en 'black-box-test' (Figur 5)



Figur 5 Det kontrollerede eksperiment

Det randomiserede kontrollerede eksperiment, fordrer en tilfældig udvælgelse af to grupper der er sammenlignelige, eller statistisk ens. De to grupper er hhv. eksperimentgruppen, der modtager interventionen eller indsatsen der skal undersøges, og kontrolgruppen, der ikke modtager denne indsats, og det væsentlige i denne sammenhæng er at få afgrænset populationen. I denne konstruktion af basale kategorier, interventions- og kontrolgruppe, er de diagnostiske praksisser og klassifikationssystemer centrale. Mens teoretiske refleksioner kan udelades i det kontrollerede eksperiment, så ændredes de basale kriterier i klassifikationssystemerne ligeledes fra starten af 1980'erne til en diagnostisk praksis der ligeledes blev gjort a-teoretisk og non-ætiologisk. Det blev hermed muligt, eller i hvert fald ambitionen, at sikre en højere reliabilitet af de basale kategorier, der anvendes i de randomiserede kontrollerede eksperimenter, da diagnostikken nu blev gjort uafhængig af personlige og teoretiske spekulationer om uklare og abstrakte årsagssammenhænge. Det interessante i denne sammenhæng er, som ligeledes Launsø, Olsen og Rieper nævner, at der

bag designet af det randomiserede kontrollerede forsøg ligger nogle ontologiske antagelser om hvad en behandling er, opfattelse af patientens betydning for effekt af en behandling og hvad virkning og effektmål er. Antagelser, som er styret af forskerens paradigme (Launsø, Olsen og Rieper 2011:21).

På det sociale område tilstræbes ligeledes i DDKM (Danske Regioner 2007), at kvalitetsmodellen opbygges på et evidensbaseret grundlag:

At arbejde evidensbaseret indebærer, at der indsamles viden, der kan understøtte formuleringen af standardernes indhold. Kvalitetsmål/standarder bliver væsentlige faglige pejlemærker for det sociale arbejde og det er derfor meget vigtigt, at de bygger på tilgængelig viden og bedste praksis (Modelskitse DDKM Danske Regioner 2007).

I både hospitalspsykiatrisk og socialpsykiatrisk regi beskrives et evidensbaseret grundlag for kvalitets- og styringsmodellerne som værende det strategiske udgangspunkt, mens begge programmer indfører et forbehold for dels manglende muligheder for at udvikle dette

grundlag, og dels at graderingen af de evidensbaserede anbefalinger ikke nødvendigvis er sammenfaldende med anbefalingernes vigtighed i en klinisk praksis. Idealer om at udvikle en praksis baseret på sikker evidensbaseret viden om hvad der virker bliver i referenceprogrammerne defineret som:

generaliserbar viden om årsag-virkningsforhold udledt af randomiserede kontrollerede tests, observation, måling og analyse af den kausale relation mellem intervention og udfald (Referenceprogram for behandling af ADHD 2008).

Og det formuleres hvorledes det evidensbaserede grundlag medfører en mere konsistent forpligtigelse, indfrielse og opnåelse af de formulerede målsætninger og standarder, fordi det evidensbaserede vidensgrundlag er baseret på empiristisk viden (Stacey 2010:15). Ledere, politiske beslutningstagere og praktikere vil dermed kunne handle på baggrund af 'facts' og sikker viden, og imødekomme kritikken rettet mod organisationernes, i dette tilfælde, psykiatriens, beslutningsgrundlag som værende baseret på personlige overbevisninger, interesser og erfaringer. Vidensgrundlaget forventes udviklet gennem kontinuerlig test, afprøvning og udvikling af best-practice idealer, der kan sikre økonomisk vækst eller bæredygtighed (Stacey 2010:15). En sådan definition af evidens kan relateres til det der defineres som et snævert evidensbegreb. Forskellen på det snævre og det brede evidensbegreb er, at mens det snævre begreb bestræber sig på at give klinikere, praktikere og politiske beslutningstagere en systematisk oversigt over den relevante kliniske forskning, så kan sidstnævnte have et bredere sigte, og det brede evidensbegreb relateres ofte til det der af Rieper og Hansen (2006) defineres som en evidensstypologi hvor der anvendes forskellige forskningsdesigns, som f.eks. forløbsundersøgelser og casestudier (Jørgensen, Nordentoft, Videbech 2009:20).

En forskningsmæssig interesse og fokus på det snævre evidensbegreb, som har kendetegnet forskningslitteraturen de senere år, er ikke tilfældig. Jørgensen, Nordentoft og Videbech inddeler i bogen: "Håndbog i psykiatrisk forskning og evidens" (2009) den evidensbaserede psykiatri udvikling i tre perioder. Historisk eller genealogisk analyse af evidensbegrebets fremvækst og anvendelse i psykiatrisk praksis tydeliggør, at begrebet har ændret sig over tid i takt med både det medicinske speciales videnskabelige status og opfattelsen af psykisk sygdom har ændret sig. Som det gør sig gældende i afhandlingens øvrige afsnit, kan Jørgensens, Nordentofts og Videbechs inddeling af den evidensbaserede psykiatri i tre



perioder relateres til de sociale og teknologiske bevægelser i samme periode, til udviklingen i opfattelsen af psykisk sygdom, til skiftende definitioner og kategoriseringer af det sociale eller psykiatriske problem og til skiftende anerkendte interventions- og behandlingsmetoder og skiftende socialpolitiske og velfærdsstatslige løsningsmodeller. De tre perioder som Jørgensen, Videbech og Nordentoft henviser til er:

1. En periode hvor evidens havde rod i sociale, religiøse, filosofiske, kulturelle og politiske synspunkter og holdninger
2. En periode hvor evidens var bundet til den videnskabelige søgen efter årsager og forståelse for psykisk sygdom
3. En periode hvor evidens forbindes med den effektive behandling, dvs. en ret snæver måde at tænke evidens på (Jørgensen, Nordentoft og Videbech 2009:20)

Jørgensen, Nordentoft og Videbech anvender her en historisk ret bred definition af evidensbegrebet, som de beskriver:

Mennesket har selvsagt alle dage brugt evidens i deres forsøg på at forklare og forstå verden. Men det er først inden for de senere par årtier, at man har taget begrebet evidensbaseret medicin til sig [...]. Før den tid, dvs før 1980, var der stort set ikke tale om en evidensbaseret psykiatri i nutidig forståelse, og fremskridtene var helt overvejende betinget af klinisk erfaring (Jørgensen, Nordentoft, Videbech 2009:20-21).

Det interessante ved Jørgensen, Nordentoft og Videbechs definition af evidensbegrebet, samt dets historiske oprindelse, er hvorledes de henleder en nutidig forståelse af evidensbaseret psykiatri til et historisk skift fra 1980'erne og frem, hvor evidens i tiden herefter forbindes med den effektive behandling og i forlængelse heraf, det de betegner som "en ret snæver måde at tænke evidens på". Evidens kan i denne sammenhæng anses som et historisk kontingent og relativt begreb, og dets substantielle grundindhold og anvendelse kan betragtes som indlejret i sociale og teknologiske bevægelser. Jeg vil i det følgende videreføre Jørgensen, Nordentoft og Videbechs historiske definition af evidensbegrebet, og det analyseres hvorledes sociale og teknologiske løsninger falder sammen i tiden fra starten af 1980'erne og frem og tegner konturerne af et paradigmatiske skift eller brud. Dette brud analyseres således ikke kun i måden at definere og anvende evidensbegrebet, men analyseres i sammenhæng med historisk skiftende forståelser af psykisk sygdom, samt den psykiatriske

videnskabeligheds og definitionsprocessers institutionelle forankring og transformation som rækker langt ud over, og alligevel er sammenfaldende med, et sundheds- og socialpolitisk behov for sikker viden og effektive behandlingsmetoder og indsatser.

### **Nyt eller gammelt paradigme?**

I 1992 udkom den første artikel fra gruppen Evidence based medicine Working Group 1992. Arbejdsgruppen bestod af David Sackett, Gordon Guyatt og Brian Haynes, og artiklen er ofte efterfølgende blevet citeret i forskellige sammenhænge:

A new paradigm for medical practice is emerging. Evidence based medicine de-emphasizes intuition, unsystematic clinical experience, and pathophysiologic rationale as sufficient grounds for clinical decision making and stresses the examination of evidence from clinical research. Evidence based medicine requires new skills of the physician, including efficient literature searching and the application of formal rules of evidence evaluating the clinical literature (Evidence based medicine Working Group 1992).

Artiklen fra 1992 påpeger at EBM udgør et nyt videnskabeligt paradigme, og det randomiserede kliniske forsøg defineres som det afgørende skift der leder til dette nye paradigme. Som respons herpå spørger Møhl og La Cour om ikke det forholder sig omvendt:

At EBM er de sidste krampetrækninger ved et gammelt og snart uddateret paradigme – altså snarere et konserveringsmiddel end noget nyt? (Møhl og La Cour 2008:137).

En lignende pointe fremføres af Ralph Stacey der pointerer at rationel systemplanlægning og lineære kausalrelationers manglende succes som styringsgrundlag i komplekse adaptive systemer kan betragtes som en forudsigelse af en snarlig afslutning på evidensstænkningens epoke, eller det Stacey betegner som ”den rationelle systemplanlægnings fallit” og ikke som artiklen pointerer, begyndelsen på noget nyt (Stacey 2010:137). Ifølge Thomas Kuhn opererer videnskaber i rolige perioder inden for en given ramme (paradigme), men i perioder hvor den bliver konfronteret med en række problemer (anomalier), som ikke kan løses inden for det etablerede paradigme, sker der en ændring af såvel teorier som metoder (Møhl og La Cour 2008:137). Et paradigmeskift er, med reference til Kuhn: ”ikke-kumulative episoder i

udviklingen, hvor et ældre paradigme erstattes helt eller delvist af et nyt, som er uforeneligt med det gamle” (Kuhn 1962).

Spørgsmålet om hvorvidt det snævre evidensbegrebs fremvækst kan betegnes som begyndelsen på et nyt paradigme, eller som en afslutning eller gentagelse af tidligere diskussioner, kan forstås i lyset af evidensbegrebets fremvækst, der var sammenfaldende med et politisk og samfundsmæssigt behov for kontrol, gennemsigtighed og regulering af velfærdsstatens såvel som psykiatriens og socialpsykiatriens ydelser og de nyetablerede decentrale indsatser, blandt andet med henvisning til ’sikker, forsknings- (evidens)baseret viden’ (Rose og Miller 1992, Dean 1999). Moderne styring, som det ses med opkomsten af den evidensbaserede medicin og praksis, trækker på bestemte former for viden og videnskabelighed blandt andet gennem den selektion af primærstudier der ligger til grund for udarbejdelsen af metaanalyser og dermed retningslinjerne for den evidensbaserede praksis, som det kom til udtryk i ovenstående evidenshierarki og referenceprogrammets metodologiske krav til systematiske reviews, vurdering af litteraturens kvalitet og anførsel af evidensens styrke på baggrund af en hierarkisering af forskellige forskningsmetoders styrke. Med evidenshierarkiet som grundlag for denne selektion af primærstudier i de systematiske reviews, pointerer kritikere sandsynligheden for at en række (primært kvalitative) studier frasorteres på forhånd mens studier baseret på RCT betragtes som det mest valide design ud fra empiristisk-analytiske idealer for videnskabelig klarhed. En snæver definition af evidensbegrebet indeholder således en forestilling om at man i forbindelse med beslutninger kan sætte sig ud over brugeres og professionelles individuelle præferencer og supplere eller erstatte denne med en viden der er baseret på det der defineres som mere sikre og kvalificerede forskningsmæssige resultater (Høgsbro 2011).

Hvis der kigges mere grundigt på det tekniske, metodologiske og videnskabsteoretiske rationale, samt de grund- og gyldighedsforhold som produceres og reproduceres med EBM og EBP, er det åbenbart at det metodologiske fundament for en evidensbaseret praksis på ingen måde udgør et nyt paradigme, som også Møhl og La Cour (2008) pointerer, men snarere er en gentagelse af tidligere forskningstraditioner – dog i en ny udformning. Det nye der gør at man alligevel, modsat Møhl og La Cour, kan argumentere for at man med opkomsten af den evidensbaserede medicin og praksis kan tale om det David Sackett, Gordon Guyatt og Brian Haynes (1992), definerer som *A new paradigm for medical practice* er, at idealer om rationel

systemplanlægning, evidens og best-practice idealer blot er en del af en række større og mere gennemgribende sociale og teknologiske bevægelser i velfærdsstaten, på netop dette tidspunkt i historien. Det metodologiske fundament for en evidensbaseret praksis kan således meget vel, ved en grundigere gennemgang, fremstå som 'gammel vin på nye flasker', og de tekniske og metodologiske diskussioner der fremtræder i evidensdebatten kan, som Helen Simons (2004) pointerer, medføre en følelse af, at *We are having to argue the ground all over again*, da der bag idealerne om 'kvalificerede forskningsmæssige resultater', som grundlag for beslutningsprocesser i praksis, eksisterer betydelige forskelle i det metodiske grundlag, såvel som menneskesyn, erkendelsesteori og opfattelsen af hvilken viden der er anvendelig og relevant i praksis. Som Hammersley definerer det:

The issue of assessment criteria for qualitative research has long been recognized to be an important one. But it has taken on even greater significance in recent years with the rise of what might be called a new scientism, which in many respects seeks to reinstate older positivist, or empiricists, views about how social research should be pursued and assessed. One of the battlelines here has been the demands for "transparent" research and review procedures associated with the evidence-based practice movement (Hammersley 2009b:4).

Disse forskelle har gjort at forestillingerne om en evidensbaseret praksis har ført til en genopblussen af diskussioner som er både nye og gamle. Gamle fordi de indeholder en hel del elementer som også genfindes i 60'ernes og 70'ernes metodediskussioner, men også nye, som pointeret af Høgsbro (2011), Rieper og Hansen (2006; 2007), fordi der har meldt sig nogle nye aktører på banen i form af bl.a. Cochrane Institutet og Campbell-samarbejdet, som har specialiseret sig i at samle forskningsbaseret viden og i at producere systematiske forskningsoversigter.

De evidensbaserede idealer eksisterer samtidig som en del af en række nye teknologier til socialt og psykiatrisk arbejde i form af en kombination af præstationsteknologier såsom de tidligere beskrevne krav til dokumentation og måling af behandlingsmetoders og indsatsers effekt, samt handlingsteknologier, der gennem selvstyrings-, oplysnings-, motivations-, og ansvarliggørelsesteknikker, forsøger at højne og forbedre vores evner til at deltage, samtykke og handle, som Mitchell Dean skriver:

Together these technologies forge a new linkage between the regulation of conduct and the technical requirements of the optimization of performance (Dean 1999:173).

Udviklingen er således sammenfaldende med de senere års opmærksomhed på integration af viden om årsags-virkningssammenhænge mellem intervention og effekt i en kontinuerlig udvikling af den offentlige sektor, hvor behovet for at vurdere hvilke indsatser, behandlingsmetoder eller støtteforanstaltninger 'der virker', er blevet et aktuelt spørgsmål og et ufravigeligt krav i forhold til de økonomiske prioriteringer. Vi kan ikke "lade de 1000 blomster blomstre", og vi kan ikke smide penge efter indsatser der ikke virker, eller som vi ved direkte skader, som Mandag Morgens oversigtsartikel om evidensbegrebet i 2005 beskriver det (Hede og Andersen 2005).

Evidensbaseret medicin blev første gang anvendt som begreb i 1988 da der blev nedsat en gruppe der skulle udvikle og omsætte Archie L Cochranes principper til den kliniske hverdag. EBM's tekniske og metodologiske fundament baseres på Cochranes bog fra 1972 'Effectiveness and Efficiency', hvor det pointeres hvorledes en del lægelige behandlinger er uden dokumenteret virkning eller ligefrem er dokumenteret uvirksomme eller skadelige (Møhl og La Cour 2008:129). Cochranes ærinde var således at fremme systematisk afprøvning af lægemidler inden de kom på markedet for dermed at undgå fatale konsekvenser af udokumenterede og utestede præparater som f.eks. Thalidomid der kom på markedet inden dets (skade)virkning var undersøgt, hvilket resulterede i at mange børn blev født med misdannelser. Eller som Chalmers nogle år senere formulerede det:

Because professionals sometimes do more harm than good when they intervene in the lives of other people, their policies and practices should be informed by rigorous, transparent, up-to-date evaluations (Chalmers 2003:22).

Når man kigger tilbage på psykiatriens og medicinens historie, som bl.a beskrevet af Foucault i Galskabens Historie (2003), giver den psykiatriske videnskabeligheds og medicinske historie dels et billede af den psykiatriske videnskabeligheds kontingens, såvel som psykiatriens samfundsmæssige funktion, og vidner samtidig om flere epoker hvor alskens problematikker blev gemt af vejen på de store statshospitaler og behandlet efter datidens bedste overbevisninger (Foucault 2003). Hvorvidt behovet for rationel systemplanlægning på baggrund af sikker (evidensbaseret) viden, som Rosenberg, Chalmers og Sackett nævner, i forlængelse heraf skal imødekomme et *behov* for sikker viden, der ikke kun afspejler tro og overbevisning, eller hvorvidt idealer om forsknings (evidens)baseret viden fungerer som en del af en bredere governmentalitet og styringsteknologisk udvikling, er et centralt spørgsmål.

Og et andet og lige så væsentligt spørgsmål er hvorvidt den kontrollerede randomiserede viden overhovedet formår at leve op til sine egne målsætninger om at gøre op med det der defineres som den ukontrollerede erfarings begrænsning som erkendelseskilde.

Når en psykiater, eller (social)psykiatrisk frontmedarbejder hævder, at en given behandling er effektiv, skal dette således i højere grad opfattes som udtryk for at den er videnskabeligt begrundet og ikke blot baseret på tro. Men hvad er kriteriet så for at noget er videnskabeligt begrundet? Og hvilken forståelse af problemet, og hvilken ontologi om mennesket, dets problemer og mentale sundhed og sygdom, relaterer den videnskabelige begrundelse sig til? I den brede betydning af begreberne, 'videnskabeligt begrundet', 'sikker viden' og 'evidens' er de færreste nok uenige; det psykiatriske og socialpsykiatriske arbejde med sindslidende bør benytte viden, resultater og erfaringer der er opsamlet via forskning og som ikke skader borgerne, som Chalmers definerede det (2003:22). Men på trods af en tilsyneladende enighed om behov for vidensdeling, kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse, opstår uenighederne og diskussionerne på flere niveauer når kriterierne for evidensbaseret praksis fremlægges, og netop i disse uenigheder tydeliggøres psykiatriens forskellige sygdomsbegreber og psykiatriens position som samfundsmæssig institution. Uenighederne handler således ikke udelukkende om hvorvidt viden om sammenhængen mellem intervention og resultat er vigtig eller ej, men snarere om, hvordan evidens kan, og bør, tilvejebringes, og dermed hvordan evidens konstitueres (Krogstrup 2011:134). Evidensbaseret viden er således et krav, som de fleste tilslutter sig, men som i en konkret sammenhæng kan blive problematisk, fordi man ikke har gjort sig sin erkendelsesteoretiske position klar.

En ofte fremført kritik af evidensstænkningen er rettet mod den selektion af primærstudier der ligger til grund for udarbejdelsen af metaanalyser<sup>14</sup> og dermed retningslinjerne for den

---

<sup>14</sup> Evidensbegrebet er, som nævnt, knyttet til udarbejdelsen af forskningsoversigter og metaevalueringer som følge af at kravene til den videnskabelige dokumentation er steget, såvel som kravene til de videnskabelige metoder, samt et hastigt voksende antal videnskabelige undersøgelser, der kan gøre det vanskeligt at få overblik over den videnskabelige evidens. Meta-analyserne gør det muligt at summere og sammenfatte resultater fra flere enkeltstudier gennem en systematisk vidensopsamling og rationalisering der forventes at forkorte vejen fra forskning til klinisk anvendelse af forskningsresultater. I løbet af 1980'erne organiseredes systematiske reviews indenfor det medicinske område ([www.Cochrane.org](http://www.Cochrane.org)) og i slutningen af 1980'erne på det sociale område ([www.campbell.org](http://www.campbell.org)). Institutionerne repræsenterer et evidensbegreb som utvetydigt er knyttet til det randomiserede kontrollerede forsøg med begrænset anvendelse af kvasiekperimentelle design (Krogstrup 2011:133, Foss Hansen og Rieper 2007).

evidensbaserede praksis. Med evidenshierarkiet, som grundlag for denne selektion af primærstudier i de systematiske reviews, frasorteres en række (primært kvalitative) studier på forhånd mens studier baseret på RCT betragtes som det mest valide design ud fra empiristisk-analytiske idealer for videnskabelig klarhed. Bag ved de mere tekniske, praktiske og metodologiske argumenter for og imod evidens, som ofte dominerer debatten, kan man samtidig skimte forskellige kausalitetsforståelser med rod i forskellige videnskabsparadigmer. Som Rieper og Hansen pointerer i bogen: *Metodedebatten om evidens* (Rieper & Hansen, 2007), så kommer evidensdebatten sjældent ret dybt ned i disse videnskabsparadigmatiske forudsætninger for at argumentere for eller imod evidens, men holder sig ofte på et praktisk-metodologisk niveau (Rieper og Hansen, 2007).

Bag metodediskussionerne gemmer der sig således flere lag af forskelle; i menneskesynet, i erkendelsesteori, i opfattelsen af videnskabens rolle og videnskabens opgave. Det kan være afklarende at trække de underliggende diskussionstemaer klart frem og samtidig hensigtsmæssigt at diskussionerne kommer til at dreje sig om de reelle grundproblemer, frem for at de fremtræder udelukkende som tekniske spørgsmål (Riis 2001). I det følgende analyseres psykiatriens grundlagsdiskussioner med særligt fokus på hvorledes psykiatriens vidensudvikling, problemdefinitioner, samt bredere sociale og teknologiske bevægelser i velfærdsstaten er forbundet på måder der samlet etablerer et diskursivt eller paradigmatisk skift i måden at forstå, forklare og behandle sociale og psykiatriske problemstillinger fra starten af 1980'erne herhjemme. Udviklingen kan samlet set, med reference til Foucault, beskrives som en ny diskursiv formation i form af nye institutioner, teknologier og praksisser, som i perioden fra starten af 1980'erne og frem til i dag har produceret og reproduceret nye vilkår for begrebsdannelse og praksis i det sociale og psykiatriske felt. Det er således ikke nok at afvise evidensbevægelsen som de sidste krampetrækninger ved et gammelt paradigme – eller som et konserveringsmiddel. Evidenstænkningen er også en del af en ny diskursiv formation, i et komplekst samspil med de øvrige sociale- og teknologiske bevægelser i den danske velfærdsstat på dette tidspunkt i historien. En forståelse for psykiatriens historiske videnskabelighed, grund- og gyldighedsforhold er således en væsentlig forudsætning for at analysere og diskutere evidensstænkningens position som del af en ny diskursiv formation der fra starten af 1980'erne har været domineret af en ny forståelse for psykiatriske og sociale problemer, og hvordan de diagnosticeres, behandles, stabiliseres og forandres. I det følgende

kigges derfor kort på det sociale og psykiatriske videns- og erkendelsesgrundlags transformation i samme periode, og der vendes efterfølgende tilbage til evidensdiskussionerne.

## **Psykiatrisk videnskabelighed og pragmatisme**

Behovet for sikker viden (evidens), samt behovet for at identificere effekter af de sociale indsatser og interventioner og ikke 'lade de 1000 blomster blomstre', kan på den ene side, som beskrevet af Appel Nissen (2005) skyldes et mere generelt vidensproblem, som kommer til udtryk i en udpræget teoretisk mangfoldighed og pragmatisme i det sociale og psykiatriske arbejde med sindslidende, i forskelle i menneskesynet, i erkendelsesteori, i opfattelsen af det sociale og psykiatriske problem. Som det ligeledes fremgår i en tidligere publikation fra Videnscenter for socialpsykiatri:

I det socialpsykiatriske felt findes der ingen grundfæstet, fælles enighed om hvad indsatsen bør bestå i, eller hvordan arbejdet bedst udføres og tilrettelægges. Der er intet enkeltstående, sammenhængende teorigrundlag og der er ingen enkelt faggruppe som er dominerende (Videnscenter for Socialpsykiatri 2000: forord).

Behovet for, og anvendeligheden af, et metodologisk greb der kan identificere effekter af sociale indsatser og interventioner uden at løse, eller forholde sig til, fagenes tilsyneladende uløselige grundlagsproblematikker, synes dermed åbenlyst. Hermed placerer evidensbegrebet sig i den udprægede teoretiske mangfoldighed og pragmatisme i det sociale arbejde med sindslidende, og etablerer et blik for 'hvad der virker'. Mens det socialpsykiatriske felt, i visse sammenhænge, fremstår famlende, teoretisk fragmenteret og uden metodisk fundament, især over for hospitalspsykiatriens mangeårige tradition, så har også hospitalspsykiatriens historie, dog også, i lighed med den socialpsykiatriske historie, tegnet et billede af viden og sandheders kontingens. Og trods grundlæggende forskelle mellem området 'socialpsykiatri', det medicinske fag 'psykiatri', og en socialpsykiatrisk selvforståelse der distancerer sig fra den almenpsykiatriske tænkning og behandling, står det alligevel, som før nævnt, klart, at analyser af socialpsykiatriens styringsmæssige og praktiske karakter må forstås i lyset af den kliniske psykiatris nuværende position både hvad angår menneskesyn, midler, mål, erkendelsesinteresser, vidensformer og behandlingsmetoder. Et opmærksomhedspunkt på et kvalitetsudviklingsseminar som Fagligt Netværk for Socialpsykiatri afholdt i 1999 var, med



baggrund i Krogstrup og Stenbaks publikation fra 1994, hvorvidt kultur og holdninger i psykiatriske sygehusafdelinger samtidig overføres til den lokale socialpsykiatri.

Med et blik på videns- og styringsudviklingen i hospitalspsykiatrien er det dermed muligt at opnå en indsigt i de diskursive bevægelser som har præget vidensudviklingen og den styringsteknologiske ontologi om mennesket i den psykiatriske praksis de senere år. Hermed tydeliggøres de mulige fremtidige påvirkninger af vidensgrundlaget, som også de socialpsykiatriske institutioner skal navigere inden for, samt hvorledes udviklingen i evidensbaseret medicin og praksis er sammenfaldende med en transformation i problemdefinitioner, menneskesyn, vidensformer og håndteringsstrategier i den psykiatriske praksis i samme periode. Samtidig stiller decentraliseringen og de nye organisatoriske strukturer krav om sammenhæng og integration af vidensformer i den almenpsykiatriske tænkning, hvilket nødvendiggør overvejelser omkring institutionernes funktion, vidensgrundlag, praksis og selvstændige positionering som fagfelt i denne udvikling, som det tidligere blev pointeret af den ledelsesansvarlige på den ene socialpsykiatriske institution jeg besøgte i forbindelse med udarbejdelsen af undersøgelsen:

”Vi bruger ikke så meget ordet socialpsykiatri længere, men derimod psykosocial rehabilitering. Vi tænker at rehabiliteringsbegrebet kan bruges til alle, og det er med til at give os en højere status. Der har været et over/underforhold. Det vi grundlæggende kæmper for er et mere ligeværdigt samarbejde” (Fokusgruppe socialpsykiatrisk institution 1).

### **Psykiatriens videnskabelighed – Hvorfra – og hvorhen?**

Ved at anse psykiatriens historiske videnskabelighed, grund- og gyldighedsforhold som en væsentlig forudsætning for at analysere og diskutere evidenstænkningens position som del af en ny diskursiv formation, der fra starten af 1980'erne og frem har været domineret af en ny forståelse for psykiatriske og sociale problemer, og hvordan de diagnosticeres, behandles, stabiliseres og forandres, bliver centrale spørgsmål i forlængelse heraf hvordan den psykiatriske videnskabelighed, de psykiatriske problemdefinitioner og kategorier, samt praksis transformeres? Hvor er den psykiatriske og socialpsykiatriske praksis på vej hen? Og hvorfra? Og hvilke forbindelseslinjer eksisterer mellem en styringsteknologisk udvikling og

idealer om et evidensbaseret vidensgrundlag samt transformationen af den psykiatriske videnskabelighed?

Disse spørgsmål om sammenhængen mellem viden og styring vil i det følgende blive analyseret på baggrund af en analytisk sondring mellem tekniske, metodologiske diskussioner, der først og fremmest relaterer sig til de tekniske og metodologiske begrænsninger der er knyttet til randomisering og produktionen af evidensbaseret viden, og på den anden side analyser af kausalitetsforståelse og videnskabsteoretiske argumenter, der kan skimtes bag de mere tekniske, praktiske og metodologiske argumenter i evidensdebatten. Sidstnævnte vil være det centrale fokus for afhandlingens videre analyse. Rieper og Hansen illustrerer i bogen ”Metodedebatten om evidens” (2007) hvorledes fortalere for evidenshierakiet og RCT har forskellig dominans på forskellige policyområder, og argumenterer i forlængelse heraf for at disse forskelle på evidensbevægelsens popularitet kun i mindre grad lader sig forklare ud fra indholdet i den pågældende sektors ydelser/opgaver, men at forklaringen snarere skal søges i:

forskelle i fagprofessionelle traditioner og – interesser, samt i forskellige videnskabsteoretiske paradigmer i de discipliner, der danner baggrund for den fagprofessionelle praksis (Rieber og Hansen, 2007).

Eller som Hanne Kathrine Krogstrup formulerer det:

Så er den metodologiske debat om, hvad der skaber evidens, ikke blot et teknisk spørgsmål om, hvordan valid viden produceres, det er også en intern kamp i forskersamfundet (Krogstrup 2011:133).

Viden, videnskabelighed og vidensproduktion kan i denne sammenhæng ikke opfattes som et neutralt medie. Som pointeret i det foregående teori afsnit produceres og konstrueres viden ikke i et samfundsmæssigt og institutionelt vacuum, og viden er, som jeg vil pointere i de følgende afsnit, forbundet med bestemte opfattelser af virkeligheden hvor forskellige vidensformer og ’sandhedsregimer’ refererer til forskellige opfattelser af **objektets**, eller det sociale og psykiatriske problems, **beskaffenhed**, eller ontologi. Bag de tekniske, metodologiske diskussioner, der har domineret evidensdebatten de senere år, gemmer der sig således flere lag af forskelle; i menneskesynet, i erkendelsesteori, i opfattelsen af virkeligheden (ontologi) og i vores adgang til denne (epistemologi), og det kan være

afklarende at trække disse underliggende forskelle klart frem. Et sådant blik for forskelle i menneskesyn, i erkendelsesteori, i opfattelsen af virkeligheden (ontologi) og i vores adgang til denne (epistemologi), kan indledningsvis skitseres som et blik for de paradigmatisk kamp der i en årrække har eksisteret som en del af den psykiatriske videnskabelighed. Som fremhævet af Ross (1979; 171:241-68), og ligeledes Rosenbaum (2004), har den psykiatriske videnskabelighed fra et filosofisk synspunkt været, og er også i dag, slagmark for konkurrerende paradigmer. Psykiatriens videnskabelighed gør samtidig psykiatrien som vidensområde til et interessant område, hvor forskellige vidensformer, perspektiver og metoder rummer antagelser om den sociale virkelighed, i denne sammenhæng om hvordan psykiatriske problemer opstår og bedst afhjælpes, og disse problemforståelser, forklaringer og definitioner er yderst centrale for at forstå det psykiatriske og sociale arbejdes indhold og funktion. De psykiatriske vidensopfattelser kan i grove træk opdeles efter hvorvidt psykiatriske lidelser eller sygdomme kan anskues som kulturelle og sociale fænomener, der finder sted på samfundsniveau, som kommunikative fænomener, der udspiller sig på gruppeniveau, eller som lidelser, der udspringer af og kan identificeres som en del af individets krop og dermed afgrænses som et mentalt og/eller biologisk fænomen, som Rosenbaum (2004a) definerer det. Biologiske, fænomenologiske, eksistentialistiske, psykoanalytiske, kognitive og behavioristiske, systemiske og sociologiske vidensformer har således alle gennem tiden haft en mere eller mindre prominent plads i det psykiatriske landskab (Rosenbaum: 2004a).

Ved at reflektere over de sociale og teknologiske bevægelseres ontologiske og epistemologiske karakter, tydeliggøres det hvorledes styringsteknologiske idealer kan blive problematiske, hvis man ikke har gjort sig den erkendelsesteoretiske position klar som forskellige tilgange i den psykiatriske praksis repræsenterer. Psykiatriens videnskabelighed udgøres således af forskellige vidensopfattelser og tilgange til forståelsen af vor tids definitioner af 'galskaben' i henholdsvis hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien, og det er i disse forskellige epistemologiske og ontologiske positioner at psykiatriens grundlagsspørgsmål tydeliggøres. Diskussioner omkring psykiatriens grund- og gyldighedsforhold vil således ikke blive behandlet som en diskussion der blev afsluttet i 1960'erne og 1970'erne, men vil derimod indgå som en yderst aktuel diskussion, indlejret i samtlige problemstillinger i den psykiatriske praksis: i den handlings- og/eller styringslogik, der medfører valg og fravalg i psykiatriske behandlingsmetoder, såvel som i det sociale arbejde med sindslidende. Kort sagt er det denne

afhandlings antagelse at forskelle i grundlæggende videnskabelige ontologiske og epistemologiske opfattelser afspejles i helt centrale begreber inden for psykiatrien såsom problemdefinitioner, sygdomsbegreber, -modeller, -klassifikation, begrundelse og gyldighed, samt i den måde vi opfatter, analyserer og, især relevant i denne sammenhæng, legitimerer psykiatrisk behandling ved at låse de moralske og politiske krav om formning af adfærd fast til et bestemt krav om præstationsoptimering.

### **Tekniske – metodologiske diskussioner – eller analyse af ontologi og kausalitet?**

Samtidig reflekterer styringsteknologiske og sociale bevægelser bestemte forsknings- og erkendelsesinteresser, der kan genfindes i den helt praktiske organisatoriske indretning og arbejdsdeling i det psykiatriske felt, i definitionen af de respektive organisationers genstandsfelter, såvel som i den helt basale konstruktion af kategorier der, i form af de internationale klassifikationssystemer (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV, APA og The International Classification of Diseases ICD-10, WHO), eksisterer som et helt centralt arbejdsredskab i det psykiatriske felt. Jeg vil således i mindre grad beskæftige mig med de videnskabsparadigmatiske forudsætninger for at argumentere for eller imod inklusion af forskellige designs i de systematiske reviews og metaanalyser. Fokus i det følgende vil derimod være på en anden, og måske overset, vinkel på evidensdiskussionerne, som fremgår i samme artikel som en af de vel nok hyppigst citerede definitioner af EBM fra 1996, der vedrører forståelsen for det sociale objekt, eller sociale og psykiatriske problem, som den psykiatriske indsats rettes mod:

Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research (Sackett et al 1996).

EBM beskrives i det velkendte citat fra 1996 som en kombination af både klinisk ekspertise og ekstern evidens, og ingen af delene kan undværes. I samme artikel optræder dog ligeledes nogle interessante og sjældent citerede passager, der relaterer sig de problemdefinitioner og kategoriseringer af det sociale objekt som interventionerne rettes mod. Den kliniske ekspertise

som den ovenstående, ofte citerede passage henviser til, er relevant i flere sammenhænge, men specielt kobles den kliniske ekspertise i det følgende citat fra samme artikel sammen med evnen til at kunne stille præcise og effektive diagnoser, og det synliggøres hermed hvorledes bestemte objektiviseringsprocesser dermed funderes i bestemte teknikker og teknologier samt procedurer for produktionen af sandhed:

Increased expertise is reflected in many ways, but especially in more effective and efficient diagnosis and in the more thoughtful identification and compassionate use of individual patients' predicaments, rights, and preferences in making clinical decisions about their care. By best available external clinical evidence we mean clinically relevant research, often from the basic sciences of medicine, but especially from patient centred clinical research into the accuracy and precision of diagnostic tests (including the clinical examination), the power of prognostic markers, and the efficacy and safety of therapeutic, rehabilitative, and preventive regimens. External clinical evidence both invalidates previously accepted diagnostic tests and treatments and replaces them with new ones that are more powerful, more accurate, more efficacious, and safer (Sackett et al 1996).

Som grundlag for RCT-designet og en evidensbaseret praksis er det således en forudsætning at det som skal behandles kan defineres klart. Samtidig lægger citatet op til at diagnostiske tests skal være præcise, sikre og effektive:

External clinical evidence both invalidates previously accepted diagnostic tests and treatments and replaces them with new ones that are more powerful, more accurate, more efficacious, and safer (Sackett 1996).

Det nye som citatet fra The Evidence Workinggroup lægger op til er, at et øget fokus på at specificere det aktuelle psykiatriske eller sociale problem (eller sygdom), diagnostisk, er en nødvendig forudsætning for et evidensbaseret vidensgrundlag. Samtidig skal den behandling som modtages, samt resultaterne af denne, kunne observeres på en meningsfuld måde af en tredjeperson, dvs. forskeren. Det ontologiske og epistemologiske fundament for en mere præcis, sikker og effektiv konstruktion af basale kategorier af målgrupper bliver hermed central for etableringen af klinisk og praktisk evidens. Når der kigges mere grundigt på de epistemologiske og ontologiske retningslinjer for etableringen af sådanne sikre og effektive, og ideelt set, objektive diagnostiske tests, tydeliggøres hvorledes disse idealer for videnskabelig klarhed muliggør at psykiatriens grundlagsdiskussioner tilsidesættes til fordel for empiristiske idealer om analytisk klarhed gennem deskriptive definitioner og observation i den diagnostiske praksis. Dette forhold forventes på den ene side at muliggøre objektive

diagnostiske tests, såvel som en øget diagnostisk reliabilitet, hvor psykiatere der bliver stillet over for den samme patient, uafhængig af konteksten, kan tildele personen den samme diagnose på baggrund af patientens observerbare symptombillede og fremtrædelsesformer.

Samtidig kritiseres en sådan diagnostisk praksis, som gennemgås mere udførligt i det følgende afsnit, for, at visse menneskesyn, vidensformer og behandlingsmetoder af metodologiske årsager får forrang frem for andre i den diagnostiske proces, såvel som i en snæver definition af evidensbegrebet (Pearson, 2007).

Udviklingen af mere præcise, objektive og effektive diagnostiske tests kan, som Jørgensen, Bredkjær og Nordentoft (2006) beskriver, betragtes som et væsentligt klinisk arbejdsinstrument i tilrettelæggelsen af behandlingen og den prognostiske vurdering, og kan ligeledes betragtes som en nødvendig forudsætning for de styringsteknologiske løsninger, for reorganiseringen af velfærdsstaten og mere konkret i relation til evidensdiskussionen: en nødvendig forudsætning for at efterleve de metodologiske krav til en analytisk inddeling i en interventions- og kontrolgruppe, der er et bærende princip i de randomiserede kontrollerede eksperimentdesign. Transformationen i psykiatriske diagnostiske kategorier og problemdefinitionsprocesser må således betragtes i en historisk sammenhæng som en kombination af (mindst) to sociale, videnskabelige og teknologiske bevægelser, der dels udgøres af psykiatrifagets videnskabelighed, transformation og legitimitet og dels af et bredere makropolitisk samfundsmæssigt styringsbehov. Inddelingen i diagnostiske kategorier etablerer hermed mulighedsbetingelserne for etableringen af en ensartet inddeling i en kontrol- og interventionsgruppe i de randomiserede kliniske eksperimenter (RCT), for statistik, administration og økonomistyring der, som jeg vil gennemgå i det følgende, ligeledes er en væsentlig styringsudfordring i det danske psykiatriske felts decentrale organisering og struktur fra 1980'erne og frem i Danmark.

Fra 1980 blev den tidligere ætiologiske psykiatri således afløst af nye diagnostiske klassifikationssystemer (DSM-III og senere: DSM-IV og ICD-10) hvori der ikke længere indgik teoretiske forklaringsmodeller, og hvor diagnoserne alene blev defineret ud fra symptomer og forløb (APA 1995). Overgangen fra de tidligere diagnostiske manualer DSM-I og DSM-II til den nye manual i 1980 DSM-III kan, ud fra empiristiske idealer om videnskabelig klarhed og reliabilitet, defineres som en 'videnskabelig sejr', som det beskrives af Mayes og Horwitz (2005). Det beskrives i den forbindelse hvorledes viden sejrer over

ideologi, og hvor den 'tidligere psykiatri' abstrakte teorier og refleksioner erstattes med sikker viden og facts:

One explanation attributes the success of the DSM-III to the power of scientific knowledge. Its advocates equate its classifications with objectivity, truth, and reason. According to Gerald Klerman, the highest-ranking psychiatrist in the federal government at the time, the movement from the DSM-I and II to the DSM-III was a 'victory for science' (Klerman, Valliant, Spitzer & Michels 1984:539). Melvin Sabshin, the executive officer of the American Psychiatric Association, called it a great triumph of "science over ideology" (Sabshin 1990:1272). For the proponents of the DSM-III "the old psychiatry derives from theory, the new from fact" (Mayes og Horwitz 2005).

## **Den diagnostiske praksis –**

### **'At kategorisere problemet'**

The way that can be spoken of is not the constant way; The name that can be named is not the constant name (Lao Tzu i Ekeland 2003).

Ved at betragte den diagnostiske praksis' transformation synliggøres hvorledes denne praksis udgør en ny diskursiv formation, der består af de tidligere beskrevne nye decentrale institutioner, styringsteknologier og praksisser, og som ligeledes, som vi skal se i det følgende, etablerer nye objektiveringsprocesser og nye former for begrebsdannelse og praksis.

Som praktisk handling kan diagnosticeringsprocessen beskrives, som Ekeland gør, som fungerende ud fra en bestemt kognitiv logik, hvor en diagnose etableres som en konklusion inden for et bestemt videnskabeligt system, eller metateori, hvor problemdefinitionsprocessen samtidig implicerer en afgrænsning af andre meningssystemer:

Når vi set ein diagnose på ein pasient sine problem, set vi og ein metadiagnose – vi innordnar problemet innan eit omfattande meningssystem som også impliserer ein teori om sjukdom (Ekeland 2003:57).

Konstruktionen af basale kategorier der kan fungere i en styringsteknologisk praksis må, som det beskrives af Sackett (1996), fungere som en objektiv, videnskabeligt funderet og global gyldig beskrivelse, der forventes at leve op til målsætningerne for præcise og effektive diagnoser med høj reliabilitet:

External clinical evidence both invalidates previously accepted diagnostic tests and treatments and replaces them with new ones that are more powerful, more accurate, more efficacious, and safer (Sackett 1996).

Samtidig indeholder problemdefinitioner, eller kategoriseringsprocesser, en måde at betragte det sociale- eller psykiatriske problem, som samtidig udelukker andre sygdomsmodeller, eller andre måder at anskue problemet på:

vi innordnar problemet innan eit omfattande meningssystem som også impliserer ein teori om sjukdom (Ekeland 2003:57).



At betragte udviklingen af de diagnostiske manualer som en styringsteknologisk udvikling – en ”governmental ledelsespraksis i en avanceret liberalistisk samfundsstruktur”, vil på flere måder tydeliggøre *hvordan* styring, magt og viden er forbundet på nye måder i vores samtid og hvorledes subjektiverings- og objektiveringsprocesser etableres, men også mere væsentligt i denne sammenhæng: Hvorledes der til enhver diskurs er knyttet eksklusionsprocedurer, som ikke blot udelukker, men også producerer bestemte problemdefinitioner og iagttagelsesredskaber og etablerer bestemte løsningsmodeller og håndteringsstrategier. Det interessante i denne sammenhæng er hvorledes visse problemforståelser og problemdefinitioner, og dermed en bestemt ontologi om mennesket, opretholdes eller udelukkes i denne proces. Som det fremgik af det foregående citat af Ekeland, så indordnes det sociale eller psykiatriske problem i diagnosticeringsprocessen, i et omfattende meningssystem som også implicerer en teori, eller antagelse om sygdom. Samtidig kan dette meningssystem, eller teori om sygdom, henledes til en ontologisk model, som det pointeres af Brante:

Teori- och dataarbete är således styrda av den grundläggande ontologiska modellen. Den kanske mest intressanta effekten av en ontologisk modell är att den styr vad som **utesluts**; vad som inte räknas som signifikanta fakta och vilka teorier som inte anses relevanta eller tillämpbara. Som Thomas Kuhn (1970:24) skriver: Vetenskapen... Tvingar in naturen i den redan utformade, relativt stela låda paradigmet utgör. Det är inte en del av normalvetenskapens mål att framställa nya typer av fenomen; ja, de som inte passar in i lådan ser man ofta helt enkelt inte (Brante 2006:75).

Det væsentlige og interessante i denne proces er, som Brante pointerer, spørgsmålet om hvad der udelukkes fra iagttagelsen. Rick Mayes og Allan V. Horwitz (2005) beskriver udviklingen fra 1980 i den psykiatriske profession og viden som en revolution inden for den psykiatriske videnskabelighed og profession, og kommer i den forbindelse med deres bud på hvilke forståelser og forklaringer af det sociale og psykiatriske problem der udelukkes i denne proces:

A revolution occurred within the psychiatric profession in the early 1980's that rapidly transformed the theory and practice of mental health in the United States. In a very short period of time, mental illnesses were transformed from broad, etiologically defined entities that were continuous with normality to symptom-based, categorical diseases. The third edition of the American Psychiatric Association's "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-III) was responsible for this change (Mayes og Horwitz 2005:249).

Mayes og Horwitz fremhæver således et skifte i ætiologiske refleksioner og betragtninger til fordel for en kategorial klassifikation. I de nye klassifikationssystemer der udvikles fra starten af 1980'erne, antages sygdommen at afvige klart fra den gældende normalitetsforståelse (Sadler, Hulgus & Agich, 1994). Som det ligeledes beskrives af Shorter, Mayes og Horwitz :

Rather than focusing on any underlying psychological causes for mental disorders, Kraepelin stressed classifying them according to their unique symptoms, course of development, and eventual outcome. In his view "Depression, schizophrenia, and so forth were different just as mumps and pneumonia were different" (Shorter 1997:108 in Mayes & Horwitz 2005:260).

Med et sådant blik på den konstruktion af basale kategorier, eller det Dean (1999), med reference til Foucault, definerer som 'målgrupper', er det første der springer i øjnene hvorledes diagnosesystemet fra og med DSM-III i 1980 medførte en diagnostisk praksis der udelukkende interesserede sig for symptombilledet, eller problemdefinitioner 'på overfladen' og hvor det forventedes at den aktuelle sygdom (sociale og psykiatriske problem) må kunne specificeres diagnostisk på en måde som eliminerer personlige, ideografiske og sociale særtræk ved individet, fra selve 'sygdommen' (Folgerø og Johannesen 2004:22). Hermed udelukkes ætiologisk teoretiseringen. Forklaringspluralistiske kausalitetsmodeller, der vedrører de psykiske lidelsers opkomst og kausalitetsforhold, synes i samme periode at få en mere marginal position. Denne udvikling afspejles ligeledes i det behandlingspsykiatriske forskningsfelt:

Både de økonomiske og de menneskelige omkostninger ved f.eks. skizofreni, affektiv lidelse og angstlidelser er enorme. I forhold til sygdommenes store betydning er det beskedne ressourcer, der er afsat til at opklare deres årsagsforhold. Mens mange tusinde patienter er fuldtidsbeskæftigede med at behandle sygdommenes symptomer og sociale konsekvenser, så er kun et beskedent antal personer beskæftiget med at afklare sygdommenes baggrund (Jørgensen, Bredkjær og Nordentoft 2006:31).

Littlejohn (2003) relaterer i forlængelse heraf udviklingen af nye diagnosesystemer til en lægevidenskabelig interesse i at fastholde psykiatrien som et primært lægevidenskabeligt speciale:

For psychiatry to continue to exist as a medical speciality, the methods of modern medicine had to be adopted. DSM-III (and its forerunner) was a taxonomy based

on dynamic psychiatry, where the symptom of distress was merely the symbolic expression of the deeper unconscious. The DSM would have to change to reflect the new objective, scientific medical approach of psychiatry (Littlejohn 2003:452).

Med reference til den tidligere præsentation af evidensbegrebet synes der således at eksistere historisk set skiftende og komplekse sammenhænge, hvor problemdefinitioner, forståelser og forklaringer af det sociale og psykiatriske problem har fulgt den overordnede diskurs, samfundsplanlægning og styringsteknologiske udviklingstendenser. De sociale og teknologiske bevægelser, udviklingen i opfattelsen af psykisk sygdom og skiftende definitioner og kategoriseringer af det sociale eller psykiatriske problem synes således at være sammenfaldende med styringsteknologiske diskurser der i tiden fra omkring 1980 løber sammen og finder en ny fælles forankring.

Ved at sammenholde udviklingen af evidensbegrebet, samt dets historiske oprindelse, med de diagnostiske kategoriers transformation, tydeliggøres i denne sammenhæng hvorledes den nutidige forståelse af evidensbaseret psykiatri og den konstruktion af basale kategorier, som de randomiserede eksperimentdesign fordrer, henleder til et fælles historisk skift fra 1980'erne og frem, hvor evidensbegrebets tidligere binding til det Jørgensen, Nordentoft og Videbech definerer som 'den videnskabelige søgen efter årsager og forståelse for psykisk sygdom', afløstes af det, de efterfølgende definerer som:

En periode hvor evidens forbindes med den effektive behandling, dvs en ret snæver måde at tænke evidens på (Jørgensen, Nordentoft og Videbech 2009:20).

Samtidig er dette definerede skift i evidensbegrebets substantielle grundindhold og anvendelse sammenfaldende med de foregående definitioner af DSM-systemets erkendelsesteoretiske transformation, som det beskrives af Mayes, Horwitz, og Shorter:

In a very short period of time, mental illnesses were transformed from broad, etiologically defined entities that were continuous with normality to symptom-based, categorical diseases (Shorter 1997:108 in Mayes & Horwitz 2005:260).

Det væsentlige er her at version III af DSM-systemet i relation til afhandlingens problemstilling ikke blot kan betragtes som et system der danner et overblik over diagnoser, symptomer og psykiatriske fremtrædelsesformer i den psykiatriske praksis, men ligeledes synliggør hvorledes transformationsprocesser i de psykiatriske diagnoser og kategorier også

afspejler en transformation i den psykiatriske videnskabelighed og faglige fundament, som en kombination af overflader og forbindelser i komplekse forgrenede og ikke-hierakiske netværk, udløbere og forbindelser mellem organisatoriske inter- og intraorganisatoriske omlægninger, handlings- og præstationsteknologiske løsninger, problemdefinitionsprocesser og subjektpositioner (Rose 1992;2006).

Fællestrækket for de nye a-teoretiske og non-ætiologiske diagnosesystemer, samt evidensbegrebets fremvækst, kan indledningsvis indkredses som en bevægelse væk fra en forskningsmæssig interesse for komplekse relationelle, situationelle, kontekstuelle sammenhænge til en interesse i at sikre høj reliabilitet i diagnosticeringsprocessen, der kan danne grundlag for det der bliver betragtet som metodisk stærke forskningsdesigns i form af randomiserede kliniske eksperimenter, samt udviklingen af metoder til at sikre effektive behandlingstiltag og standardiserede patientforløb.

De 'nye' diagnosesystemer fra 1980 og frem blev, med det snævre evidensbegreb, baseret på en empiristisk logik, hvor mellemkommende variable, herunder teoretiske forklaringer, holdes konstante. Blandt flere ting implicerede udviklingen af de diagnostiske manualer fra 1980, det Horwitz beskriver som, en udskiftning af diagnoser fra den tidligere psykoanalytiske tradition, hvor de psykiske reaktioner blev betragtet som ubevidste reaktioner på tidligere oplevelser eller erfaringer.

Rather than focusing on any underlying psychological causes for mental disorders, Kraepelin stressed classifying them according to their unique symptoms, course of development, and eventual outcome (Mayes og Horwitz 2005:261).

”Udskiftningen” af den psykoanalytiske tradition er dermed et interessant eksempel af flere grunde, og jeg vil derfor kort berøre denne retning i det følgende.

### **Et historisk mellemspil**

I en lidt forsimplet, sociologisk, fremstilling af den psykoanalytiske tradition, kan det terapeutiske fokus inden for denne retning beskrives som værende rettet mod at inddrage

ubevidste processer i forståelsen af bevidsthedens fænomener. Det antages dermed at tidligere oplevelser og erfaringer lagres i mennesket for senere at komme til udtryk i potentielt psykopatologiske væremåder og psykiske problemer (Rosenbaum 2000). Psykoanalysen og den psykodynamiske psykiatri beskrives af Kernberg, som et bidrag til en ikke-lineær årsagsforklaring af psykiske sygdommes ætiologi gennem en forståelse for betydningen af tidligere oplevelser og erfaringer for personlighedsdannelsen og de psykiatriske symptomer eller psykiske lidelser, der retroaktivt kan komme til udtryk senere i livet (Kernberg 1984, Rosenbaum 2004a). For Freud var sproget og talen væsentlig i interaktionen med den sindslidende, og det var, som Nikolas Rose (2012) definerer det, *øret* der gav adgang til selvets dybder og sindets hemmeligheder, og det var gennem sproget og talen at det indre liv påvirkes og dårligdomme kureres (Rose 2012), som det ligeledes bemærkes af Ekeland (2003):

Som subjekt er den gale i hovedsak stum og språklaus fram til Sigmund Freud (1856-1939) erstattar blikket med hørselen: å lytte til den gale (Ekeland 2003:58).

Det lykkedes for Freud at overskride den evolutionære biologisk-forklarende tilgang, ved at synliggøre den livshistoriske ”menings” dimension i den menneskelige psyke, hvilket af Foucault beskrives som en

intentionel flugt ud af en problematisk nutid og som sådan først og fremmest må betragtes som en forsvarsmekanisme (Foucault 1971:82).

I forlængelse heraf konkluderer Foucault at

sygdommen indeholder samtlige de flugt- og forsvarsmekanismer, hvormed den syge reagerer på den situation, han befinder sig i (Ibid 1971:82).

Selvet bliver hermed ’dybt’ og får et indre usynligt rum, hvor det psykologiske liv udfolder sig, og hvor adfærd formes i samspil med intrapsykologiske processer og ydre omstændigheder. Foucault ender dog med at konkludere at ’det sygelige univers’ ikke kan forklares ved en livshistorisk kausalitet, for sådanne former for psykologisk kausalitet:

er kun mulig, fordi den sygelige verden eksisterer i en bestemt form i den syges bevidsthed: det er den, der skaber forbindelsen mellem årsag og virkning, mellem det tidligere og det senere (Ibid 1971:104).

Foucault ender derfor med at fremhæve den eksistentielle og fænomenologiske analyses forståelse for ”det sygelige univers” som nøglen til at forstå den syges eksistens og fremtrædelsesformer ved:

at gøre springet helt ind i den syges bevidsthed og søge at se det patologiske univers med den syges egne øjne (Ibid 1971:92).

De eksistentielt-fænomenologiske tilgange anser ikke personens erindringer om tidligere oplevelser som (den eneste) adgang til at forstå de observerede fænomener og symptomer, men forstår de psykiske reaktioner i forhold til selvets egen forståelse af sit forhold til omverdenen, til andre, og til sig selv (Rosenbaum 2004a). Den eksistentielt-fænomenologiske tilgang har således et teorifrit og beskrivende afsæt til forståelsen af det der kommer til syne og det der kan erfares, som på dette punkt ligner den diagnostiske tænkemåde, men som afviger fra den traditionelle psykiatris tænkemåde på en række punkter (Parnas 1994, Rosenbaum 2004a).

Nutidens klassifikationssystemer er, modsat den eksistentielt-fænomenologiske tænkemåde, baseret på en klar distinktion mellem begrebsparret: syg/rask, hvor sygdommen vil afvige klart fra den gældende normalitetsforståelse (Sadler, Hulgus & Agich, 1994), og hvor diagnoserne alene er defineret ud fra symptomer og forløb. Samtidig er det kategoriseringen af det der antages at være de objektive aspekter (synlige og observerbare aspekter) af bevidstheden der ligger til grund for bestemmelsen af den psykiatriske diagnose, hvilket ligeledes adskiller sig fra de mere eksistentielt-fænomenologiske tilgange. Selvet bliver hermed fladt og ’synligt’, som Rose (2007) definerer det.

Forskellen mellem den eksistentielt-fænomenologiske tilgang og den diagnostiske epifænomenologiske tilgang er eksemplificeret af Rosenbaum med udgangspunkt i det psykiatriske symptom: hørelsehallucinationer. Disse symptomer vurderes i den traditionelle psykiatri med udgangspunkt i de aktuelle diagnosesystemer som det, Rosenbaum betegner, perceptuelle forstyrrelser, der bedst udforskes ved at sammenligne den sygelige (hjerne)proces med hjernens funktionsmåder under den normale perceptionelle akt (Rosenbaum 1994; 2004b). Et eksistentielt-fænomenologisk afsæt vil i stedet søge den sindslidendes ’mening i galskaben’, ved at undersøge intentum, dvs. det hallucinationen retter sig imod, og intentio, rettethedens karakteristika (Rosenbaum 1994; 2004), en tilgang som,

med reference til Foucault, ikke tager form som en *fornuftens monolog vedrørende galskaben*, men derimod som en anerkendelse af erfaringens private og subjektive karakter (Stephens, Graham 1994, Rosenbaum 1994; 2004). Udviklingen fra og med DSM-III i 1980 er derimod baseret på en streng adskillelse mellem teori og empiri, hvor man i de sidst udkomne klassifikationssystemer fremhæver disse systemers a-teoretiske og rent beskrivende fundament (American Psychiatric Association 1994; World Health Organisation 1994). Dette videnskabssyn er således, ligesom logikken bag RCT-undersøgelserne, baseret på den logiske empirismes antagelse om at beskrivende kategorier kan stå i uformidlet relation til det vi kan observere (Hempel 1965; Wifstad 1990). Ideen om videnskabelig klarhed i DSM, samt RCT, ligner dermed fysikkens, ved at betragte diagnosticeringsprocessen som et simpelt enten/eller forhold: De observerbare psykiatriske symptomer falder enten ind under en kategori, eller også falder de ikke ind under en kategori. Det pågældende symptombillede bliver dermed defineret og afgrænset fra andre sygdomstilstande, på baggrund af et sæt af regler eller kriterier for hvilke symptomer der skal være til stede for at man kan stille diagnosen (Poulsen, Munk Jørgensen og Bolwig 1988). Hvorvidt de observerede symptomer er udtryk for psykisk sygdom, bestemmes primært af fagprofessionelles vurdering af forekomsten af de observerede symptomer. Grundlaget for psykiatriens aktuelle diagnosesystemer DSM-IV, såvel som ICD-10, kan dermed beskrives som en opdeling i subjektive såvel som objektive fænomener, og det er, modsat hvad der gør sig gældende for de øvrige teoretiske modeller og betragtninger, kategoriseringen af det man, inden for dette videnskabssyn, kan definere som de objektivt definerbare og synlige aspekter af bevidstheden, der ligger til grund for bestemmelsen af den psykiatriske diagnose (Rosenbaum 2004a).

Spørgsmålet er imidlertid om en sådan forestilling om at være i stand til at beskrive et symptombillede neutralt og objektivt ikke allerede viser sig problematisk ved psykiatriens mest grundlæggende begreb ”psykisk sygdom”. Selvom det inden for diagnosesystemernes empiristiske logik må antages at være muligt at definere en tilstand som værende ’unormal, en afvigelse, forstyrrelse eller sygdom’ uden at inddrage en stillingtagen til kulturelle, sociale og subjektive værdier og normalitetsdefinitioner, synes dette ikke muligt i praksis, hvilket Levine & Fink såvel som Spitzer nævner:

It begins by assuming that discrete categories exist and produces a document that divides psychiatric illness into discrete categories. In practice, however, the

separation of categories is imprecise, and there are no objective tests to separate or identify the conditions (Levine & Fink 2006)

eller som defineret af Spitzer:

The concept of 'disorder' always involves a value judgement (Spitzer 1981).

Trods intentionerne om klare grænser mellem det sygelige og det raske, det afvigende og det normale (eller mellem to sygdomme), så de enkelte tilstande og diagnoser ikke overlapper hinanden, synes dette ikke at være tilfældet i praksis, hvilket jeg vil vende tilbage til i afhandlingens 2. og 3. del. Spørgsmålet, der knytter sig til ønsket om at sikre høj reliabilitet i diagnosticeringsprocessen, er et spørgsmål om hvorledes risikoen for at psykiatere, forskere og andre fagprofessionelle som har forskellige vurderinger eller anvender lidt forskellige kriterier, kan opnå meget forskellige resultater, og det kan være uklart hvad de forskellige kategorier egentligt dækker over (Wulff, Pedersen & Rosenberg 1990). Jeg vil i en senere sammenhæng diskutere disse problematikker i relation til Danske Regioners opmærksomhedspunkt fra (2010), der vedrører hvorledes en skærpet indsats rettet mod en række tilsyneladende uforklarlige forskelle i diagnosefordelingen på tværs af landets børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, iværksættes.

DSM-III og nu DSM-IV og ICD-10 lanceres som a-teoretiske, non-ætiologiske systemer der muliggør kontekstafhængige, værdifrie klassificeringer, og som kan anvendes som et effektivt kommunikationsredskab i hele verden, således at en diagnose betyder det samme uanset hvor den anvendes. Dette empiristiske perspektiv kritiseres af skeptikere for at rumme en mulig konsolidering af det bio-medicinske paradigme ved at afvise andre paradigmers teoretiske forståelse for de psykiatriske symptomers eventuelle kontekstuelle forankring, udtryk og funktion, og man kan, som Rose gør, argumentere for at det 'dybe selv', som blandt andet var genstanden for psykoanalysen, bliver fladt og synligt i denne transformation (Rose 1999). I den kliniske praksis forudsættes således ikke en indsigt i hvad de psykiske reaktioner, eller psykiatriske symptomer om man vil, er udtryk for, for at iværksætte psykiatrisk udredning, diagnosticering og behandling (Jørgensen, Bredkjær & Nordentoft 2006). Selvom der ikke ligger biologiske beviser eller objektive tests til grund for en sådan opdeling af de psykiatriske symptomer, medfører de a-teoretiske og non-ætiologiske diagnosesystemers forståelse af psykiske sygdomme, at eventuelle sociale og psykologiske faktorer ofte anses



som epi-fænomener på de biologiske processer (Rosenbaum 2004a). Som defineret af Brinkmann (2010) så byggede man således de nye klassifikationssystemer op på en måde hvor det bliver muligt at koble en patients symptom-billede sammen med en kategori i klassifikationssystemet uden hensyn til hvorvidt symptomerne var passende eller upassende i den livssituation patienten befandt sig i:

At gøre diagnostikken uafhængig af ætiologien betød, at lidelsens kontekst i højere grad end tidligere blev negligeret (Brinkmann 2010).

### **Klassifikationssystemernes validitet og reliabilitet**

Klassifikationssystemernes fokus på at sikre høj reliabilitet medfører således et iøjnefaldende fravær af en grundlagsteoretisk refleksion der kunne besvare førnævnte spørgsmål der omhandler relevansen af diagnoserne og de foretrukne (medicinske/kognitive) behandlingsvalg, for eksempel: Hvad det man ønsker at klassificere *er* og hvad den mest relevante behandling set i lyset heraf burde være. Jørgensen, Rosenberg og Mainz (2007) fremhæver i den forbindelse at:

Sygdomstaksonomien burde være ætiologisk (årsagsbaseret), udtømmende, eksklusiv og entydig. Men det er den ikke” (Jørgensen, Rosenberg & Mainz 2007:92). Processen bider sig selv i halen: ICD-10 sygdomsgruppen skizotypi kan altså ikke fuldt ud valideres via biologiske eller neuropsykologiske metoder. Hvordan kan man så afgrænse den personkreds, der skal undersøges i et videre forsøg på ekstern validering (Ibid 2007:93).

Netop spørgsmålet om kategoriernes videnskabelige validitet vil i afhandlingens følgende afsnit være et centralt opmærksomhedspunkt. For i dette spørgsmål er ligeledes impliceret en række refleksioner der vedrører vores erkendelse af verden samt hvorledes vi konstruerer en praktisk og retningsanvisende opdeling af denne verden. Som Ekeland (2004) meget rammende pointerer, så glemmer vi i denne videnskabelige konstruktionsproces at verden ikke nødvendigvis er opdelt sådan som vi vælger at dele den op, og afledt heraf: så glemmer vi at reflektere over hvorvidt vi forveksler kortet (epistemologi) med terrænet (ontologien). De epistemologiske og ontologiske implikationer og forudsætninger for problemdefinitionsprocesser overses hermed som centrale analytiske refleksionspunkter. I den historiske transformation og udvikling af de nye klassifikationssystemer kommer en stor del af den videnskabelige aktivitet sig således til at dreje sig om spørgsmålet om de

videnskabelige kategoriers reliabilitet og den videnskabelige legitimitet har, afledt heraf, primært drejet sig om de tekniske udfordringer som reliabilitetsspørgsmålet repræsenterer (Ekeland 2003:61). Men som Jørgensen, Rosenberg & Mainz (2007), såvel som Ekeland (2003:61) pointerer; så siger høj reliabilitet intet om validiteten af de konstruerede kategorier, eller problemdefinitioner. Og som Ekeland videre pointerer, så siger den videnskabelige litteratur, der vedrører DSM-systemerne, påfaldende lidt om denne problematik, og det pointeres i forlængelse heraf, at:

Det er derfor nødvendig å minne om at DSM-systemet er bygd på empiri om konvensjonar – ei empirisk systematisering av sosiale konstruksjonar innafor psykiatrilauget fremført gjennom avstemming og konsensus (Ekeland 2003:61).

Den manglende kausalitetsforståelse inden for psykiatrien, og i diagnosticeringsprocessen, har medført usikkerhed omkring diagnosernes videnskabelige indhold og validitet. Biologiske eller neuropsykologiske forklaringsmodeller kan, jf. Karl Popper (1902-1994), ikke eksistere i et kulturelt, biologisk, socialt tomrum, der bør være årsager og hypoteser som igen bør være hhv. falsificerbare eller verificerbare (Brante 2006). Som ovenstående citat af Jørgensen, Rosenberg og Mainz illustrerer, har en sådan verificering af de biologiske kausalitetsforståelser ikke været mulig inden for det psykiatriske felt, og spørgsmålet er, i hvilken grad falsificerbarheden af de biomedicinske forklaringsmodeller afprøves gennem en videnskabelig teoretisk afprøvning af andre årsager til de psykiatriske fænomener end biologiske, som Brante nævner (2006). På den anden side kan diagnosesystemer, i lyset af psykiatriens manglende kausalitetsforståelser, betragtes som det mest objektive og effektive arbejdsredskab. Dog medfører diagnosesystemernes objektive ideal at udfordringen bliver at observere de psykiatriske lidelsesudtryk og placere observationerne nøjagtigt i klassifikationssystemerne, hvilket samtidig medfører en fare for det Høgsbro (2004) betegner som en sammenblanding af symptomer der stammer fra sygdommen, med symptomer der stammer fra livshistorie, kulturelt miljø og aktuel social rolle i behandlingssystemet, og dermed en uklarhed omkring hvad det man diagnosticerer er, samt validiteten af de psykiatriske problemdefinitioner, som ligeledes Horwitz definerer det:

because [diagnostic psychiatry] uses symptoms to classify disorders, it also categorizes an enormous diversity of human emotions, conduct, and relationships as distinct pathological entities (Horwitz 2002).

## Klassifikation og evidens

For at vende tilbage til evidensdiskussionen, bliver grundlaget for den evidensbaserede praksis inden for psykiatrien kritiseret for at være baseret på: ”*an imprecise and poorly founded diagnostic system*” (Levine og Fink 2006). Det fremføres samtidig at diagnosesystemernes empiristiske idealer må forventes at begrænse teoretisk refleksion omkring hvad psykisk sundhed og psykisk sygdom *er*, da refleksioner omkring psykiske sygdommes eventuelle kulturelle, sociale, samfundsmæssige, kommunikative, mentale og/eller biologiske forankring ikke er relevante for at indfri de empiristiske idealer for kontekstafhængige, værdifrie, universelle klassificeringer, samt iværksætte relevant evidensbaseret behandling og (re)habilitering.

Forskning på den empiristiske traditions præmisser, der er det videnskabsteoretiske grundlag for den diagnostiske praksis, såvel som for RCT-designs i en evidensbaseret vidensudvikling, medfører dermed øget fokus på symptombilledet, som grundlag for udredning og diagnosticering, samt en følgende iværksættelse af relevant effektiv behandling, der monitoreres via effektmålinger. Mulighedsbetingelserne for en evidensbaseret praksis er hermed etableret. Et øget fokus på symptombilledet stiller samtidig nogle andre betingelser for vores adgang til sandheden om mennesket og etablerer en ontologisk forståelse for mennesket, hvor det sociale menneske, erstattes med forklaringer på de psykiatriske og sociale problemer der kan koble de observerbare symptomer og afvigende adfærd sammen med diagnoser og dermed sammen med hjernens (dys)funktion. Man kan som Nikolas Rose (2007) metaforisk beskrive det, se udviklingen som en udvikling hvor Freuds øre erstattes med neurologens øje som adgangen til sandheden om mennesket. Foucault har i en noget tidligere sammenhæng pointeret en lignende tendens:

I de psykiske sygdommes stille verden kommunikerer det moderne menneske ikke længere med den vanvittige [...] Der findes ikke længere noget fælles sprog. Da man i slutningen af det 17. århundrede begyndte at henregne vanviddet til de mentale lidelser, var det et tegn på, at dialogen var brudt, at adskillelsen var opnået [...] Psykiatriens sprog, der er fornuftens monolog vedrørende galskaben, har kunnet opstå netop på grund af denne tavshed (Foucault 1961;2003).

Spørgsmålet er hvorvidt Foucaults citat overhovedet er centralt og relevant i dag? Som Foucault definerer det, så kan man se udviklingen i Galskabens Historie som en udvikling hvor dialogen med 'den gale' forsvinder, hvor sproget og talen, der giver adgang til

galskabens subjektive meningsdimension, til selvets dybder, der formes i samspil med ydre omstændigheder, erstattes med et fladt og observerbart billede af den 'gale'. Jeg vil i et senere afsnit om 'talens funktion' Del 2, komme ind på hvorledes 'talens' funktion i mødet med Den Anden ligeledes har ændret karakter i den sociale og psykiatriske praksis vi ser herhjemme og har fået en mere markant betydning i behandlingen af, og i de sociale støtteforanstaltninger rettet mod, de sindslidende. Inden jeg bevæger mig for langt væk fra dette afsnits fokus, så ses i de ovenstående delanalyser konturerne af en udvikling der udgrænser forklaringspluralistiske problemforståelser i dybden. Som det beskrives af Howe:

Depth explanations based on psychological and sociological theories are superseded by surface considerations. It is the visible surface of social behavior which concerns practitioners and not the internal workings of psychological and sociological entities. As Cohen (1985:144) recognized, social workers become more inclined to respond to the act rather than treat the actor (Howe 1996:88).

I denne udvikling udelades teoretisk forklaring af det substantielle grundindhold af de basale kategorier som de randomiserede kontrollerede eksperimentdesign anvender for at gennemføre eksperimenter med en indsats- eller interventionsgruppe, der udsættes for en isoleret påvirkning (intervention) og en kontrolgruppe, der med sikkerhed ikke udsættes for denne påvirkning, men i øvrigt ligner indsatsgruppen på alle andre væsentlige variable (Olesen 2007; Levine & Fink 2006). Dette forhold får kritikere til at hævde at klassifikationssystemernes empiristiske ideal om en valid og pålidelig konstruktion af basale kategorier ikke kan indfries inden for psykiatrisk praksis:

Psychiatric disorders are not discrete. High co-morbidities between disorders and the propensity of one condition to change into another makes the present diagnostic system extremely questionable (Levine og Fink 2006 indledning).

The goal is laudable but the model is inappropriate for psychiatry, a discipline with imprecise and unstable diagnostic criteria and outcomes that are not defined by remission of illness but by fractional reductions in the number and severity of itemized symptoms measured by rating scale scores. Ignored in the enthusiasm to embrace a more objective and scientific method in therapeutics is the fact that evidence-based psychiatry (EBP) is itself, an untested hypothesis (Levine and Fink 2006:402).

## **Klassifikationssystemer og problemdefinitioner som handlings- og retningsanvisninger for praksis**

Det forhold at forudsætningen for RCT-designet er at det aktuelle symptombillede skal specificeres non-ætiologisk og a-teoretisk, fik mig til at spørge, i de indledende faser af ph.d-forløbet, om dette forhold ikke automatisk ville medføre et boom i kategorisering, klassifikation og diagnostik på den empiristiske videnskabstraditions præmisser. Et afsæt som kunne begrænse teoretisk refleksion omkring hvad psykisk sundhed eller psykisk sygdom *er*, da teoretiske refleksioner vedrørende det sociale eller psykiatriske problems genese mindsker mulighederne for at opnå konsensus om de diagnostiske kategorier.

Klassifikationssystemernes (American Psychiatric Association 1980:1-12) validitet begrundes med reference til systemernes a-teoretiske, non-ætiologiske udformning. Den samme videnskabsteoretiske tilslutning til empiristisk-analytiske idealer om videnskabelig klarhed, som det ses i de randomiserede eksperimentdesign, er hermed etableret og eksisterer som et helt centralt metodologisk fundament i den diagnostiske praksis, såvel som de senere års styringsredskaber og teknologiske løsninger i den danske velfærdsstatsplanlægning.

Da udformningen af randomiserede kliniske eksperimentdesign ikke er det eneste område hvor klassifikation og diagnostik spiller en central rolle og hvor de etablerede symptomkategorier fungerer handlings- og retningsanvisende for praksis, må en bestemt forventning til kategorisering og definition af det sociale objekt som gøres til genstand for intervention og styring have en funktion og betydning som rækker ud over den åbentlyse anvendelse i forbindelse med de videnskabelige kriterier for evidensproduktionen.

In America, where health care funding for their patients, the DSM and its disorders must be reified as an economic necessity, and other professions must conform to this position. This position is then exported worldwide as 'truth'. Thus, psychology must define its treatments (psychotherapies) in relation to specified DSM diagnoses (Littlejohn 2003).

De psykiatriske referenceprogrammer inden for området udredning og behandling af børn og unge med ADHD (Referenceprogram for ADHD 2008), visitationen til de specialiserede socialpsykiatriske tilbud, de eksisterende psykiatriplaners henvisninger til en evidensbaseret praksis, retten til sociale støtteforanstaltninger, såvel som de psykoedukative programmer og koordination af den interorganisatoriske psykiatriske indsats, samt integration af vidensformer

i en bio-psyko-social model, er blot nogle områder hvor de eksisterende diagnoseklassifikationer er handlings- og retningsanvisningerne for vidensudviklingen såvel som organiseringen af den psykiatriske praksis. Med den logiske empirismes gyldighedskriterier, som grundlag for konstruktionen af basale kategorier i et deskriptivt klassifikationssystem, kan man således få det indtryk at gyldighedsproblemer bliver løst hvis blot man har benyttet metoden korrekt. Med andre ord giver den empiristiske videnskabstradition metodologiske løsninger på filosofiske problemer om gyldighed, som det kommer til udtryk når de store landsdækkende forskelle i diagnosefordelingen forsøges begrundet og løst (Danske Regioner – Marts 2011).

### ***Landsdækkende forskelle i diagnosefordelingen***

Inden for området udredning og behandling af børn og unge med ADHD (Referenceprogram ADHD 2008) har der således de senere år været en opmærksomhed på grænserne for indfrielsen af idealerne om tydelig klassifikation i forbindelse med centrale begreber. Som eksempel fremhæves begrebet 'opmærksomhedsforstyrrelse', hvor der ifølge referenceprogrammet forefindes flere diagnoser og to forskellige diagnoseklassifikationer (DSM og ICD) (Ibid. 2008). Danske Regioners publikationen 'Benchmarking af Psykiatrien' (Danske Regioner 2010/2011) indledes i den forbindelse med velkendte udmeldinger vedrørende øgede behov for at skabe mest mulig sundhed for pengene, ensartede behandlingstilbud af høj kvalitet og effektiv ressourceanvendelse, der efterfølges af den velkendte sætning:

Psykiatrien står over for en række store udfordringer de kommende år (Danske Regioner 2011).

Det nye i publikationen er at de store udfordringer, som publikationen adresserer, nu er de uforklarlige forskelle i diagnostik og manglende retningslinier for behandlingen af de enkelte diagnoser, der kan sikre en landsdækkende ensartethed i behandlingen. De store forskelle i diagnosefordelingen kommer dels til udtryk på tværs af regionerne, og regionale erfaringer viser, ifølge rapporten, at forskellene i diagnosefordelingen ligeledes forekommer inden for den enkelte region, hvor der på nogle børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i landet er en stor del af de henviste børn der får diagnosen ADHD og derved kommer i (medicinsk)

behandling, mens der på andre afdelinger kun er meget få børn der får stillet diagnosen. Grundet klassifikationssystemernes rod i den logiske empirismes antagelse om at beskrivende kategorier kan stå i uformidlet relation til det vi kan observere, pointeres det helt åbentlyse forhold af Danske Regioner, at fordelingen af børn der får diagnosen ADHD *burde* være lige hyppig, uanset hvor man bor i landet (Danske Regioner 2011):

Sådanne forskelle er efter al sandsynlighed hverken udtryk for tilfældigheder eller reelle forskelle i borgerens sygelighed. Alt taler for, at der i højere grad er tale om forskellig diagnostisk tradition på tværs af landet og forskelle i snitflader mellem primærsektor og sekundærsektor (Danske Regioner 2011:4).

Forestillingen om at det inden for diagnosesystemernes empiristiske logik er muligt at definere en tilstand som værende 'unormal, en afvigelse, forstyrrelse eller sygdom' uden at inddrage en stillingtagen til kulturelle, sociale og subjektive værdier og normalitetsdefinitioner synes dermed at blive overhalet af virkelighedens reflekterende praktikere, og et spørgsmål bliver, i forlængelse heraf, hvad disse landsdækkende forskelle i diagnosefordelingen består i, hvorfor disse forskelle opstår, samt hvorvidt det er muligt at eliminere disse forskelle, uden at (re)vurdere de konstruerede kategoriers validitet og anvendelighed i forhold til den virkelighed der eksisterer i den sociale og psykiatriske praksis.

Danske Regioner besluttede således i 2011 at igangsætte et kvalitetsudviklingsprojekt i psykiatrien, med de overordnede formål at forbedre den diagnostiske praksis, at organisere udredning og behandling mere effektivt og at sikre en standardiseret behandling af høj kvalitet. Vejen til at reducere de uforklarlige forskelle i diagnosefordelingen på tværs af regionerne og dermed øge den diagnostiske reliabilitet er, som den defineres i publikationen, at:

kravene til vedligeholdelse af lægernes kompetencer i anvendelse af de diagnostiske instrumenter skærpes. Fx gennem fælles obligatorisk efteruddannelse der kan bidrage til en mere ensartet diagnosticering på tværs af regionerne (Danske Regioner 2011:6).

Der lægges op til at de eksisterende diagnostiske instrumenter skal forbedres gennem øget viden om psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter – der eventuelt skal understøttes med teknologiske løsninger som eksempelvis elektronisk ordbog med definition af psykopatologiske termers betydning, elektroniske manualer med oversigt over de anvendte instrumenter, og indførelse af computerassisteret diagnostisk interview

(Danske Regioner 2011). Den ensartede udredning og behandling hænger, som det defineres af Danske Regioner, tæt sammen med behovet for fælles standarder:

Standardisering og ensartethed handler i vid udstrækning om systematisk at anvende metoder, vi ved virker. Det er god kvalitet (Danske Regioner 2011:7).

Udmeldingen fra Danske Regioner er, med udgangspunkt i denne betragtning, at:

En indsats, der skal sikre mere ensartet udredning og behandling i og på tværs af regioner, skal snarere tage afsæt i at standardisere dét man rent faktisk gør, end at igangsætte en proces for udarbejdelse af kliniske retningslinier (Danske Regioner 2011:10).

Et centralt spørgsmål bliver hvilken viden der forventes at være retningsanvisende for en standardiseret og ensartet psykiatrisk praksis, samt hvorvidt det er muligt, eller enddog hensigtsmæssigt, at forsøge at håndtere de uforklarlige forskelle i diagnosefordeling på tværs af landets regioner på baggrund af forventninger om at det psykiatriske- eller sociale problem i praksis kan betydningsfastlægges (diagnostiseres) ud fra en forbedret objektiv observation af symptombilleder og således 'uden om' fagets helt generelle grundlagsproblematikker. Som Danske Regioners Benchmarking illustrerede, og som mine egne erfaringer fra de besøgte institutioner viste, så eksisterer der en betydelig grad af lokalt forankrede praksisser og forskelle i menneskesyn, erkendelsesteori, i opfattelsen, definitionen, forståelsen, og forklaringen af det sociale eller psykiatriske problem som forventes løst. Og, som jeg vil gennemgå i afhandlingens del 2 og 3, så eksisterede disse substantielle grundlagsdiskussioner og forskelle ligeledes på de psykiatriske afdelinger og socialpsykiatriske institutioner jeg besøgte. Opmærksomheden på mere effektive diagnostiske tests og integration af viden om årsags-virkningssammenhænge mellem intervention og effekt i en kontinuerlig udvikling af den offentlige sektor og det sociale og psykiatriske arbejde kan, i denne sammenhæng, anses som en stræben efter at identificere effekter af de sociale indsatser og interventioner 'uden om' det mere generelle vidensproblem i det sociale og psykiatriske arbejde, som følger af en manglende klarhed over fagets grundlagsspørgsmål.



## **Sociale- og teknologiske bevægelser**

I det følgende afsnit skrives de ovenstående sociale, teknologiske og videnskabelige bevægelser i evidensbegrebet og de diagnostiske klassifikationssystemer ind i en bredere kontekstuel ramme bestående af det samlede psykiatriske felt, som det blev etableret fra starten af 1980'erne og frem i Danmark. Evidensbegrebets fremvækst og nære forbindelse med idealer om den effektive behandling (Jørgensen, Nordentoft og Videnbech 2009:20), samt de nye klassifikationssystemers funktion som deskriptiv og objektiv kategorisering af målgruppen, vil således, i det følgende, blive analyseret som en kombination af overflader og forbindelser mellem samfundsmæssige transformationsprocesser, institutionel reorganisering, indførslen af nye styringsrationaler og teknologier, samt en bestemt psykiatrisk og socialpsykiatrisk selvforståelse, der opstår i samme periode, og som tilsammen tegner konturerne af bestemte ontologiske modeller i det sociale og psykiatriske arbejde og det jeg i afhandlingens afsluttende afsnit betegner som en epistemologisk og ontologisk forskel på dybder og overflader i det sociale og psykiatriske arbejde.

I Foucaults genealogiske optik er tilbageblik en nødvendig forudsætning for at belyse og begribe nutiden. For at forstå nutidige diskursive formationer, forstået som det regelstyrede felt der kan rekonstrueres og betragtes som styrende for hvilke udsagn der kan fremsættes på et givent tidspunkt, må man således have et greb om formationens historiske tilblivelse. Afsnittet lægger ikke op til en udtømmende historieskrivning eller en stringent genealogisk tilgang. I afsnittet undersøges derimod brud, eller diskontinuiteter, i det socialpsykiatriske felt, samt forskellige diskursive positioners bevægelser. Det følgende afsnit tager overvejende afsæt i aktuelle tendenser i 'socialpsykiatri som praksis' og 'socialpsykiatri som videnskab', mens historiske og styringsteknologiske koblinger til diagnostikkens og evidensbegrebets transformation tydeliggøres sidst i afsnittet.

Det socialpsykiatriske felt tegner et billede af en samlet organisatorisk struktur der er ret ny; denne organisering fandt ikke sted før 1980'erne herhjemme, hvor organisatoriske og styringsmæssige ændringer i særdeleshed kom til udtryk som en række omorganiseringer med baggrund i samfundsmæssige udviklingstendenser der på den ene side fordrede mere effektiv

ressourceudnyttelse med baggrund i at den offentlige sektor siges at have vokset sig for stor og tung til at varetage fremtidens velfærdsopgaver, og på den anden side øgede krav om gennemsigtighed og kvalitet i opgaveløsningen, som garanti for den gode og rigtige vidensbaserede indsats, som nu skulle gøres målbar og gennemsigtig for brugerne.

Formålet med omlægningen af den offentlige sektor blev på daværende tidspunkt beskrevet således:

Det er velkendt, at den offentlige sektor er vokset stærkt, især gennem de sidste årtier. Skal vi inden for en overskuelig årrække klare de samfundsøkonomiske balanceproblemer, er der ikke nogen muligheder for at lade den offentlige sektor vokse yderligere. Nye behov kan derfor kun tilgodeses, hvis det lykkes at omlægge indsatsen på ”de gamle områder”. De forudgående årtiers kvantitative vækst skal erstattes af kvalitativ vækst indenfor de bestående økonomiske rammer. Det er hovedsigtet med den omstilling, der allerede er indledt på en række områder, ikke mindst indenfor social- og uddannelsespolitikken. Moderniserings-programmet tager sigte på at gøre det offentlige system mere velegnet til at klare denne omstilling (Moderniseringsprogrammet 1983:2 i Bømler 2011:46.)

Da den udgiftspolitiske målsætning var et krav om nulvækst, blev behov for ’kvalitativ vækst’, omstilling og ’værdi for pengene’ accentueret for at undgå en langsom forringelse af de offentlige ydelser. Udviklingen afspejles i det psykiatriske felt dels som en række reorganiseringer samt flere forsøg på at implementere nye styringsredskaber og organiseringsstrukturer i hospitalsspsykiatri, distrikts- og socialpsykiatri ud fra en betragtning om at serviceproduktionen i disse organisationer skulle gøres mindre hierarkisk og regelstyret og mere fleksibel, effektiv, service- og markedsorienteret, med vægt på konkurrencemekanismen og det personlige incitament (Busch et al. 2007).

Helt overordnet havde de nye styringsredskaber og reformer det tilfælles at de rummede en økonomisk og managerialistisk kerneargumentation (Klausen 1998). Det økonomiske vedrører indbygning af markedslignende vilkår i det offentlige gennem brug af udlicitering, frie forbrugsvalg, brugerbetaling, nye lønsystemer, etablering af nye selskabsdannelser, selvejende institutioner med taxameterstyring og offentlige og private partnerskaber (OOPs), mens det managerialistiske vedrører indføring af nye ledelses- og styringssystemer såsom Lean Production, kontraktstyring, kvalitetsstyring, økonomistyring, activitybased costing (ABC), evaluering og akkrediteringssystemer (Ibid 1998). Udviklingen medførte at det psykiatriske og socialpsykiatriske personale stod over for øgede krav om professionalisering

og specialisering, der dels indebar en implementering af en række evaluerings- og kvalitetssikringsredskaber og dels fordrede en praksis der byggede på sikker (evidensbaseret) viden og medførte et stigende antal samfundsvidenskabelige evalueringer af indhold og effekt af arbejdet. De samme tendenser inden for styring, kvalitet og organisering ses i dag og er yderst modsætningsfyldte. På den ene side virker styringen ved at indgå kontrakter, konsultere, forhandle - endda myndiggøre og aktivere de former for handlingsevne, frihed, valg, medejerskab og ansvarliggørelse som udøves af individer og faggrupper i de respektive organisationer, og på den anden side sættes der normer, standarder, benchmarks, resultatindikatorer, kvalitetskontrol og *best-practise*- kriterier for at overvåge, måle og gøre de forskellige agents præstationer kalkulerbare. Denne ambivalens indkredses af Dean (1999) som en sontring mellem 'handlingsteknologier' og 'præstationsteknologier' – som to forskellige men alligevel beslægtede strategier til at transformere ekspertise og udøve adfærdsregulering blandt borgere og fagprofessionelle. Handlingsteknologierne søger at gøre de institutionelle rum selvregulerende og de ansatte ansvarlige gennem myndiggørelses- og selvstyringsidealer, mens nye præstationsteknologier etablerer dem som centre for kalkulation og underkaster de selvstændige ekspert-domæner nye typer formel rationalitet (Dean 1999:155-160). Konkret udtrykker styringstiltagene samme tendens til central styring og regulering der forstærkes gennem budgetstyring, resultatkontrakter, samarbejdsaftaler, stadig flere målings- og evalueringsinstrumenter og på den anden side en øget decentralisering primært gennem mindre enheder baseret på en større grad af specialisering, samt øget ansvarliggørelse af medarbejdere og borgere, nedlæggelse af psykiatriske sengepladser, overflytning til ambulans behandling og gennem de senere år udbygningen af en dansk socialpsykiatri.

Udviklingstendenserne inden for psykiatrien fremstår som yderst modsætningsfyldte og er samlet set baseret på forventninger om at det, samtidig med udviklingen af mindre decentrale selvstyrende distrikts- og socialpsykiatriske enheder, er muligt at bevare en form for centraliseret styring af de intraorganisatoriske processer og 'output', såvel som de interorganisatoriske samarbejdsrelationer der sikrer koordination, styring og sammenhæng i den samlede indsats. Tilsammen bidrager de ledelses-, styringsmæssige- og organisatoriske ændringer til at generere en avanceret liberal styringsform, hvis muligheder og mangfoldige og komplekse konsekvenser vi endnu ikke kender rækkevidden af.

## **Omstrukturering**

I Foucaults analyser (f.eks. 1982) foreslår Foucault at diskursformationer konstituerer objekter for videnskab og styring. Man kan således betragte omstruktureringen og reformprocesserne som et led i en mere omfattende velfærdsplanlægning, hvor bestemte måder at forstå, forklare og definere genstandsfeltet, det sociale eller psykiatriske problem, og forholdet mellem individ og stat, mellem hjælp, selvhjælp, ansvar og skyld, fremtæder, og er centrale markører for at forstå hvordan bestemte problemdefinitioner opstår og fremtæder som retningsanvisende for praksis.

Et eksempel herpå er omlægningen af psykiatrien og ændringerne i grænsefladerne mellem hospitalspsykiatri, distriktskykiatri og socialpsykiatri. I den decentraliserede struktur er en overordnet systemplanlægning de senere år blevet fundet mindre egnet som styringsgrundlag, og markedsmekanismerne er i stigende omfang blevet anset som 'løsningen' på det psykiatriske felts koordineringsproblematikker (Stacey 2010). Samtidig kan de før beskrevne kvalitetssikringstiltag ses som en centralisering af styringen i de decentrale enheder, der i en eller anden grad repræsenterer en modsatrettet tendens i forhold til de grundlæggende antagelser om afbureaukratisering, decentralisering og regelforenkling, som andre styringsmetoder hviler på, herunder den brede rammelovgivning, selvstyringsidealer, medejerskab og ansvarliggørelse af de fagprofessionelle (Valgård og Krasnik 2007:87), eller som Dean definerer det, som to forskellige, men alligevel beslægtede, strategier til at transformere ekspertise og udøve adfærdsregulering blandt borgere og fagprofessionelle (Dean 1999:150-60).

## **Fra omstrukturering til decentralisering**

Psykiatriens decentraliserede struktur rummer en efterhånden velkendt udfordring, bestående af et øget behov for at etablere netværk eller samarbejdsrelationer mellem autonome organisationer, hvilket medfører nye udfordringer for styringen af de decentrale enheder baseret på en integration af divergerende vidensformer, som formuleret af Sommerfeld:

How can you show your competence in steering, if the systems are closed and therefore completely autonomous (Sommerfeld 2005:13).

Styring af de sociale processer i de autonome og lukkede decentrale enheder er dermed en ny udfordring i velfærdsstaten der søges løst gennem en 'managerialistisk drejning' i den offentlige sektor (Klausen 2007; Sommerfeld 2005:16). Den centrale problemstilling i det psykiatriske landskab bliver således hvordan styring af autonome, autopoisiske systemer er mulig i spændingsfeltet mellem styring og suverænitet, eller mellem lederskab og autonomi. Eller sagt på en anden måde; hvordan det politiske system kan bevare en form for centraliseret styring af decentrale funktionssystemer som den nye psykiatristruktur udgør. Den pointe som de nyere governmentality-studier fremfører, som er interessant i denne sammenhæng, er hvordan skabelsen af en mentalitet i de autonome enheder, baseret på en form for kommunikation, menneskesyn og viden, der kan kontrolleres og styres på bestemte måder, kan løse denne opgave. Det er ligeledes interessant hvorledes decentraliseringen og etableringen af autonome organisationer synliggør styringens komplekse former, mellem handlings- og præstationsteknologier, samt hvordan den aktuelle diskussion vedrørende psykiske lidelser og disses behandling, såvel som usikkerheden vedrørende den videnskabelige bestemmelse af en socialpsykiatri 'som videnskab' i en interorganisatorisk samarbejdsstruktur, hænger tæt sammen med disse politiske mål. Jeg vender senere tilbage til hvorvidt fragmenteringen af den samlede psykiatriske indsats kan imødekommes videnskabeligt gennem øget opmærksomhed på mulighederne for metodekombination, samt forståelse for systemernes forskellige problemhorisonter. En tendens der gik igen i det empiriske materiale var, at flere ansatte og ledere gav udtryk for at de oplevede det hospitalspsykiatriske system som værende mere lukket, som en ansat i den socialpsykiatriske institution 1 udtaler:

"Når man bliver trængt så ryger man tilbage i sit grundsyn, det synes jeg at man kan se meget. I hvert fald vores behandlingspsykiatri er blevet betydelig mere biologisk orienteret fordi de kun har tid til at forholde sig til medicinen, og det vælger de jo så at bruge tiden på" (Ansats socialpsykiatriske institution 1)

Den ansattes udtalelse giver, modsat intentionerne i psykiatriplanen om at etablere en syntese mellem biologi, psykologi og sociologi, et billede af en større interorganisatorisk fragmentering. En større fragmenteret og differentieret viden i det psykiatriske felt kan således være som en paradoksalt følgevirkning af udviklingen, som Sommerfeld, med reference til Bauman pointerer:

The evolution of modern society, or the ongoing process of modernisation, leads to a dynamic self-generating circle of production of ever greater complexity” (Sommerfeld 2005:11). ”Some of the consequences of modernisation are ambivalence, contradictory knowledge and contradictory approaches (Bauman 1995 i Sommerfeld 2005:11).

## **Socialpsykiatriens tilblivelse, udfordringer og styringsmæssige ’behov’**

Socialpsykiatriens institutionelle tilblivelse hænger sammen med decentraliseringen af den psykiatriske indsats herhjemme i 1980’erne. Ved udelukkende at fokusere på reorganiseringen af den psykiatriske indsats i 1980’erne tydeliggøres ikke den diskontinuitet der præger den psykiatriske udvikling. Som Villadsen (2002) beskriver bliver det især tydeligt hvis begrebet ’decentralisering’ sættes ind i en bredere historisk ramme, hvor diskurser om socialpolitik og offentlig forvaltning fra 1970’erne til 1990’erne sammenlignes, at begrebet ’decentralisering’ spiller helt forskellige strategiske roller i forhold til de diskursive kontekster det optræder i. I 1970’erne knyttede begrebet sig primært til politiske idealer om at udbygge og homogenisere de kommunale socialforvaltninger, mens begrebet i 1980’erne og 1990’erne betød decentralisering af ansvar, selvstyring samt inddragelse af private organisationer og fællesskaber i løsningen af offentlige opgaver. Udviklingen afspejles i samme periode i en redefinerings af den ’sociale klient’, fra at blive betragtet som en rådvild, hjælptrængende og sårbar borger, til et aktivt vælgende, selvansvarligt individ der rummer uudnyttede ressourcer. Det samme gør sig gældende med begrebet ’socialpsykiatri’, der i 1960-1980’erne, blev koblet til en række refleksioner omkring psykiatriens grund- og gyldighedsforhold, udfordrende og kontroversielle spørgsmål til galskabens ætiologi, og en række ideer omkring de utallige muligheder ved en socialpsykiatrisk manifestation som selvstændigt fagområde. Og selvfølgelig hele den antipsykiatriske bølge der ligeledes opstod disse år. Som beskrevet af Preben Brandt (2004) var tiden i disse år tilsyneladende til refleksioner af alternativ art. I 1971 skrev den engelske psykiater Maxwell om det han på det tidspunkt definerede som socialpsykiatri:

Egentlig ville jeg foretrække at lade socialpsykiatri stå som et elastisk begreb, der indbefatter alle de sociale, biologiske, pædagogiske og filosofiske betragtninger,

som kan styrke psykiatrien i dens stræben mod at skabe et samfund, der fungerer med større ligestilling og med færre psykologiske skadeslidte (Maxwell 1971).

For at forstå de nutidige diskursive formationer og det regelstyrede felt, der i dag kan betragtes som styrende for hvilke udsagn der kan fremsættes samt, i forlængelse heraf, hvorledes begrebet socialpsykiatri anvendes og indholdsudfyldes, kan et greb om socialpsykiatriens historiske opkomstbetingelser, funktion og anvendelse tydeliggøre hvordan de tidligere kontroversielle ideer til galskabens ætiologi, og rækken af visioner om en socialpsykiatrisk funktion i en decentraliseret psykiatrisk struktur løber sammen med forskellige socialpolitiske, velfærdsstatslige og styringsteknologiske diskurser, der gør, at socialpsykiatrien som genstandsfelt og som videnskab har fået den funktion, og eksisterer i den socialpolitiske form, som vi ser i dag.

Da man i 1980'erne fra politisk side forsøgte at bevæge de psykiatriske totalinstitutioner væk fra den bureaukratiske pyramide opstod der således, foruden omfattende omstruktureringer, også nye begreber og styringsredskaber med det formål at skabe en mere omkostningseffektiv og brugervenlig offentlig sektor. Afbureaukratisering, decentralisering, friere forbrugsvalg, øget anvendelse af markedsmekanismerne og regelforenklning var stikord som kendetegnede de nye tanker (Klausen 2007).

Den første decentralisering af psykiatrien gennem åbne organisatoriske systemer med personlige og humane træk, integreret i det omgivende samfund, byggede på principper om:

- Geografisk nærhed mellem patient og behandler
- Afinstitutionalisering
- Kontinuitet i forløbet
- Samarbejde mellem sektorer
- Tværfaglig behandlingsindsats
- Forebyggende indsats

(Seemann 1996: Baggrundsrapport 1, Sundhedsministeriets Temaplanrunde 1989-1990).

Trods idealer og intentioner om integration af de sindslidende i lokale miljøer, forebyggelse og tværfaglige indsatser, medførte decentraliseringen en synliggørelse af de sindslidende såvel som en større social elendighed i det offentlige rum. Således pointeres fra flere, især socialpsykiatriske, sider, at en politisk-administrativ reorganisering af psykiatrien synes at være igangsat før de nødvendige institutioner, der kunne sikre at indsatsen rettet mod de svageste sindslidende var etableret, og før de nødvendige overvejelser omkring det konkrete indhold af et sådan samspil havde udmøntet sig i praktiske organisatoriske løsninger (Brandt 2004:23-28). Med især distriktspsykiatriens udbygning i slutningen af 1980'erne, hvor de første sengepladser nedlagdes, kombineret med hurtigere udskrivninger og kortere (gen)indlæggelser blev det især synligt at der kommunalt/lokalt var store mangler i forhold til udbygningen af de nødvendige sociale tiltag der kunne sikre den nødvendige sociale indsats for disse mennesker (Seemann 1996). Og reorganiseringen kritiseres af bl.a. Bengt Erik Erikson og Roger Qvarsell (1997), for primært at være foregået ud fra organisatoriske og økonomiske interesser og betragtninger, og uafhængig af viden og forskning vedrørende disse menneskers behov. Samtidig pointeres det at socialpsykiatrien ikke nødvendigvis bliver mere *social* af at nedlægge de store sengeafsnit og flytte den traditionelle psykiatriske måde at tænke og arbejde på ud i mindre enheder og så tro at det bliver bedre, som Holmgren skriver:

Det gør næsten kun ondt værre og skaber blot endnu flere kroniske og hjemløse gadepatienter (Holmgren 2000:24).

### **Social psykiatri? Og hvad så? – en første betragtning**

Distrikts- og socialpsykiatrien blev i årene efter udbygget yderligere, og der opstod boligtilbud, aktivitetstilbud, omsorgs- og støttetilbud og særlige boliger, støttekontaktpersons- ordninger og væresteder, kombineret med forventninger om at det hermed var muligt at konstruere et nyt socialpolitisk interventionsfelt, på tværs af hidtil gældende grupperinger (Villadsen 2004).

De organisatoriske, faglige og kulturelle organisatoriske indretninger tog udgangspunkt i en opdeling i en sygehuspsykiatri, og distriktspsykiatri, der med et behandlerperspektiv anså det som sin væsentligste opgave at behandle sindssygdom for at lindre og måske helt fjerne symptomer, mens socialpsykiatriens opgave, ud fra en rettighedstilgang, var at kompensere



for de tab af funktioner som skyldes sindslidelsen og dermed støtte de sindslidende til at leve et, for dem, værdigt liv (Brandt 2004). Det psykiatriske patientforløb kom dermed til at eksistere mellem den medicinske behandling på sygehuset hvor lidelsen behandles ud fra en række objektivt stillede kriterier for hvornår patienten fremstår som en tilnærmelsesvis ”funktionel enhed” – og på den anden side, efter udskrivelsen, hvor der blev lagt vægt på at opbygge et institutionelt netværk til varetagelsen af de sociale konsekvenser af sindslidelsen. Socialpsykiatriens funktion blev hermed at tage hånd om konsekvenserne af den psykiske sygdom, eller resterne af det psykiatriske fænomen som lå uden for hospitalspsykiatriens opgavevaretagelse, en funktion som blev yderst væsentlig og presserende som følge af de sociale konsekvenser af decentraliseringen, som det beskrives af Littlejohn:

A psychiatric nursing focused primarily on helping (caring), does not need to be dependent on psychiatric or psychological theories of causation, as helping responses do not necessitate having an understanding of the causes of mental distress (Littlejohn 2003:452).

Samtidig opstod nye begreber om psykiske **funktionsevner**, eller **funktionsnedsættelse**, og der opstod nye teknologier til socialt og psykiatrisk arbejde i form af empowermentprogrammer, motiverende samtaler og sociale kontrakter der samlet set, med reference til Foucault, kan beskrives som en ny diskursiv formation i form af nye institutioner, teknologier og praksisser.

Med en parrallel til den svenske udvikling i samme periode beskriver Hallerstedt:

I och med 1994 års handikaplagstiftning och de förändringar som 1995 års psykiatireform ledde till i socialtjänstlagen talar man inte där längre om psykiska handikapp eller psykisk sjukdom. Nu heter det **psykiska funktionshinder**. Införändret av funktionshinderterminologien bör enligt psykiatrikern Mikael Sandlund (2005) ses som ideologisk grundat och kan motiveras praktiskt eftersom avinstitutionaliseringen i Sverige organiserats så att socialtjänstens engagemang i psykiatri- och habiliteringsområdet måste utökas (Hallerstedt 2006:14-15).

Socialpsykiatriens institutionelle tilblivelse hænger således tæt sammen med decentraliseringen af den psykiatriske indsats herhjemme i 1980'erne. Som det ligeledes gjorde sig gældende med begrebet 'decentralisering' i det forgående afsnit, kan en nutidig iagttagelse af begrebet 'socialpsykiatri' ikke tydeliggøre den diskontinuitet der har præget

ideerne om socialpsykiatriens funktion og placering i en samlet organisatorisk struktur. Det er defor interessant at etablere et analytisk genealogisk greb, der kan etablere et refleksions- eller iagttagelsesrum for den nutidige indholdsudfyldelse af begrebet socialpsykiatri og dermed undersøge hvorvidt de diskursive forskydninger, transformationer, brud og kontinuiteter i den socialvidenskabelige forskning, såvel som den politiske organisering og styring af de nye socialpsykiatriske organisationer, hænger tæt sammen med fortidige såvel som aktuelle formationer som mulighedsfelter. Samt betydningen heraf for både socialarbejdere, klienter og deres måde at træde i forhold til hinanden i den aktuelle nutidige praksis.

Den funktionelle placering og bestemmelse af det socialpsykiatriske genstandsfelt er sammenfaldende med den tidligere beskrevne række af kliniske og praktiske ændringer i den diagnostiske praksis, reorganiseringen af psykiatrien, samt omfattende styringsteknologiske ændringer. Uden ambition om at udfolde en detaljeret genealogisk historieskrivning eller at vurdere anvendeligheden af den praktiske og institutionelle placering af socialpsykiatrien, såvel som den videnskabelige placering af begrebet 'socialpsykiatri', kan et genealogisk tilbageblik, i denne sammenhæng, tydeliggøre hvorledes udviklingen i socialpsykiatriske problemdefinitioner og vidensformer langt hen ad vejen kan anses som værende indlejret i bredere historiske sociale og teknologiske bevægelser.

I det følgende foretages en indholdsmæssig og analytisk adskillelse mellem det socialpsykiatriske genstandsfelt, og socialpsykiatriske videnskab. Det socialpsykiatriske genstandsfelt defineres i denne sammenhæng som den organisering, initiativer og strategier, der præsenteres som værende samlende og retningsanvisende for det socialpsykiatriske genstandsfelt i en tid hvor der stilles nye krav til de socialpsykiatriske tilbuds kvalitet, synlighed og evne til hurtig omstilling, fagligt såvel som økonomisk. Og hvor en del af udfordringen er at optimere og udvikle de mange faglige ressourcer og den specialviden som er til stede spredt i den regionale socialpsykiatri. En historisk fremstilling af 'socialpsykiatri som **videnskab**' refererer derimod til den socialforskning der har beskæftiget sig med det socialpsykiatriske genstandsfelt. Tilsammen tydeliggør de officielle definitioner af det socialpsykiatriske genstandsfelt, indhold og funktion, i samspil med den socialvidenskabelige forskning i samme periode, en proces hvor viden, samfundsudvikling, institutionel organisering, socialpsykiatriske praksis og styring hænger uløseligt sammen og skaber nye vilkår for begrebsdannelse og praksis.

## Det socialpsykiatriske genstandsfelt

Det socialpsykiatriske genstandsfelt defineres af de tiltag, strategier og praksis der, fra politisk side, forventes at eksistere i den socialpsykiatriske virkelighed med henblik på at støtte den sindslidende i den situation han befinder sig i, som oftest efter den første kontakt med det psykiatriske behandlingssystem.

Socialpsykiatrien har til opgave at tilbyde borgere med en sindslidelse adgang til en systematisk, fagligt funderet og individuelt tilrettelagt psykosocial rehabilitering. Målet er bedst muligt at støtte personen i at gøre sig klar til på ny at udfylde en plads i samfundet og få lov til at genvinde sin værdighed og selvstændighed (Brandt 2004).

Det socialpsykiatriske genstandsfelt defineres af Videnscenter for Socialpsykiatri som:

..en samlet betegnelse for tilbud til mennesker med en sindslidelse, tilbud der foregår udenfor det psykiatriske sygehusvæsens rammer. Socialpsykiatrien bliver hermed betegnelsen for et konkret praktisk arbejde rettet mod at skabe tilbud til de sindslidende der ikke længere er indlagt langvarigt på de psykiatriske sygehusafdelinger - I behandlingspsykiatrien er målet ideelt set at udrede, lindre og behandle psykisk sygdom: det vil sige, at gøre de sindslidende raske eller symptomfrie. Socialpsykiatriens mål er at kunne tilbyde en støtte der kan **kompensere for de funktionsnedsættelser der følger af sindslidelsen**. Fundamentet i denne støtte er, at sikre, at de sindslidende får mulighed for at få deres grundlæggende sociale rettigheder opfyldt (Videnscenter for socialpsykiatri 2000:39 – min markering).

Karakteren og indholdet af det socialpsykiatriske arbejde med sindslidende er, ud fra en rettighedstilgang, sammenfaldende med et praksis- og anvendelighedsfokus, rettet mod at udvikle og kvalificere de sociale tilbud til de sindslidende med henblik på at behandle eller **kompensere** for de funktionsnedsættelser der følger af sindslidelsen.

De grundlæggende værdier og principper der er koordinerende for socialpsykiatriens funktion beskrives i Videnscenter for socialpsykiatri publikation fra 2000 således:

De sociale og psykiske **funktionsnedsættelser** der er en **følge** af psykisk sygdom, handicapper den sindslidende med hensyn til at indgå i meningsfyldte relationer til andre mennesker. Dette **skaber** en eksistentiel modsætning for den sindslidende, der **kan føre** til isolation og følelse af blandt andet angst og ensomhed. Det

enkelte sindslidende menneske er borger, og derfor gælder de sociale rettigheder, som kan læses ud af serviceloven også for mennesker med en sindslidelse. Mennesker med en sindslidelse er som udgangspunkt i stand til at træffe beslutninger om eget liv (Videnscenter for Socialpsykiatri 2000).

I Videnscentrets definition af den socialpsykiatriske praksis og funktion fra 2000 ses en tilsyneladende abstrakt enighed og konsensus vedrørende socialpsykiatriens genstandsfelt som værende: ”tilbud til de sindslidende der ikke længere er indlagt på de psykiatriske sygehusafdelinger, med henblik på at tilbyde støtte der kan **kompensere** for de funktionsnedsættelser **der følger** af sindslidelsen”. På trods af denne tilsyneladende abstrakte enighed og konsensus, så holder enigheden op når det kommer til den videnskabelige (teoretiske, metodiske, og videnskabelige) definition af problemet, genstandsfeltet og indholdet af indsatsen. Indkredsningen af det socialpsykiatriske genstandsfelt har derfor vist sig at blive en længere og måske endda ufuldendt manøvre. Dette skyldes ikke mindst en udpræget teoretisk mangfoldighed og pragmatisme i det sociale arbejde med sindslidende. Som det bl.a. fremgår i publikationen fra Videnscenter for Socialpsykiatri (2000), hvor der genfindes en beskrivelse af socialpsykiatrien som værende karakteriseret ved en mangfoldighed af metodisk pluralisme og uklarhed:

I det socialpsykiatriske felt findes der ingen grundfæstet, fælles enighed om hvad indsatsen bør bestå i, eller hvordan arbejdet bedst udføres og tilrettelægges. Der er intet enkeltstående, sammenhængende teorigrundlag og der er ingen enkelt faggruppe som er dominerende (Videnscenter 2000: forord).

Forvirringen omkring indholdet og definitionen af det socialpsykiatriske genstandsfelt blev i første omgang ikke mindre, proportionelt med en gennemlæsning af de eksisterende publikationer på området, og det blev tydeligt at mine observationer af grundlæggende forskelle i det retnings- og handlingsanvisende problemdefinitioner i praksis også fremkom i det socialpsykiatriske videnscenters definitioner, såvel som i bredere forskningskredse der beskæftigede sig med dette felt.

## **Socialpsykiatri som selvstændig disciplin eller psykiatrisk 'halehæng'**

Psykiatrien bliver ikke mere social af at blive overført fra amternes sundhedsforvaltning til socialforvaltningen. Der er ikke brug for nye administrative strukturer, men for nye måder at tænke på (Holmgren Videnscenter for socialpsykiatri 2000).

I flere publikationer på området fremstår socialpsykiatrien som et felt karakteriseret ved manglende fællesformuleret teoretisk fundament, sprog, metoder og værdier. Samtidig fremstår socialpsykiatrien som et felt der i en eller anden form er underlagt den almenpsykiatriske tænkning og dennes forståelse af mennesket, sindssygdommes ontologi og behandlingsmetoder, og som samtidig indgår i kontinuerlige bestræbelser på at distancere sig fra den almenpsykiatriske, mangeårige, forsknings – og fagtradition for hermed at etablere socialpsykiatrien som en selvstændig disciplin

Socialpsykiatrien er kendetegnet ved en teoretisk mangfoldighed og pragmatisme, manglende teoretisk tyngde og konsistens som modvægt eller supplement til det den traditionelle biologiske og psykodynamiske psykiatri kan præstere (Brandt 2004:13).

Et centralt spørgsmål fra Fagligt netværk for Socialpsykiatri er, i forlængelse heraf, hvorledes socialpsykiatriske teorier og metoder kan udvikles, således at de socialpsykiatriske tilbud ikke bliver et 'halehæng' til psykiatriens diagnose- og behandlingstilgang, men et selvstændigt indsatsområde (Andersen et al. 2000).

Trods grundlæggende forskelle mellem området 'socialpsykiatri', det medicinske fag 'psykiatri', samt en socialpsykiatrisk selvforståelse der distancerer sig fra den almenpsykiatriske tænkning og behandling, står det alligevel klart, at analyser af socialpsykiatriens styringsmæssige og praktiske karakter må forstås i lyset af den kliniske psykiatris nuværende position både hvad angår menneskesyn, midler, mål, erkendelsesinteresser, vidensformer og behandlingsmetoder (Krogstrup 1994). De senere års erfaring fra den række af styringsmekanismer, kvalitetsmodeller og dokumentationskrav der er blevet implementeret i hospitalspsykiatrien, overføres, som tidligere beskrevet, i disse år fra

hospitalspsykiatrien til den regionale socialpsykiatri og videre til de kommunale sociale tilbud til mennesker med sindslidelse (se eventuelt kapitlet: Fra omstrukturering til decentralisering). Et opmærksomhedspunkt på et kvalitetsudviklingsseminar som Fagligt Netværk for Socialpsykiatri afholdt i 1999 var, med baggrund i Krogstrup og Stenbaks publikation fra 1994, at kultur og holdninger i psykiatriske sygehusafdelinger samtidig overføres til den lokale socialpsykiatri.

## **Socialpsykiatri som videnskab**

'Kampen' om socialpsykiatriens position, indhold og videnskabelige fundament har eksisteret på flere fronter. Dels har de seneste årtiers socialpolitiske udvikling medført øget pres på de socialpsykiatriske institutioner om at dokumentere metoder og effekter af bestemte indsatser, ofte gennem bestemte videnskabelige metoder. Samtidig er 'socialpsykiatri som videnskab' meget vagt defineret inden for forskningskredse.

Socialpsykiatri er som videnskab et bredt begreb og genstand for megen diskussion. Hører det i det hele taget psykiatrien til? Er der i virkeligheden ikke blot tale om socialt arbejde med psykisk syge, eller er det snarere et andet ord for rehabilitering? Overordnet beskæftiger socialpsykiatrien sig med de samfundsmæssige forholds betydning for de psykiske sygdommes opståen og udvikling, men også med samfundets forebyggende indsats og konkrete institutioner for behandling, revalidering og omsorg (Jørgensen, Bredkjær, Nordentoft 2006:20).

I Jørgensen, Bredkjær og Nordentofts definition af socialpsykiatri som videnskab tydeliggøres denne forvirring. Samtidig er det interessant hvordan Jørgensen, Bredkjær og Nordentoft definerer socialpsykiatriens videnskabelige genstandsfelt som værende en tertiær forebyggende indsats der inkluderer viden om de samfundsmæssige forholds betydning for psykiske sygdommes opståen og udvikling. Det er uklart hvorvidt de hermed henregner forskning i årsagssammenhænge i en epidemiologisk tilgang til det socialpsykiatriske genstandsfelt. Netop en sådan demografisk orienteret socialpsykiatris nøgleposition er tydelig ved en gennemgang af de mest benyttede danske og internationale lærebøger og håndbøger i psykiatri, hvor en stort set enslydende definition af hvad socialpsykiatri er, bliver præsenteret som en 'epidemiologisk metode til beskrivelse af fordelingen af psykiske sygdomme i forskellige befolkningsgrupper'. Spørgsmålet er, som tidligere nævnt, hvorvidt et psykiatrisk

epidemiologisk forskningsfelt, der defineres som en lære om epidemier, der beskæftiger sig med sygdomme, forekomst og fordeling, i højere grad placerer sig inden for områderne biostatistik og demografi frem for den aktuelle placering under 'social psykiatri' - i enkelte bøger relateres de statistiske fordelinger til samfundsmæssige forhold, men relateres ikke til de praktiske diagnostiske og behandlingsmæssige forhold.

## **Ætiologisk / sociogenetisk forskning**

Det pointeres ligeledes af Høgsbro (2000, 2004) med udgangspunkt i en mere omfattende forskningskortlægning (1992, 1994), at den demografisk orienterede socialpsykiatri i årene omkring 1989 og 1980, indtog en markant nøgleposition når det gjaldt overvejelser vedrørende sindslidendes **ætiologi**.

Når man diskuterer **årsagerne** til sindslidelserne, blev der henvist til resultaterne fra undersøgelser af forekomsten af sindslidelser i forskellige samfundsgrupper og kulturer samt resultater fra undersøgelser af enæggede tvillinger, der var blevet adskilt ved fødslen (Høgsbro 2000:11 – Min markering).

Tavsheden inden for humaniora, psykologi og sociologi i 1980erne og 1990erne er slående, selv om den for så vidt ikke er teoretisk begrundet. Den teoretiske begrundelse for at søge at få konkrete psykologiske og sociologiske faktorer identificeret kunne nemlig referere til de samme data, som søgningen efter biologiske data refererer til (Høgsbro 2004:16).

Resultaterne kunne pege på nødvendigheden af socialpsykologiske undersøgelser af de belastninger, der fører til, at nogle mennesker udvikler skizofreni, mens andre ikke gør. Problemet inden for dette forskningsfelt synes at være, at der mangler teoretiske udgangspunkter, og at de teoretiske udgangspunkter, der har været, ikke er blevet understøttet af empiriske data, hvor dette var muligt (Høgsbro 2004:17).

Endvidere pointeres det af Brandt at der kun eksisterer sparsom forskning omkring socialpsykiatri som placerer socialpsykiatrien som selvstændigt fagområde, og forskning og lærebøger rummer ingen modeller der tager stilling til det samfund den sindslidende lever i, eller som lader de samfundsmæssige forhold indgå som en betydende del i holdningerne til faget eller til dets arbejdsmetoder (Brandt 2004:17).

Samme tendens kommer ligeledes til udtryk i flere omfattende litteraturstudier (Brandt 2004, Rosenbaum 2004a; 2004b, Cohen 1993, Høgsbro 2002) i form af:

- En betydelig nedgang i publicerede artikler der omhandler sammenhængen mellem skizofreni og socioøkonomiske forhold i perioden 1967 – 1976 til 1989 – 1991 (Cohen 1993). Det anføres at artiklerne fra perioden 1989-91 overvejende har et naturvidenskabeligt afsæt og repræsenterer et generelt fravær af egentlige analyser af sammenhængen mellem psykiatri og samfundsmæssige forhold (Cohen 1993).
- At kun seks artikler af i alt 53 artikler i en årgang af Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift (1991) behandler spørgsmål af psykiatrisk-samfundsmæssig karakter, og at ingen af disse bygger på andet end epidemiologisk-statistiske metoder (Brandt 2004).

En lignende tendens ses inden for den mere kliniske psykiatri hvor Bent Rosenbaum i 2004 foretog en systematisk gennemgang af en række psykiatriske og psykiatrisk-psykologiske artikler, hvilket tegnede et billede af en tydelig forringelse af fagets indsigt i den enkelte patients psykopatologi, fænomenologi og psykodynamik (Rosenbaum 2004). Rosenbaums litteraturstudie er ikke direkte koblet til samfundsmæssige forhold, men til samme epistemologiske tendens til bestemte behandlingsprioriteringer i den psykiatriske praksis.

Det føromtalt omfattende litteraturstudie foretaget af Høgsbro (1992) mundede desuden ud i følgende konklusioner:

- De humanistiske og psykologiske forskningsmiljøer på universiteterne havde siden midten af firserne stort set ignoreret det socialpsykiatriske forskningsfelt.
- De samfundsvidenskabelige forskningsmiljøer inden for området var få og koncentrerede sig fortrinsvis om evalueringer af institutionelle forandringer. De var tillige præget af manglende kontinuitet og stabilitet (og grundbevillinger) i den forskningsmæssige indsats.
- Og senere: Den praktiske sociale indsats på området var præget af at den sociale sektor ikke havde nogen selvstændig teoretisk referenceramme for sin indsats. Man havde ingen sikker teoretisk forståelse for samspillet mellem på den ene side de sindslidende og på den anden side lokalsamfundet, de sociale netværk, socialforvaltningen og de offentlige institutioner (Høgsbro 1992; 2000:11).



Kortlægningen konstaterede at omkring halvdelen af forskningen (målt i registrerede projekter) forstod sig selv som liggende i feltet ”socialpsykiatri”. Der var her overvejende tale om epidemiologiske undersøgelser af indlagte patienters sociale baggrund og udviklingen i sygeligheden og antallet af hospitalsindlæggelser i befolkningen. I kortlægningen kunne det samtidig konstateres at der havde dannet sig en konsensus om at årsagerne til sindslidelsers opståen skulle søges i samspillet mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer (Høgsbro 1992;2000:11). Baggrunden for denne konsensus, var, ifølge Høgsbro, det væsentlige empiriske argument, der var knyttet til en sammenfatning af tvillingundersøgelseres resultater, hvor man i omkring 50% af de tilfælde hvor en tvilling havde en skizofrenidiagnose kunne konstatere tilsvarende lidelse for den anden tvillings vedkommende. Konklusionen er interessant fordi resultatet pegede på de biologiske faktoreres store betydning, men også pegede på at en så alvorlig sindslidelse som skizofreni stadig kræver bestemte psykologiske og samfundsmæssige betingelser for at udvikle sig, men:

Hvad disse betingelser går ud på, ved man ikke ret meget om, og det var ikke muligt at finde psykologiske, humanistiske eller samfundsvidenskabelige forskningsprojekter herhjemme, der beskæftigede sig med denne problematik (Høgsbro 2000:12).

På det epistemologiske niveau har diskussionen om sindslidelsers ætologi svinget mellem biologiske og sociologiske forklaringer i det sidste hundrede år. I forbindelse med min kortlægning af dansk forskning vedrørende sindslidelser kunne jeg konstatere, at samfundsvidenskaberne, humaniora og psykologi tilsyneladende havde trukket sig fra diskussionen af disse forhold siden midten af 1980'erne (Høgsbro 1994, 2004).

Samme tendens beskrives af Inge Bryderup (2011), med baggrund i en undersøgelse af udviklingen af de socialpædagogiske vidensformer gennem en analyse af det historiske samspil mellem de centrale aktører – staten, forskningen og den socialpædagogiske profession. Bryderup skriver om målgruppeopfattelsers udvikling i perioden 1970 – 2005 at:

Forskningen i forhold til de udsatte børn og unge går i denne periode fra at være sociologisk orienteret i form af undersøgelser af mere objektive forhold omkring ulighed og fattigdom til at være mere psykologisk orienteret og omhandle individets sociale adfærd samt psykiske og følelsesmæssige problemer.

Forskningens fokus flytter sig ligeledes fra at omhandle forhold, der kan forebygges eller afhjælpes via social- og uddannelsespolitiske tiltag til at være et spørgsmål om omfanget af 'kulturelle' ressourcer i de enkelte familier (Bryderup 2007,2008, 2011:266).

I 1996 fulgte anden forskningskortlægning inden for det socialpsykiatriske område - målrettet den forskning, der i særlig grad var relevant for den sociale indsats. Forskningsfeltet blev defineret som "forskning vedr. sindslidendes forhold", og dette forskningsfelt blev forstået som en del af det bredere socialpsykiatriske forskningsfelt (Høgsbro 2000:12).

Denne kortlægning konstaterede at 'socialpsykiatri som videnskab' eller som forskningsfelt var opdelt i to:

1. Et forskningsfelt der omhandlede teorier om sindslidelsesnes sociogenese
2. Et forskningsfelt der angik sindslidendes forhold – denne forsknings fokus var som temaet antyder, optaget af sindslidendes forhold og dermed den situation de sindslidende befandt sig i når lidelsen *var* opstået.

Argumentationen for en videre fremtidig forskning baseret på netop denne anden tilgang (pkt 2), var at:

selvom det ville være afgørende for vores kliniske og praktiske indsats, om vi vidste, hvilket konkret samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale forhold der fremkaldte sindslidelsen, kan vi umiddelbart lægge denne problemstilling bag os, når vi diskuterer de sindslidendes forhold, efter at problemet er opstået (Høgsbro 2000:13).

Den efterfølgende kortlægning af dansk forskning vedrørende sindslidendes forhold blev således, på baggrund af denne argumentation, en kortlægning af den forskning der i midt 90'erne beskæftigede sig med sindslidendes forhold i samfundet, integration i lokalsamfundet og deres forhold til de offentlige tilbud (pkt 2), og dermed en afgrænsning af pkt 1 (Høgsbro 1997), og socialforskningen beskæftigede sig herefter ligeledes primært med den situation de sindslidende befandt sig i når lidelsen var opstået.

Det beskrives samtidig hvorledes de "tidligere" sociogenetiske tilgange, der idealistisk forsøgte at koble "systemkarakteristika" i den indre forestillingsverden til "systemkarakteristika" i den ydre verden, medførte at aktørerne i den ydre verden, det være

sig pårørende såvel som psykiatere, dermed pålægges et betydeligt ansvar for lidelsen, som Høgsgbro skriver:

Da antipsykiatrien skabte en ny diskurs om skizofreniens sociogenese, påførte den mange forældre en følelse af skyld og nederlag (Høgsgbro 2000:36).

Jeg vil løbende vende tilbage til spørgsmålet om skyld og ansvar, da de styringsteknologiske og sociale bevægelser afspejler et diskursivt skift hvor problemforståelser, ætiologiske og dybdegående problemdefinitioner fra 1980'erne og frem blev begrænset til epidemiologisk forskning, samt et forskningsmæssigt fokus på psykosocial (re)habilitering der dels begrundes med funktionelle argumenter om socialpsykiatriens position i en decentraliseret psykiatrisk struktur og dels med etiske argumenter om skyld og ansvar, hvor sidstnævnte argumenter om skyld og ansvar er et gennemgående og centralt tema i mine interviews med brugere og professionelle i det social- såvel som hospitalspsykiatriske system.

Det kan diskuteres hvilken betydning antipsykiatridebatten har haft i den praktiske psykiatriske virkelighed, men den har, om ikke andet, medført nye tanker omkring en samfundsmæssig forklaring på psykiatriske lidelsers tilblivelse, selvom disse jf. Sundhedsstyrelsen er yderst begrænsede sammenlignet med sundhedsområdet mere generelt (Sundhedsstyrelsen 2009). I Sundhedsstyrelsens publikation "Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet" (2009) tydeliggøres en varierende indsigt i sygdomsårsager og mekanismer inden for hhv. sundhedsområdet og det psykiatriske område.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens publikation at:

Det kan noteres, at de sygdomsgrupper, som spiller den største rolle for de kommunale udgifter til borgere med nedsat arbejdsevne (blandt andet psykiske lidelser), tilhører dem, hvor der har været mindre forskning i sygdomsårsager. Derfor er det også disse sygdomme, hvor vi har mindst kendskab til årsager, der kan påvirkes i form af forebyggelse og sundhedsfremme" (Sundhedsstyrelsen: 2009:13) og videre: "Det påpeges, at der indenfor det psykiske og psykosomatiske område råder større usikkerhed om risikofaktorer. Det bliver særligt aktuelt, når de forebyggende indsatser knyttes til spørgsmålet om at forebygge sygefravær og tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, som er et stort og vigtigt område for kommunerne (Ibid. 2009:13).

Selvom Sundhedsstyrelsen problematiserer det manglende kendskab til, og forskning i, psykiske problemers tilblivelse og årsager, medfører dette fokus ikke, som en logisk følge, en bredere forsknings- og samfundsmæssig indsats. Forskning af relevans for forebyggelse kan

beskæftige sig med hele årsagskæden, lige fra de samfundsstrukturelle determinanter til de cellulære og molekulære mekanismer. Sundhedsstyrelsens publikation skitserer, som jeg vil komme ind på i det følgende, sammen med den socialvidenskabelige og socialpolitiske udvikling, det Villadsen definerer som et styringsteknologisk eller diskursivt skift i det sociale arbejdes problemhorisont (Villadsen 2004:262).

'Socialpsykiatri som videnskab' synes således fra sidst i 1980'erne og frem at ændre karakter i retning af et mindre fokus på at forstå psykiske reaktioner i en samfundsmæssig, kulturel og social kontekst eller på mulighederne for at udbygge en tertiær forebyggende indsats baseret på videnskabelig multikausal og forklaringspluralistisk viden i den psykiatriske forskning, til et fokus på hvad man kan gøre for at hjælpe personen i den situation han netop står i.

Der er samtidig opstået en tilsyneladende abstrakt enighed og konsensus vedrørende socialpsykiatriens genstandsfelt som værende tilbud til de sindslidende der ikke længere er indlagt på de psykiatriske sygehusafdelinger, med henblik på at tilbyde støtte der kan **kompensere** for de funktionsnedsættelser **der følger** af sindslidelsen. Dette fokus blev yderst centralt som følge af reorganiseringen og decentraliseringen af den psykiatriske indsats, hvor nedlæggelsen af hospitalspsykiatriske sengepladser og hurtige udskrivninger (og genindlæggelser) krævede en hurtig social(psykiatrisk) indsats for at afbøde de nu synlige konsekvenser i gadebilledet. Men trods det åbenlyse behov for en hurtig og ekstraordinær social indsats der kunne kompensere for de sociale, psykologiske og menneskelige følger af sindslidelsen, og det deraf naturlige forskningsfokus på sindslidendes forhold og dermed den situation de sindslidende befandt sig i når lidelsen *var* opstået, så medførte dette forsknings- og praksisfokus samtidig, at det nu var muligt at lægge forskning og viden om det konkrete samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale forhold der fremkaldte det sociale eller psykiatriske problem bag sig, hvilket får Pilgrim og Rogers til at konkludere:

There are many signs that whilst social psychiatry may not be on its last legs it has certainly seen better days. A crucial aspect of its demise has been the recent failure, compared to earlier days, to draw on insights from the social sciences. A good starting point to begin to examine the trajectory of social psychiatry and assess its future prospects is the breakdown in collaboration between the disciplines of sociology and psychiatry (Pilgrim and Rogers 2005:317).

Det synes således uklart hvad det konkrete indhold af den omtalte integration af vidensformer, defineret som bio-psyko-sociale modeller, er, og der synes at være begrænsede humanistiske

og samfundsvidenskabelige forskningsprojekter, der beskæftiger sig med denne problematik. Spørgsmål der melder sig i forlængelse heraf er *hvilken* konsensus om *hvilke* årsager, samt *hvilket* samspil der henvises til – samt i forlængelse heraf: hvilke indsatser og organisatoriske, og styringsteknologiske, løsninger fremkommer så selvfølgelig?

Dette, samtidig med en socialpolitisk udvikling, der medførte et øget pres på de socialpsykiatriske institutioner om at dokumentere metoder og effekter af bestemte indsatser, ofte gennem bestemte videnskabelige metoder, medførte samtidig en ny måde at definere, forstå, forklare og behandle sociale og psykiatriske problemer på. Vidensakkumulationen, og forudsætningerne for socialvidenskabernes bidrag til en øget videnskabelig forståelse for den kompleksitet der kendetegner de psykiatriske problemstillinger på netop dette tidspunkt i historien, må dermed forstås i et komplekst samspil med mindre synlige og komplekse forhold, diskursive styringsmæssige og samfundsmæssige ændringer og mekanismer. De politiske, strukturelle og styringsmæssige forandringer som påvirker den sociale, samfundsvidenskabelige, psykologiske og naturvidenskabelige vidensudvikling, såvel som den psykiatriske praksis og menneskesyn, må derfor fremlægges og diskuteres. Som skitseret i det indledende så fremkommer bestemte sociale og psykiatriske indsatser, vidensformer, problemdefinitioner og menneskesyn ikke i et institutionelt og samfundsmæssigt tomrum, men produceres og reproduceres gennem politiske, managerialistiske og økonomiske diskurser, institutionelle løsninger og organiseringer, som er værd at medtænke i en samlet forståelse for den aktuelle psykiatriske og socialpsykiatriske praksis, videnskabelighed og transformation på dette tidspunkt i historien.

### **Handlingsteknologiske løsninger: At 'behandle problemet'**

I det følgende videreføres den distinktion der i det foregående blev præsenteret som de sociogenetiske tilganges ("idealistiske") forsøg på at koble "systemkarakteristika" i den indre forestillingsverden til "systemkarakteristika" i den ydre verden, i forståelsen og forklaringen af de psykiatriske lidelsers tilblivelse og behandling.

Analytisk viderefører jeg denne distinktion som en sondring mellem interventioner, løsningsmodeller og vidensformer der er rettet mod forandringer af den **subjektive** erfaring,

handlen og tænkning, og interventioner og ideer rettet mod forandringer af den **objektive** virkelighed. Psykiatriens historie er fuld af overvejelser og diskussioner der vedrører dikotomien, eller adskillelsen, mellem den indre, subjektive bevidsthed og den ydre verden, og spørgsmålet er om den aktuelle viden begrunder, eller berettiger, en sådan adskillelse, samt hvorledes forskning, styring og praksis forholder sig til dette forhold, der ligeledes har erkendelsesteoretiske, ontologiske og epistemologiske aspekter.

Disse to perspektiver blev i de første ideer om socialpsykiatriens funktion, såvel som ideer om helhedsorienterede modeller og idealer om empowerment af de psykiatriske brugere, anset som gensidigt betingede. Antipsykiatridebatten kobkede således tanker om en samfundsmæssig forklaring på psykiatriske lidelsers tilblivelse med de subjektive udtryksformer, og de første tanker og ideer om det socialpsykiatriske genstandsfelt og videnskab blev defineret som indeholdende alle de sociale, biologiske, pædagogiske og filosofiske betragtninger, som kan styrke psykiatrien i dens stræben mod at skabe et samfund, der fungerer med større ligevægt og med færre psykologiske skadeslidte, som det blev defineret af Maxwell (Maxwell 1971).

En sådan analytisk og kritisk kobling mellem individets **subjektive** erfaring, adfærd og kognition, og den **objektive** virkelighed, udsprang ofte af politiske og socialkritiske normative begreber forbundet med tanker om mulighederne for at påvirke, hvad der blev anset som, uretfærdige fordelinger af samfundets ressourcer, og en vision om at det var muligt at indrette og organisere samfundet på en mere retfærdig og solidarisk måde der, som Maxwell definerer det, gør at det ville være muligt at styrke psykiatrien i dens stræben mod at skabe et **bedre** samfund, og dermed bedre vilkår for rehabilitering og forebygge af det der blev betegnet som marginalisering og undertrykkelse der skabte psykologisk skadeslidte i et dysfunktionelt samfund (Ibid 1971).

Ideerne var forbundet med visioner om at det var muligt at forandre de **objektive** og strukturelle vilkår, som var **årsag** til de sociale og psykiatriske problemers opkomst, og som begrænsede underprivilegerede individers og grupperes muligheder for at forbedre eller ændre deres livsomstændigheder og dermed også deres **subjektive** bevidstgørelsesproces. Visionen var dermed rettet mod at indsatsen skulle hæve sig over en ren individorienteret analyse af deres problemer (Wright Nielsen 2009:47).

De psykiatri-kritiske ideers kobling mellem subjektiv tænkning og handlen og objektive livsvilkår der opstod i årene omkring 1960 – og 70 repræsenterede en periode, der af Villadsen (2004) bliver beskrevet som en kort men markant og kritisk periode i det sociale arbejde, der afledte en række refleksioner omkring psykiatriens grund- og gyldighedsforhold, og en række ideer omkring de utallige muligheder ved en afvikling af de store psykiatriske totalinstitutioner og etableringen af en selvstændig socialpsykiatri. I argumentationen der vedrørte afviklingen af statshospitalerne og etableringen af en socialpsykiatri blev der især lagt vægt på de praktiske, såvel som principielle, grænser for totalinstitutionernes intervention i de sindslidendes liv, som blev betragtet som umyndiggørende, passificerende og undertrykkende (Goffmann, Laing, Foucault). Visioner om mulighederne forbundet med afviklingen af de store statshospitaler, socialpsykiatriens funktion og empowerment af undertrykte og marginaliserede grupper, var i de tidlige faser baseret på ideer om øget magt for det enkelte individ, samt forebyggelse og ændring af samfundsmæssige forhold som antages at være årsag til de problemer de konfronteres med. I perioden fra 1960'erne og frem til i dag undergår, det jeg har valgt at kalde, disse ideers bio-psyko-sociale bud på en sammenkobling af den **subjektive** erfaring, handlen og tænkning med den **objektive** virkelighed, en teoretisk og ideologisk forandring, og bliver samlingspunkt for forskellige strømninger i tiden. Forskellige definitioner, visioner og ideer om en socialpolitisk indsats rettet mod de sindslidende kom herefter til at afspejle forskellige strømninger i synet på forholdet mellem individ og stat, voluntaristiske og deterministiske menneskesyn, samt begreber om skyld og ansvar der samtidig fulgte sociale og teknologiske bevægelser, politiske strømninger og ændringer i socialpolitikken.

Med reference til den tidligere Figur 4 kan de sociale og teknologiske bevægelser beskrives som en distinktion mellem de kollektivistisk orienterede ideer i det kritiske sociale arbejdes kobling af "systemkarakteristika" i den indre forestillingsverden til "systemkarakteristika" i den ydre verden, eller mellem den **subjektive** erfaring og den **objektive** virkelighed, og på den anden side de neoliberale teknologiske socialpolitiske løsningers primære fokus på en større organisering og involvering af brugerne:

The process of de-institutionalization and subsequent failure of community care in the late 1980's and early 1990's, together with the rise of the market economy and

consumer approaches to health care by successive governments, have, according to service user history, given rise to the service user movement (Campbell 1996).

Mens 80'ernes og 90'ernes idealer om sociale brugerorganiseringer og sociale selvrealiseringsprogrammer, eller som det præsenteres i det følgende: de psykoedukative programmer, har selv et som genstand for frigørelse, kan disse programmer samtidig, som Barbara Cruikshank (1999) pointerer, betragtes som en politisk forpligtigelse og en forudsætning for det liberale demokratiske samfund, hvor ideerne om det gode samfund bevares og videreføres:

The self-esteem movement [...], promises to deliver a technology of subjectivity that will solve social problems from crime and poverty to gender inequality by waging a social revolution, not against revolution, not against capitalism, racism and inequality, but against the order of the self and the way we govern ourselves [...] Self-fulfilment is no longer a personal goal. According to advocates, taking up the goal of self-esteem is something we owe to society, something that will defray the costs of social problems, something that will create a "true" democracy (Cruikshank 1999: 231-232).

Ideerne om det frigjorte selv forbindes således, i den nyliberale diskurs, med ideer om at skabe et bedre samfund; slagordene fra det 'kritiske sociale arbejde' kan genfindes i denne overordnede ideologi – dog vendes relationen mellem indre systemkarakteristika og ydre systemkarakteristika, mellem subjektive og objektive forhold om, og subjektets aktive selvstyring og deltagelse forventes at skabe den objektive virkelighed, eller 'bedre samfund' som efterlystes i de tidligere 'idealistiske' visioner. Så selvom de kritiske bevægelser kritiserer af strukturelle og undertrykkende forhold er blevet bevaret og genindskrevet i den neolibere tænkningens kritik af overdreven styring, så genanvender den neolibere kritik af velfærdsstaten det "frie subjekt" som et teknisk middel til at opnå styringsmæssige formål og målsætninger. Disse formål og målsætninger er enslydende med de tidligere idealer, men forholdet mellem et deterministisk og et voluntaristisk menneskesyn i forhold til at opnå disse målsætninger vendes om, og der etableres et mindre tydeligt fokus på kollektive processer for at transformere samfundet og tage hånd om, og ansvar for den enkelte. Det bliver nu den enkelte der har en overordnet forpligtigelse og ansvar over for sig selv, og ikke mindst over for samfundet.

Det velkendte citat fra Margaret Thatcher (1987) anvendes ofte som beskrivelse på dette skift:



I think we've been through a period where too many people have been given to understand that if they have a problem, it's the government's job to cope with it. 'I have a problem, I'll get a grant.' 'I'm homeless, the government must house me.' They're casting their problem on society. And, you know, there is no such thing as society. There are individual men and women, and there are families. And no government can do anything except through people, and people must look to themselves first. It's our duty to look after ourselves and then, also to look after our neighbour. People have got the entitlements too much in mind, without the obligations. There's no such thing as entitlement, unless someone has first met an obligation.

Det interessante er, hvorledes de tidligere kritiske strømninger i synet på psykiatrien, dens brugere, organisering og funktion kan genfindes i udviklingen af socialpolitikken og den udvikling og organisering af psykiatrien som vi kender i dag. Den aktuelle organisering og styring af psykiatrien synes således at have været i stand til at appellere til politisk uforenelige udgangspunkter, hvilket giver tidligere begreber og visioner en ny styrke i en nu neoliberalt orienteret socialpolitik.

Samtidig med indførelsen af nye diagnosemanualer, og dermed nye former for kategorisering og problemdefinition, der epistemologisk og ontologisk er sammenfaldende med den psykoedukative praksis' handlingsteknologiske rationale, som gennemgås i det følgende, ses i denne proces en udskiftning af de centrale problemdefinitioner og menneskesyn i psykiatrien fra tidligere anvendte begreber som *patienten*, og inden for det sociale område *klienten*, som Stickley definerer det:

Ancient model of paternalism with apparent and concomitant abuses have become incompatible with the style of contemporary health care (Stickley 2006:570).

Denne påvirkning af den psykiatriske begrebsdannelse har således historiske og styringsteknologiske opkomstbetingelser, der kan tilbageledes til ideologisk modsatrettede frigørelsesbegreber, som forenes gennem en fælles kritik af paternalisme og idealer om det frigjorte selvrealiserende subjekt. Hvor individets udvikling og selvstyring i et neoliberalt perspektiv bliver til en politisk forpligtigelse, som Chruichak (1999) definerer det, kan en sådan diskursiv og retorisk udvikling og skift i begreber fra klient, patient til kunde og bruger samtidig relateres til tankerne bag empowermentbegrebet i 1960'erne og 70'erne, hvor lukning af de store statshospitaler, decentralisering og en udbygning af en socialpsykiatri baseret på principper om geografisk nærhed mellem patient og behandler,

afinstitutionalisering og en hverdag så tæt på det normale som muligt (Seemann 1996), skulle ledsages af sociale, biologiske, pædagogiske og filosofiske betragtninger, som kunne styrke socialpsykiatrien i en stræben mod at skabe et samfund der fungerede med større ligevægt og med færre psykologiske skadeslidte (Maxwell 1971). De tidligere tanker om afinstitutionalisering og integration af de marginaliserede i lokalsamfundet kan således historisk betragtes som sammenfaldende med empowerment-bølgens tidlige opmærksomhed på individets ret til indflydelse, valgfrihed og politisk oplysning, og indsigt i sammenhængen mellem livsomstændigheder, strukturelle forhold og deres livsomstændigheder.

De tidligere samfunds- og psykiatrikritiske ideers opkomst og substantielle indhold videreføres og korresponderer således på visse punkter med en neoliberal udvikling af velfærdsstaten. Diskurser der tidligere forekom kritiske, kontroversielle og alternative transformeres ind i en neoliberal styringsdiskurs. Op gennem 1990'erne skulle borgerne sikres rettigheder, frie valgmuligheder og egenkontrol over processen – målet var selvbestemmelse, og en del af udviklingsarbejdet bestod i at motivere borgerne til at tage del i og ansvar for deres egen recovery-proces. Governmentality-litteraturen som repræsenteret af Mitchell Dean (1999) leverer et bud på hvordan de tidligere kontroversielle ideer til galskabens ætiologi, og rækken af visioner om en socialpsykiatrisk funktion i en decentraliseret psykiatrisk struktur, såvel som empowerment-begrebets transformation, epistemologisk kan tolkes som utryk for flere forskellige socialpolitiske, velfærdsstatslige, ideologiske og styringsteknologiske diskurser der løber sammen og finder en fælles forankring. Som fremført af Mitchell Dean (1999), så blander de kritiske, alternative strømningers bekymring for statens og eksperternes undertrykkelse og overdrevne styring af individet sig med et neo-liberalt magt- og frigørelsesbegreb. Fælles er en kritik af paternalismen og favorisering af det selvrealiserende subjekt.

Som det formuleres af Mitchell Dean:

What is less often noted is the way in which these movements and their critiques of the welfare state in the name of autonomy came to be remapped onto the critiques of excessive government of neo-liberal thought. Where the political and cultural movements sought a utopian vision of the emancipated self, however, the neo-liberal critiques of the welfare state sought to redeploy the 'free-subject' as a technical instrument in the achievement of governmental purposes and objectives. Contemporary liberal rule rediscovers freedom as a technical modality, and is able

to translate (even if only roughly) the concerns of social and cultural movements into its own vocabulary and a set of practical formulas for the review, rationalization and renewal of governmental practice (Dean 1999:155).

Kritikken rettet mod denne udvikling er ofte rejst fra den politiske venstrefløj, der argumenterer for at den politiske transformationsproces har medført en afpolitisering og individualisering af begreber og intentioner på en sådan måde at situationelle og strukturelle faktorer ignoreres i den aktuelle socialpolitik, hvilket resulterer i et fokus på 'selvet' som eneste løsning på menneskelige problemer. Med en omskrivning af 70'ernes slagord bliver det politiske gjort personligt, og empowerment-begrebet depolitiseres.

Eller som Stickley definerer det:

Service user involvement is a concept created by the dominant discourse, that reinforces the power/knowledge position of that discourse and it is only by applying theories of emancipation and liberation that genuine change may be wrought for the position of the service user in relation to psychiatry (Stickley 2006:571).

Samme tendens ses med reformeringen af psykiatrien, der ligeledes er præget af en tilsyneladende sammensmeltning af krydsende hensyn, forskellige og til tider modstridende normer, værdier og interesser. Den ideologiske dominans af økonomiske normer og værdier lanceres således ofte som forenelige med andre hensyn, for eksempel øget behandlingskvalitet og patienttilfredshed (Johannesen 2004:11). Der synes således at eksistere (mindst) to forskellige bevægelser, hvor den ene er den vi i dag kender og definerer som en neoliberal retning med det selvstændige, frie individ og den **subjektive** erfaring, kognition og adfærd i front. Og hvor konturerne af det Dorte Gannik (2009) betegner som styring gennem individualisering ses. Den anden er perspektiver hvor der i højere grad etableres en analytisk sammenhæng mellem den **subjektive** erfaring, kognition og adfærd og den **objektive** virkelighed. Som følge af de kritiske bevægelsers kausalrelation mellem en **objektiv** virkelighed og individets problemer, anses individets problemer, inden for disse perspektiver, i højere grad som værende et socialt og strukturelt forankret kollektivt problem. Samtidig var der en stærk politisk undertone i disse tidlige visioner og idealer som følge af at den sociale virkelighed blev betragtet som værende konstrueret på en sådan måde at de herskende klassers, eller de magtfuldes, fordele og velfærd bevares.

Fra sidst i 1980'erne og frem ændrer det sociale arbejde, som beskrevet af Villadsen (2003), karakter i retning af et mindre fokus på at forstå psykiske reaktioner i en samfundsmæssig, kulturel og social kontekst, til et fokus på den situation den sindslidende netop står i, og neoliberalistiske diskurser i form af selvstyringsredskaber og empowerment-idealer, begynder at influere på betydningsfastlæggelsen og indholdsudfyldelsen af ideerne. Dele af de tidligere kontroversielle ideer kommer herefter til at indgå i en styringsteknologisk strategi, der, som Cruikshanks citat illustrerer, lægger større ansvar over på individet, familien og lokalsamfundet, samt de nu decentrale organisatoriske enheder, som udgør den samlede psykiatriske organisering, og der anlægges en bestemt ontologisk forståelse for sociale og psykiatriske problemer gennem implementeringen af handlingsteknologiske styringspraksisser, baseret på politiske ønsker om brugerinddragelse og en tilsyneladende frihed til at vælge (Dean 2007). Værdier som effektivitet, selvansvar, frihed, empowerment og selvhjælp har i stigende grad har fået en central plads i det sociale hjælpesystem (Mik-Meyer og Villadsen 2007:9), som ligeledes beskrevet af Mitchell Dean:

.....there's a barely articulated thesis I would like to call 'culture governance' or governance through the ethical culture or cultivation of the individual. This is the view that rule in contemporary liberal democracies increasingly operates through capacities for self-government and thus needs to act upon, reform and utilize individual and collective conduct so that it might be amenable to such rule. Related to this is a very specific conception of the individual subject as one involved in external self-problematization. Within this self-problematisation, all ascribed and received identities of nation, class, sexuality, gender and ethnicity might be called into question, leaving the individual in a position of choice with regard to his or her identifications (Dean 2007:61).

## **Psykoedukation**

I dag ses decentraliseringen af den psykiatriske indsats som en del af en markedsorienteret organisationsopbygning, der af Dean (2007) beskrives som en udvikling hvor handlingsteknologier søger at gøre de institutionelle rum selvregulerende og ansvarlige gennem myndiggørelses- og selvstyringsidealer (Dean 1999:155). Samtidig med decentraliseringen erstattes den tidligere diagnostiske praksis, som tidligere beskrevet, med nye diagnosemanualer, og nye interventionsformer opstår, heriblandt en psykoedukativ praksis, der skal ruste de sindslidende til at identificere tidlige advarselstegn på tilbagefald og udstyre dem med en handlings- og mestringssevne, der skal ruste dem til at håndtere et liv

uden for institutionerne og i højere grad til ”at tage ansvar for eget liv” (Terkelsen 2009). Det interessante er hvilken adfærd der forventes af de sindslidende, samt hvilke rettigheder og pligter det indebærer. Samt hvorledes bestemte menneskesyn fungerer i forskellige regerings- og behandlingsprogrammer og knyttes til bestemte sociale teknikker.

Den psykoedukative praksis er konstitueret i den hospitalspsykiatriske praksis med henblik på at undervise patienter og pårørende og give dem indsigt i egen sygdom og lære dem at mestre de psykiatriske symptomer på en sådan måde, så de er i stand til at leve et liv så tæt på det normale som muligt uden for de psykiatriske institutioner. Bindeleddet til de socialpsykiatriske institutoner er hermed etableret:

Psycho- educational programs in psychiatry emerged at the end of 1970. The impetus for the creation of such treatment programs was the explicit aim of many Western countries to reintegrate psychiatric patients into society. [...] several large psychiatric hospitals and asylums in Norway were closed down during the 1980s, and patients were transferred to open care in their communities. Independence, self-care and ability to cope with life became highly valued properties during this reform. [...] The introduction of psycho- educational programs should be viewed against this background (Terkelsen 2009).

Formålet med den psykoedukative praksis beskrives som en mulighed for at forøge sindslidende og pårørendes viden om deres diagnose, specielt med henblik på at fremme bevidste problemløsningsstrategier, også i decentralt regi (Goldmann 1988). Det forventes således at være af stor betydning at den syge ved så meget som muligt om sin sygdom og selv aktivt bidrager til at udvikle og følge de retningslinjer der dæmper sygdomssymptomerne og bremser sygdomsudviklingen (Jørgensen, Bredkjær, Nordentoft 2006). Den psykoedukative praksis kan betragtes som en kognitiv behandlingsfilosofisk drejning hvor der etableres kognitive terapiformer og social færdighedstræning (Ibid. 1), som ligeledes beskrives af Socialstyrelsen:

Mennesket har en særlig evne til at tænke, analysere, forestille sig og lære. Det er netop de evner som de kognitive behandlingsformer alle bygger på, for kognition betyder helt enkelt erkendeevne eller tænkning. De kognitive behandlingsformer "forholder sig til afgrænsede forhold i patientens liv, lærer patienten metoder til problemløsning og symptomreduktion og søger at gøre patienten bevidst om karakteren af sin psykiske lidelse". Kognitiv behandling er en fællesbetegnelse for

bl.a. kognitiv terapi og social færdighedstræning, men også psykoedukation og kognitiv optræning hører til denne retning (Socialstyrelsen 2008)

Et væsentligt mål for den kognitive indsats er, som det beskrives af Høgsbro at

hjælpe folk med at befri sig fra dysfunktionelle reaktioner fremkaldt af deres eget betydningssystem (Høgsbro 2004:25).

De kognitive indsatser bidrager hermed til terapeutiske strategier, hvor hverdagslivets tænke- og handlemåder og reaktioner er udgangspunkt for dialogen mellem patient/klient og behandler med henblik på at opøve fremtidige hensigtsmæssige handle og reaktionsmønstre (Mørch et.al. 1995 i Høgsbro 2004:25).

Den psykoedukative praksis kan dermed betragtes som en ny diskurs, der forsøger at styrke, eller gøre brug af, patienternes kapacitet til at handle, og samtidig understøtte defragmentering mellem den hospitalspsykiatriske indsats og den sindslidendes videre liv uden for institutionen:

The objective of the [psykoedukative] program is self-governance and independency, and through a specific knowledge regime designed for regulating psychotic thoughts, feelings and behavior, patients are supposed to 'detect and manage symptoms with the help of professionals from the psychiatric field' (Gråve 1991 i Terkelsen 2009).

Begrebsdannelsen i den psykoedukative praksis og dertilhørende videnskabsteoretiske afsæt synes således at være kendetegnet ved det Villadsen (2007) betegner som en import af begreber fra bestemte videnskabelige diskurser. Som Villadsen skriver:

Der tales mindre om socialt producerede evner, og mere om klientens motivation, selvværd, evne til at overskride fastlåste mønstre og selvforestillinger (Villadsen 2007:35).

I regionens oplysningsmateriale beskrives værdien af den psykoedukative praksis som værende et behandlingsmæssigt brud med de tidligere statshospitals lægelige autoritet og tidligere etablering af det passive subjekt. Og der etableres samtidig en distinktion i forhold til 1970'ernes definition af sindslidelser som udviklingsforstyrrelser og den samtidige berøringsangst over for at stille 'alvorlige diagnoser', som det beskrives i Psykiatriskole Vests

publikation (Psykiatriskole Region Midt). Den psykoedukative praksis er begrebsmæssigt og teoretisk forankret i den kognitive filosofi. Indsatsen rettes mod at lære patienterne selv-observation, selv-klassifikation og selv-eksamination i overensstemmelse med de diagnostiske psykiatriske kategorier, og de tilknyttede handlingsanvisninger og referenceprogrammer. Det fremgår blandt andet af den regionale psykiatriplan at:

Næsten alle mennesker har mulighed for at tage et medansvar for forløbet af deres sygdom, og et gunstigt sygdomsforløb kan ikke bare tilskrives en faglig og professionel indsats. At komme sig sker blandt andet i kraft af egen indsats. Og jo større ansvar, den enkelte kan tage, jo mindre er behovet for involvering og koordinering fra behandlernes og støttepersonernes side (Psykiatriplan 2011:27).

Selvstyring og uafhængighed er således idealer, og begreber kobles til idealer om at højne og forbedre patienternes evner til at deltage og handle gennem bestemte subjektiveringsprocesser. De psykoedukative programmer opstiller således en række positive mulighedsbetingelser for patienternes uafhængighed, egenomsorg og mestring, som Fairclough, med reference til Foucault formulerer det:

Power does not work negatively by forcefully dominating those who are subject to it: it incorporates them, and is 'productive' in the sense that it shapes and 'retools' them to fit in with its needs. Modern power was not imposed from above by particular collective agents, upon groups or individuals: it developed from 'below' in certain 'microtechniques' (such as examination in its medical and educational senses, which emerged in institutions such as hospitals, prisons and schools at the beginning of the modern period (Fairclough 1992:50).

De psykoedukative programmer kan inden for en sådan optik betragtes som en gensidigt betinget relation mellem viden og magt, hvor der eksisterer bestemte bindinger i forhold til hvad der kan siges, hvornår og af hvem, som Foucault definerer det :

any system of education is a political way of maintaining or modifying the appropriation of discourses, along with the knowledges and powers which they carry (Foucault 1981:123 i Joseph 2004).

Udviklingen kan samtidig ses som en del af en overordnet politisk strategi i transformeringen af sundhedsvæsenet i mere bred forstand:

Det handler om at give den enkelte den nødvendige viden og de nødvendige redskaber til egenindsats og egenomsorg (Regeringen Sund hele livet 2002).

Denne udvikling beskrives af Dean (1999) som en udvikling hvor handlingsteknologierne søger at gøre de institutionelle rum selvregulerende og ansvarlige gennem myndiggørelses- og selvstyringsidealer:

The advantage of this particular assemblage over earlier techniques of empowerment is that the contract acts as a kind of 'obligatory passage point' (Callon 1986) through which individuals are required to agree to a range of normalizing, therapeutic and training measures designed to empower them, enhance their life-esteem, optimize their skills and entrepreneurship and so on (Dean 1999:168).

Det meta-teoretiske grundindhold i en psykoedukativ praksis henviser samtidig til det jeg, i det følgende, vil betegne som et post-ontologisk menneskesyn, eller det man måske i denne sammenhæng kan kalde et voluntaristisk menneskesyn, der i mindre grad inddrager refleksioner vedr. strukturelle eller sociale forskelle, eller samfundsmæssige årsager til sygdom eller andre sammenhænge der har betydning for hvorvidt en meningsfuld og differentieret indholdsudfyldelse af idealer om 'det frie subjekt', og hermed mulighedsbetingelserne for et frit, selvregulerende subjekt, kan etableres. Patienterne forventes på den ene side at lære og opøve 'ability' så de kan agere i forhold til idealer om selvstyring og ansvar for egen handlen og trivsel, der kan ruste dem til et liv uden for institutionen, på den anden side pointerer skeptikere, at der er grænser for denne 'frihed' som bør medtænkes, som Terkelsen pointerer:

Foruden sociale og økonomiske forhold der begrænser det enkelte individs frihedsgrad udenfor institutionen, forventes de sindslidende gennem de psykoedukative programmer, at opnå sygdomsindsigt (Estroff 1993), og de forventes at udvise medicinsk compliance og af egen vilje fastholde den psykopharmakologiske behandling, også udenfor institutionen, hvor der ikke er nogen 'der holder øje med dem' (Terkelsen 2009:4).

Det psykoedukative program beskrives af skeptikere som værende konstitueret inden for en medicinsk forståelsesramme med henblik på at undervise patienterne, give dem indsigt i egen sygdom og opøve kompetencer til at mestre de psykiatriske symptomer på en sådan måde at de er i stand til at leve et liv så tæt på det normale som muligt uden for de psykiatriske institutioner. Som Rose pointerer:



Modern individuals are not merely 'free' to chose, but obliged to be free (Rose 1999:74; Terkelsen 2009:2).

De psykoedukative programmer afvikles ofte i grupper hvor patienter og pårørende er sammensat på baggrund af de sindslidendes diagnoser. I den psykoedukative praksis er hensigten dermed at de pårørende og de patienter der modtager psykoedukation bedre kan sætte sig ind i og forstå det som allerede er blevet defineret som sygdom på baggrund af de diagnostiske manualer (Hertz i Brinkmann 2010). Den diagnostiske konstruktion af basale kategorier og problemforståelser, videreføres hermed og fungerer retningsanvisende for gruppesammensætningen, undervisningsmaterialet samt den indsigt i egen sygdom og mestringsstrategier som søges etableret. Diagnosen indeholder således en problemrepræsentation, der samtidig indeholder handlings- og retningsanvisende svar. De følgende eksempler fra den Børne- og Ungomspsykiatriske afdeling illustrerer hvorledes klassifikationssystemernes problemdefinitioner fungerer som visitation til psykoedukationen, samt etablerer et bestemt blik på 'den sindslidendes' problem, og udstikker retningslinierne for hvorledes problemet skal mestres. I forlængelse heraf eliminerer definitionen af problemet visse forståelser for dets årsag og definerer dets løsning. Som Rose skriver:

At any any time and place, human discontents are inescapably shaped, moulded, given expression, judged and responded to in terms of certain languages of description and explanation, articulated by experts and authorities, leading to specific styles and forms of intervention. What, the, is specific to today? (Rose 2006:479)

Til enhver diskurs er der således knyttet eksklusionsprocedurer som udelukker bestemte begreber og iagttagelsesredskaber og muliggør andre udsagn i bestemte diskursformationer. Mens de psykoedukative programmer således på den ene side etablerer en række nye og positive mulighedsbetingelser i formningen af subjektpositioner, der muliggør bestemte måder at handle og intervenere på, funderet i bestemte mekanismer, teknikker og teknologier, etableres samtidig eksklusionsprocedurer, hvor samme forståelser og forklaringer af de sindslidendes problemer etablerer nye grænser for de sindslidendes 'handlen' og grænser for hvordan, og på hvilken måde, den meningsfulde og differentierede indholdsudfyldelse af begrebet 'frihed' kan etableres og gøre de psykiatriske patientgrupper i stand til at udøve de forventede selvpraksisser.

## **Viden, styring og definition af det sociale objekt**

Reintegration af de sindslidende i samfundet gennem idealer om uafhængighed, selvstyring og ability var således begreber der opstod i samme tidsrum sammen med nye teknologier til socialt- og psykiatrisk arbejde, decentralisering og et diskursivt skift i den socialforskning der beskæftigede sig med (social)psykiatriske problematikker i en samfundsmæssig kontekst. **Viden, styring** og definition af **objektet** (det sociale og psykiatriske problem) kan i denne udvikling ses som havende fælles historiske opkomstbetingelser. Samtidig kan det moderne menneskesyn, der optræder fra det jeg har valgt at definere som starten af 1980'erne og frem, ses som en ny integration af vidensformer i en bio-psyko-social model, hvor humanvidenskaberne, gennem kognitive terapiformer, social færdighedstræning og kognitiv optræning, skaber mulighedsbetingelserne for en ny governmentalitet der etablerer den sindslidendes dobbeltrolle i vidensproduktionen som både objekt og subjekt (Foucault 1972). Etableringen af objektet, 'problemet' eller 'den gale' kan samtidig ikke betragtes hverken som udelukkende epistemologisk eller videnskabeligt determineret, eller som et givet historisk uforanderligt faktum, men indgår i et komplekst samspil med udviklingen i sociale, politiske, organisatoriske og teknologiske bevægelser der har betydning for hvilke løsninger der fremkommer selvfølgelig og anvendelige og hvordan et bestemt (psykiatrisk/socialpsykiatrisk) interventions- og genstandsfelt kan konstitueres.

Især én pointe har været væsentlig i det foregående afsnit, nemlig at de præsenterede handlingsteknologier kommer i spil når bestemte individer bliver til 'kategorier' eller det Dean (1999) definerer som 'målgrupper', men ingen af disse teknikker, som jeg vil gennemgå i det følgende, forholder sig til de implicite antagelser, grund- og gyldighedsforhold der ligger til grund for de historisk skiftende kategoriseringer, som det ligeledes beskrives af Pearson (2007) og Taylor og White (2000). Dette er helt centralt i det følgende, da der netop i konstruktionen af basale kategorier, problemdefinitioner og forståelser gemmer sig nogle helt centrale diskursive forskydninger og tendenser, der ikke kun kan synliggøre styringens komplekse former på et epistemologisk niveau, som Foucaults analyser repræsenterer, men ligeledes kan synliggøre hvorledes det er muligt, gennem metateoretisk epistemologisk og ontologisk refleksion, at vurdere, ikke kun anvendeligheden, meningsfuldheden og konsekvenserne af de etablerede problemdefinitioner og kategorier og initiativer, men også mulighedsbetingelserne for udvidede ontologiske erkendelsesmodeller og betragtninger, begrebsdannelse og praksis i arbejdet med sindslidende. Jeg vender løbende tilbage til dette

analysestrategiske valg mellem forskellige epistemologiske og ontologiske positioner i forskningen, da en gennemgående tendens inden for forskellige sociale- og psykiatriske indsatsområder, i organiseringen af det psykiatriske felt, i etableringen af bestemte objekt- og subjektpositioner, problemdefinitioner såvel som i de styringsteknologiske løsninger og håndteringsstrategier, kan skimtes en udvikling der tegner konturerne af en distinktion mellem dybde- og overfladeperspektiver i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde.

Det ovenstående eksempel var fra den psykiatriske psykoedukative praksis, hvor konturene af en forskel mellem 'dybder og overflader' i den etablerede ontologi om menneskets problemer, lidelse og behandling kom til udtryk som en adfærds- og kognitionsregulerende praksis, der søger at gøre individet i stand til at involvere sig aktivt i bestemte mestrings- og selvpraksisser, og som i mindre grad etablerede et iagttagelsesredskab der kunne indfange de helt essentielle grundlagsproblematikker der vedrørte de sociale og psykiatriske problemers substantielle grundindhold. Jeg vil skitsere dele af denne udvikling i det følgende, inden for områder så forskellige som forvaltning, organisering, præstationsteknologisk styring, markedsregulering og den socialpsykiatriske og psykiatriske borgernære praksis. I det følgende vil fokus fortsat være på hvilke problemdefinitioner og vidensformer der karakteriserer de handlingsteknologiske bevægelser. Nikolas Rose (1996) tydeliggør gennem en historisk fremstilling af psykologiens fremvækst hvorledes vidensudvikling kan betragtes som en del af en styringsmæssig proces hvor viden, samfundsudvikling og styring hænger uløseligt sammen. I Roses genealogiske fremstilling af psykologiens historie fremstilles hvorledes en forståelse af videnskab ikke kan betragtes som et autonomt system eller projekt. Samme udvikling synes, med baggrund i den foregående analyse, at præge udviklingen af socialpsykiatri som videnskab, hvor den tilknyttede socialforskning og viden fra 1980'erne udvikles som en praktisk videnskab, der opnår sandhed og anerkendelse gennem teknikkernes anvendelighed i et konkret samfundsprojekt, i dette eksempel: behovet for at etablere sociale støtteforanstaltninger der på mest effektiv vis formår at **kompensere for de funktionsnedsættelser der følger af sindslidelsen**. Karakteren og indholdet af det socialpsykiatriske vidensgrundlag og arbejde med sindslidende blev hermed, ud fra en rettighedstilgang, sammenfaldende med et praksis- og anvendelighedsfokus, rettet mod at behandle eller **afhjælpe** de sociale konsekvenser af sindslidelsen, mens forskning rettet mod

sociale- og psykiatriske problemers ætiologi, eller sociale, psykologiske og biologiske genese fik en marginal position i denne udvikling.

## **Decentralisering, defragmentering – og integration af vidensformer**

I de følgende afsnit inddrages materiale fra den kvalitative undersøgelse i den specialiserede socialpsykiatri samt den behandlingspsykiatriske afdeling. Fokus vil i det følgende fortsat være på de epistemologiske transformationsprocesser og især den konstruerede ontologi om sociale og psykiatriske problemer i den styringsteknologiske diskurs. Det væsentlige i de følgende afsnit vil dels være et fokus på hvilken konsensus og hvilke helhedsorienterede modeller der konstrueres, samt hvilken viden, forståelse og forklaring af sociale og psykiatriske problemers opkomst, udvikling og transformation der etableres i den styringspolitiske diskurs.

For at opsummere så langt så fremgik det af det forgående afsnit, at etableringen af en distrikts- og socialpsykiatri har betydet at flere patienter søges integreret i det almindelige samfundsliv, hvilket har medført nedlæggelse af psykiatriske sengepladser, et betydeligt fald i indlæggelsesvarigheden og en stigning i genindlæggelsesfrekvensen (Mainz, Jørgensen og Rosenberg 2007:24). Disse ændringer har, som det beskrives af Mainz, Jørgensen og Rosenberg, medført større krav til et effektivt og målrettet hospitalsvæsen gennem løbende målinger og beskrivelser af det aktuelle kvalitetsniveau. Samtidig ses en centralisering af styringen i de decentrale enheder der i en eller anden grad repræsenterer en modsatrettet tendens i forhold til de grundlæggende antagelser om afbureaukratisering, decentralisering og regelforenkling, som andre styringsmetoder hviler på, herunder den brede rammelovgivning, selvstyringsidealer, medejerskab og ansvarliggørelse af de fagprofessionelle (Valgård og Krasnik 2007:87), eller som Dean (1999) definerer det, som to forskellige, men alligevel beslægtede, strategier til at transformere ekspertise og udøve adfærdsregulering blandt borgere og fagprofessionelle (Dean 1999:155-158).

I forbindelse med omlægningen af psykiatrien og ændringerne i grænsefladerne mellem hospitalspsykiatri, distriktspsykiatri og socialpsykiatri er en overordnet systemplanlægning de senere år blevet fundet mindre egnet som styringsgrundlag, og markedsmekanismerne er i stigende omfang blevet anset som 'løsningen' på det psykiatriske felts koordineringsproblematikker.

Omlægningen inden for den psykiatriske interorganisatoriske organisering fra 1980'erne og frem til i dag har foruden et diskursivt skift stillet nye krav til samarbejdsrelationerne mellem psykiatri og socialpsykiatri, skitseret som udviklingen fra en bureaukratisk styreform til nye decentraliserede løsninger med socialpsykiatrien som selvstændig enhed, hvor den øgede kompleksitet i psykiatriens organisering og samspilsrelationer har medført at der i dag er flere mulige distinktioner og flere behandlingsmuligheder end tidligere at trække på, ofte forankret i sektorlogikker (Seemann 1996). I dag ses således et øget behov for samordning af politikker og organisatoriske løsninger samt generel kommunikation på tværs af foranstaltninger, specialer og myndigheder. Decentraliseringens konsekvenser i form af samarbejds- og koordinationsproblemer og fragmentering mellem de forskellige arbejdsområder er et emne der behandles i næsten samtlige nyere danske udgivelser, høringssvar til de nyeste psykiatriplaner og strategi- og handleplaner omhandlende psykiatrien. Kontinuitet, sammenhæng og samarbejde i det psykiatriske felt søges etableret på flere indsatsniveauer. Dette sker gennem behandlingsplaner, udskrivningsplaner og sociale handleplaner, samt krav i lovgivningen om samarbejde mellem sektorerne. Nye organisationsmodeller søger at sikre en entydighed i samarbejdet mellem områderne, en entydighed i behandlingen og de sociale støtteforanstaltninger, formaliserede samarbejdsaftaler, og fælles værdigrundlag der dels skal sikre en samarbejdsstruktur såvel som en samarbejds*kultur* på tværs af forskellige sektorlogikker, kulturer og sprog i de respektive områder (Videnscenter for Socialpsykiatri, Social, Indenrigs og Sundhedsministeriet 2003: 23). Af nyere dato beskriver psykiatriplanen (2008;2011) den nye ansvarsdeling mellem region og kommuner på det psykiatriske område som en særskilt og betydelig udfordring, mens der i forbindelse med strukturreformen (2007) gives løfter om et sundhedsvæsen hvor patienterne oplever høj kvalitet, korte ventetider og ikke mindst sammenhængende patientforløb, hvor gråzoner er afskaffet og kassetænkning er fortid (Regeringen 2004). Den sindslidende kronikergruppe indskriver sig dermed i en udvikling hvor decentraliseringen af den psykiatriske indsats medfører at brugerne af de psykiatriske ydelser i høj grad er afhængige af hvordan meget forskellige sektorer håndterer den nødvendige behandling og støtte. Sektorerne har hver deres sæt spilleregler: lovgivning, økonomistyring, beføjelser, forudsætninger, traditioner og interesser. Dette har tilsyneladende medført årelange domæne,- behandlings, - interesse, - kultur og professionskonflikter, der ikke blot kan give anledning til uoverensstemmelser og problemer i samarbejdet, hvis disse

ikke medtænkes i den samlede strategi, men også i forhold til den enkelte sindslidende (Vallgård og Krasnik 2007, Seemann 1996).

Med strukturreformens kommuneændringer i 2007 forpligtes kommuner og regioner i lovgivningen til at samarbejde om sammenhæng i behandling, træning, forebyggelse og pleje (Sundhedsstyrelsen 2006). Strukturreformen har ikke ændret ved decentraliseringsprincippet set fra et statsligt perspektiv. Organisatorisk har strukturreformen (2007) medført at kommunerne har fået et større ansvar for sundhedsområdet og samtidig fået myndighedsansvaret for den specialiserede socialpsykiatri. Det naturlige samarbejde mellem regioner og kommuner er nu formaliseret i rammeaftaler og sundhedsaftaler hvor den fremtidige drift af de socialpsykiatriske tilbud baseres på en rammeaftale mellem kommunerne og leverandørerne af de sociale ydelser som kommunerne efterspørger på det socialpsykiatriske område. Staten har samtidig siden 1990'erne centraliseret visse dele af styringen af kommunerne ved at stille flere krav til de kommunale serviceydelser, den kommunale økonomi, samt krav til en effektiv og målrettet psykiatri og social indsats, med behov for udvikling af effektive metoder, som kontinuerligt kan sikre kvaliteten, ressourceudnyttelsen og effektiviteten af de sindslidendes pleje og behandling (Mainz 2007:24).

De politiske intentioner om etableringen af sammenhængende patientforløb, hvor gråzoner er afskaffet og kassetænkning er fortid, synes dog ikke, i skrivende stund, realiseret. Per Jørgensen, Søren Bredkjær og Merete Nordentoft (2006) ser, i forlængelse heraf, et styringsmæssigt potentiale i at anvende **evidens** som det sprog der potentielt kan forene de forskellige organisatoriske lag i psykiatrien fra politikere over forvaltning og psykiatriledelser til kliniske ledelser og medarbejdere i en tid hvor kommunalreformen

...truer sammenhængen i den psykiatriske indsats overfor de kronisk syge patienter i sin deling mellem en regional behandlingsindsats og en kommunal social indsats (Jørgensen, Bredkjær, Nordentoft 2006).

Evidenstankegangen er således, som Jørgensen, Bredkjær og Nordentoft ser det, en mulighed for at kompensere for et eventuelt kommunikationsbesvær og en fragmentering af psykiatrien. Psykiatrien står således i de kommende år over for en række konkrete udfordringer, der omhandler psykiatriens *organisatoriske* kvalitet forbundet med tilrettelæggelse af patientforløbet, koordination og kontinuitet, hvilket potentielt kan få stor betydning for

psykiatriens drift og udvikling. Løsningen på disse udfordringer bindes op på udviklingen og implementeringen af nye organisationsmodeller der søger at sikre en entydighed i samarbejdet mellem områderne, såvel som en *entydighed* og gennemsigtighed i behandlingen og de sociale støtteforanstaltninger og formaliserede samarbejdsaftaler, samt flere krav til de kommunale serviceydelser, den kommunale økonomi, samt krav til en effektiv og målrettet psykiatri og social indsats. En større sammenhæng og kontinuitet i det samlede patientforløb i psykiatriens decentraliserede struktur forventes således fremmet ved at sikre en ensartethed og parallelitet mellem styringsredskaber, tiltag, rammer og principper mellem sundhedsområdet og det sociale område, som det bl.a fremgår af modelskitsen til Den Danske Kvalitetsmodel på det sociale område:

Principperne for opbygningen af kvalitetsmodellen på det sociale område vil være at anvende en del af den ramme, det skelet og de principper, som Den Danske Kvalitetsmodel på sundhedsområdet er udviklet ud fra. Herudover vil relevante dele af denne models begreber og terminologi blive anvendt, men omsat til det sociale område (DDKM Social 2009:7).

Baggrunden for at søge denne parallelitet mellem kvalitetsmodellen på sundhedsområdet og det sociale område er at kvalitetsmodellen vil blive implementeret i store dele af sundhedsområdet i behandlingssystemet, herunder inden for det sociale sundhedsområde. Ved at anvende den samme ramme og principper for kvalitetsudvikling i de to sektorer skabes der mulighed for øget vidensdeling og koordination mellem indsatsen, eksempelvis omkring sundhedsfremmende initiativer og omkring de store brugergrupper, som benytter begge sektorer (DDKM Social 2009:7).

## **Bio-psyko-social forståelsesramme og 'integrationseffekt' – Hvor blev den af?**

Spørgsmålet om hvilken viden om psykisk sygdom der henvises til i de nyere psykiatriplaner når det beskrives at:

de tydeligste udviklingstendenser i psykiatrien på tværs af lande i den vestlige verden er præget af en syntese mellem biologi, psykologi og sociologi i både teoretisk forståelse og praktisk tilgang (Psykiatriplan 2011)



er således yderst centralt, ikke mindst som følge af psykiatriens decentraliserede strukturs efterhånden velkendte udfordring, bestående af et øget behov for at etablere netværk eller samarbejdsrelationer mellem de decentrale, autonome organisationer, hvor den videnskabelige bestemmelse af en socialpsykiatri 'som genstandsfelt og som videnskab' i en interorganisatorisk samarbejdsstruktur hænger tæt sammen med politiske mål. Modsat intentionerne i psykiatriplanen om at etablere **en syntese** mellem biologi, psykologi og sociologi i **praktisk** tilgang såvel som i **teoretisk forståelse**, gav flere ansatte og ledere i den specialiserede socialpsykiatri udtryk for at de oplevede det hospitalspsykiatriske system som værende mere lukket som det beskrives i den regionale socialpsykiatri:

*Ansæt 1:* "Når man bliver trængt så ryger man tilbage i sit grundsyn, det synes jeg at man kan se meget. I hvert fald vores behandlingspsykiatri er blevet betydelig mere biologisk orienteret fordi de kun har tid til at forholde sig til medicinen, og det vælger de jo så at bruge tiden på - så vi kan ikke få sparring omkring resten af det miljøterapeutiske, det kan vi jo ikke -det har de jo lagt fra sig, altså der skal vi selv udvikle på og så er vores sprog hurtigt forskellige - vores forståelse bliver hurtigt forskellig - når vi skal beskrive noget er vi begyndt at bruge "sproget fra relation og mestring" - det forstår de ikke et hak af....."

*Ansæt 2:* "Nej men det troede vi de ville forstå mere af - så lader de det bare forbigå - og så opdager vi: hold da fast mand, vi taler jo om nogle helt forskellige ting - og de reelle tabere er jo borgerne som står der og skal være indlagt og føler at det er én behandling derinde og en helt anden derhjemme"  
(Socialpsykiatrisk institution 1).

I feltarbejdet i specielt de socialpsykiatriske institutioner gives udtryk for en oplevelse blandt ledere og personale af en form for 'operativ lukning' af de hospitalspsykiatriske og socialpsykiatriske systemer. Socialpsykiatrien giver på flere niveauer udtryk for at hospitalspsykiatrien har 'lukket sig om sig selv' og er blevet mere 'biologisk' de senere år. Samtidig giver de socialpsykiatriske ledere og frontpersonale udtryk for at socialpsykiatrien i denne udvikling bør manifestere sig som et *selvstændigt* fagområde, og derfor ikke længere skal hedde 'socialpsykiatri', men derimod center for *psykosocial-rehabilitering*, for at illustrere denne uafhængighed. Jeg spørger undrende ind til om deres arbejdsmetoder og praksis ikke inkluderer biologisk/medicinsk behandling af beboerne, hvilket behandlingen i høj grad gør, men det er ikke pointen bliver jeg gjort opmærksom på. Pointen er, at når hospitalspsykiatrien 'giver sig til' at blive mere biologisk og 'lukke sig om sig selv' ved bl.a. at droppe miljøterapi og andre sociale tiltag på afdelingerne, kan socialpsykiatrien kun blive mere 'ligeværdig' og undgå at fremstå som et 'halehæng' til psykiatrien ved at trække

markant i 'den anden retning'. Problemstillingen illustrerer den udfordring der er forbundet med decentraliseringen og de nye organisatoriske strukturers krav om sammenhæng og integration af vidensformer i den almenpsykiatriske tænkning, hvilket nødvendiggør overvejelser omkring institutionernes funktion, vidensgrundlag, praksis og selvstændige positionering som fagfelt i denne udvikling, som det blev pointeret af den ledelsesansvarlige på en af de socialpsykiatriske institutioner:

”Vi bruger ikke så meget ordet socialpsykiatri længere, men derimod psykosocial rehabilitering. Vi tænker at rehabiliteringsbegrebet kan bruges til alle, og det er med til at give os en højere status. Der har været et over/underforhold. Det vi grundlæggende kæmper for er et mere ligeværdigt samarbejde”  
(Fokusgruppe Socialpsykiatrisk institution 1).

At hospitalspsykiatrien synes at 'lukke sig om sig selv' kan der være flere årsager til. En årsag er at styringen skaber effekter på det reale niveau, som også Foucault, Dean, Bacchi fremfører. Det er efterhånden længe siden at det fra forskningskredse (Seemann 1996, Guldbrandsen mfl 2007) blev pointeret at uagtens implementering af styringstiltag kunne medføre en mindre horisontal og fleksibel opgaveløsning i den psykiatriske struktur fordi organisationerne dermed blev tvunget til at orientere sig mod interne standarder, indikatorer og i mange tilfælde eksternt definerede *best practice* idealer. Det kan være konsekvensen af denne udvikling der ses nu. En anden årsag kan være de omfattende økonomiske restriktioner som både kommuner, den specialiserede regionale socialpsykiatri og hospitalspsykiatrien oplever i disse år. Inden for hospitalspsykiatrien i den undersøgte region, medfører dette en række reorganiseringer og omfattende besparelser på flere niveauer - i dette tilfælde rettet mod miljøterapeutiske tilbud, socialrådgiverfunktioner og andre sociale forståelser og tilgange på de hospitalspsykiatriske afdelinger.

Samtidig ses der en interessant kobling til de diskursive formationer og vidensformers bevægelse i den psykiatriske praksis, hvilket tydeliggør en forskel i perspektivernes problemhorisont. I en bio-psyko-social model har det biologiske perspektiv, forstået som den klinisk-biologisk, medicinske psykiatri, og visse dele af det psykologiske perspektiv, gennem en integration af realistiske og empiristiske vidensformer, etableret en forskningstradition der inddrager kausalforklaringer som i højere grad kan integreres med evidensbevægelsens styringstekniske metodekriterier. Dette vil jeg komme med en række eksempler på i de

følgende afsnit. Problemdefinitionen foregår således primært i den behandlingspsykiatriske praksis gennem en dybere, men dog stadigvæk en-dimensionel ontologisk tilgang, mens socialforskningen synes at have trukket sig fra at inddrage samfundsmæssige forhold og komplekse sociale forklaringsmodeller i forståelsen og forklaringen af sociale problemers opkomst, funktion og forandringsprocesser, der kunne bidrage med en bredere, videnskabelig, forskningsbaseret ontologisk nuanceret forståelse for sociale- og psykiatriske problemers eventuelle multifaktorielle forankring, som det fremgik af forgående afsnit ”Socialpsykiatri som videnskab”.

Ansatte i den specialiserede socialpsykiatri havde dermed på interviewtidspunktet en konkret oplevelse af en større interorganisatorisk fragmentering. Mens fokusgruppen i den specialiserede socialpsykiatri (socialpsykiatrisk institution 1) gav udtryk for at man *’ryger tilbage i sit grundsyn, når man bliver trængt’*, og i forlængelse heraf, kobledede denne manøvre på det de oplevede som hospitalspsykiatriens *’biologiske drejning’*, så foretog det samme socialpsykiatriske botilbud en lignende, måske strategisk, manøvre i bestræbelserne på at opnå et mere ligeværdigt samarbejde. Bestræbelserne tog i den socialepsykiatriske praksis form som en lingvistisk manøvre, der erstatter det forhenværende begreb *’socialpsykiatri’* med begrebet *’psykosocialrehabilitering’*.

Det er i forlængelse heraf interessant, på hvilken måde den forventede *’integrationseffekt’*, der skulle gøre det muligt at decentralisere den psykiatriske indsats ved dels at konstruere et nyt socialpolitisk interventionsfelt på tværs af hidtil gældende grupperinger, samt integrere de sindslidende i lokalmiljøerne, har været underbygget af udviklingstendenser i den psykiatriske videnskabelighed og i den socialpsykiatriske tænkning. Meget tyder på at den forventede *’integrationseffekt’* baseret på helhedsorienterede overvejelser, omkring biologiske, psykologiske og sociale faktorer indbyrdes samspil, ikke opstod i en form hvor en udvidelse af det psykiatriske forståelses- og erkendelsesgrundlag til en bredere bio-psyko-social model, der også omfatter (re)habilitering og sociale støtteforanstaltninger i socialpsykiatrisk regi, kan betragtes som en model hvorom der hersker enighed mellem parterne i psykiatrien eller socialpsykiatrien, og som dermed kan hindre fragmentering og kommunikationsbesvær på tværs af sektor-, og faggrænser.

Dermed synes den organisatoriske omlægning af psykiatrien og udbygningen af socialpsykiatrien samt den funktionelle betydning og anvendelse af vidensformerne i en bio-psyko-social model dels at være afledt af en bredere samfundsmæssig udvikling, samt en historisk udvikling i styringen og organiseringen af den offentlige sektor, snarere end af en udvidet bio-psyko-social erkendelse af det psykiatriske- og sociale *problem* i den psykiatriske tænkning. Jeg vil løbende vende tilbage til de etablerede bio-psyko-sociale modeller og afledt heraf: problematikken vedrørende etableringen af denne bredere tværvideenskabelige forståelsesramme i den samlede psykiatriske indsats, da netop behovet for de-fragmentering, tværvideenskabelighed og helhedsorienterede modeller på flere niveauer synes at fremstå som en ufravigelig konsekvens af disse års samfunds- og styringsmæssige udviklingstendenser. Ambitionen om etableringen af bredere bio-psyko-sociale sygdomsmodeller er således interessant dels i en intraorganisatorisk sammenhæng der vedrører kriterier for definitionen og forståelsen for problemet, for psykiatrisk udredning, diagnosticering, behandling, og valg af institutionelle håndteringstrategier og mødet med Den Anden, samt i en interorganisatorisk sammenhæng, hvor overvejelser omkring biologiske, psykologiske og sociale faktoreres indbyrdes samspil forventes at kunne underbygge de socialpsykiatriske tiltags socialpolitiske placering, enten som **supplement** til de behandlingspsykiatriske tilbud, som det nævnes af Høgsbro (2002), eller som mere ligeværdig part hvor årsagerne til problemstillingerne defineres socialt, intersubjektivt eller kommunikativt, og hvor behandlingspsykiatrien anses som **supplement** til de socialpsykiatriske indsatser. Refleksioner vedrørende forskellige vidensformers integration i en samlet psykiatrisk struktur handler således også, på et metateoretisk niveau, om mere og andet end indholdet af lokalt forankrede socialpsykiatriske tilbud og disses funktion i en samlet organisatorisk psykiatrisk virkelighed. Disse forskellige forståelser og forklaringer handler også om kausalitetsforhold, menneskesyn og ontologiske forståelser og refleksioner vedrørende det substantielle grundindhold af det sociale problem (psykiatriske lidelse) som de institutionelle tiltag forventes at behandle, løse, eller kompensere for. Og netop her er koblingen til den styringsteknologiske påvirkning af vidensformer og mulighed for metodekombination og forklaringspluralisme i de psykiatriske problemdefinitioner og vidensgrundlag specielt interessant. For viden spiller en rolle, men styringens komplekse former hænger tæt sammen med vidensproduktionen. Bestemte vidensformers dominans, eller former for abstrakt konsensus om bio-psyko-sociale modeller, fremkommer ikke i et institutionelt og samfundsmæssigt tomrum, men produceres og

reproduceres gennem styringsteknologiske diskurser, institutionelle løsninger og organiseringer som er værd at medtænke i en samlet forståelse for den aktuelle psykiatriske videnskabelighed og transformation. Spørgsmålet er i forlængelse heraf på hvilken måde man, med etableringen af en tilsyneladende abstrakt konsensus om en neuropsykiatrisk forskningsdisciplins engagement og rolle i at udrede, diagnosticere, lindre og behandle psykisk sygdom, og et socialpsykiatrisk fokus på kompensation for de funktionsnedsættelser og sociale konsekvenser der følger af **sygdommen**, kan tale om en 'helhedsorienteret' model, og i hvilket omfang den nuværende bio-psyko-sociale konsensus primært er afledt af implicite styringsteknologiske behov og ansvarsdeling i en decentraliseret struktur som det nye psykiatriske interventionsfelt fra 1980'erne udgøres af? I afhandlingens sidste del opstiller jeg to ontologiske modeller, der er baseret på vidt forskellige forståelser og forklaringer, kausalitetsforhold, menneskesyn og ontologiske forståelser og refleksioner vedrørende essensen af det sociale problem (psykiatriske lidelse) som de institutionelle tiltag forventes at behandle, løse, eller kompensere for, men som begge kan betegnes 'helhedsorienterede'. Modellerne eksemplificerer endvidere forskellen på forskellige ontologiske positioner, samt forskellen på dybde-og overfladeperspektiver i det sociale og psykiatriske arbejde der videreføres i afhandlingens sidste del. Det væsentlige i det følgende er således hvorvidt bestemte styringsteknologiske løsninger bygger på bestemte ontologiske modeller og antagelser om det sociale eller psykiatriske problem, der influerer på samspillet struktur og indholdet af de bio-psyko-sociale modeller som etableres. Styring og viden er således forbundet på måder hvor kontinuerlig udvikling, sikring og synliggørelse af kvaliteten af de sindslidendes pleje og behandling, på den ene side, kan ses som en nødvendig kvalitetssikring af de nye decentrale løsninger og etableringen af selvregulerende institutionelle rum i det psykiatriske felt, der skal sikre psykiatriens *organisatoriske* kvalitet, og dermed koordinering, sammenhæng og integrationseffekt i både praktisk og videnskabelig forstand, og som på den anden side etablerer styringsgrundlaget og de styringsteknologiske visioner om gennemsigtighed, kvalitetssikring, koordinering og sammenhæng på tværs af regionernes sektor og ydelsesområder, og dermed en helt bestemt problemforståelse og problemhorisont i det psykiatriske videns- og erkendelsesgrundlag.

## **Koordinering, sammenhæng og integrationseffekt**

Foruden det skitserede behov for en hensigtsmæssig koordinering af indsatsen internt i organisationen og i forhold til eksterne samarbejdspartnere vedrører psykiatriens organisatoriske kvalitet en ressourcemæssig prioritering af opgaveløsningen, samt en effektiv organisering af 'produktionen' af ydelser (Psykiatriplan 2008-2011). Afbureaukratisering og forenkling er således centrale begreber, sammen med behov for optimal ressourceudnyttelse, løbende målinger og synliggørelse af effekten af regionens ydelser, samt etablering af synergi ved at etablere samarbejde på tværs af regionens forskellige forretningsområder. En parallelitet mellem styringstiltag på sundhedsområdet og socialområdet og den samme ramme og principper for kvalitetsudvikling i de to sektorer forventes i den forbindelse at hindre kommunikationsbesvær og fragmentering af psykiatriens ydelser (Psykiatriplan 2008-2011). Kvalitetsstandarderne kan ses som en centralisering af styringen i de decentrale enheder og en sikring af et ensartet højt kvalitetsniveau. Samtidig fremstår udviklingstendenserne yderst modsætningsfyldte og er samlet set baseret på forventninger om at det, samtidig med udviklingen af mindre decentrale selvstyrende distrikts- og socialpsykiatriske enheder, er muligt at bevare en form for centraliseret styring af de intraorganisatoriske processer og 'output', såvel som de interorganisatoriske samarbejdsrelationer der sikrer koordination, styring og sammenhæng i den samlede indsats. Tilsammen bidrager de ledelses og styringsmæssige og organisatoriske ændringer til at generere en avanceret liberal styringsform som beskrevet af Mitchell Dean (1999,2005), hvor styringen virker i form af de øgede præstationsteknologiske krav om kontinuerlig funktionsevnevurdering og -måling, dokumentation og tydelige fastdefinerede mål, og dels i form af handlingsteknologiske løsninger der søger at gøre de institutionelle rum selvregulerende i en markedsorienteret organisationstruktur. I forbindelse med omlægningen af psykiatrien og ændringerne i grænsefladerne mellem hospitalspsykiatri, distriktspsykiatri og socialpsykiatri er markedsmekanismerne således i stigende omfang blevet anset som en handlingsteknologisk løsning på det psykiatriske felts koordineringsproblematikker. Det der især overraskede mig i forbindelse med mine besøg på de specialiserede socialpsykiatriske botilbud, var de konsekvenser som intentionerne om at anvende de præstationsteknologiske standarder og især de kontinuerlige målinger af beboernes funktionsniveau i en markedsorienteret organisationsopbygning havde for beboerne såvel som de ansatte. Dette vil blive gennemgået i det følgende, og jeg vil efterfølgende vende tilbage til spørgsmålet omkring hvilke

ontologiske modeller i det sociale- og psykiatriske arbejde der kan udledes af de styringsteknologiske løsninger på dette tidspunkt i historien.

## **Kontinuerlige funktionsevnevurderinger som styringsmekanisme i den specialiserede socialpsykiatri**

I forlængelse af ovenstående synes styringsudviklingen i overensstemmelse med Foucault og Deans definition at repræsentere en løsning på et 'behov' i de liberale samfundsstrukturer hvor flere styringstiltag er etableret som en løsning på en presserende økonomisk virkelighed. Den økonomiske virkelighed som den regionale socialpsykiatri, såvel som hospitalspsykiatrien, skal navigere inden for, ligger tungt over institutionerne og fylder meget i interviewene. I den regionale socialpsykiatri skæres der ned i anbringelserne, og beboerne flyttes ud i egne lejligheder med støtte. Den specialiserede socialpsykiatri står over for en udfordring der består i dels at manifestere sig som et selvstændigt fagområde i en liberal samfundsstruktur, hvor de nu skal fungere på markedsvilkår, og dels at dokumentere at de har opbygget kompetencer og specialviden inden for behandlingen af komplicerede sygdomme som skizofreni, spiseforstyrrelser og ADHD, og at deres specialviden inden for dette område 'gør en forskel'. Den specialiserede viden der er opbygget i den specialiserede socialpsykiatri er, ifølge forstanderen (socialpsykiatrisk institution 1), kendetegnet ved at beboerne ikke efterlades med "et tåleligt eller acceptabelt liv", men at ambitionerne er højere. I fokusgruppeinterviewet på institution 1 blev det især tydeligt, at det fortsat er væsentligt at udvide fokus fra de intraorganisatoriske konsekvenser af styringsudviklingen til også at inddrage organisationernes interorganisatoriske virkelighed, hvor markedsvilkårenes indtog i den specialiserede socialpsykiatri medfører at de specialiserede institutioner må genoverveje deres kerneydelser. Den interorganisatoriske virkelighed i det psykiatriske felt placerer de socialpsykiatriske organisationer i en presserende økonomisk virkelighed, der medfører nedjustering af personalekapacitet i forhold til efterspørgsel og belægningsprocent, konstante omprioriteringer og krav om fleksibilitet og økonomisk omstillingsparathed. Det er samtidig væsentligt at de intraorganisatoriske redskaber, herunder dokumentations-, mål- og resultatstyring, ses og forstås i sammenhæng med et øget behov for at styre nye decentrale enheder gennem en øget markedsorientering, herunder konkurrence, effektivitet og aktivitetsbestemt finansiering. Styringen i det psykiatriske felt kan således inddeles i to

hovedkategorier der udgøres af henholdsvis organisations- og markedsorienterede styringsredskaber, der er hinandens forudsætning og etablerer komplekse koblinger mellem viden, styring og praksis, eller som Dean (1999) beskriver det: som en sondring mellem handlings- og præstationsteknologier. Centralt i governmentality-litteraturen (Rose 1999; 2009, Dean 1999; 2007) er samtidig et fokus på selvteknologier i forsøg på at illustrere hvordan styringen virker ved, i mindre grad, at etablere styringsobjekter gennem statsintervention, men gennem ansvarliggørelse af de ansatte og beboerne.

### **Måling af beboernes funktionsniveau**

De følgende interviewuddrag tager udgangspunkt i samtaler med kontaktpersoner, kvalitetsmedarbejdere, ledelsesansvarlige, socialrådgivere og beboere på de specialiserede socialpsykiatriske botilbud. Omdrejningspunktet er de ansattes såvel som beboernes oplevelser i forbindelse med de kontinuerlige bestræbelser på at vurdere beboernes funktionsniveau som der stilles krav om i DDKM, hvor der, som et led i regionernes samlede strategi på kvalitetsområdet, er udviklet et koncept til resultatdokumentation på regionernes institutioner for børn og unge. Formålet hermed er ifølge center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling at tilvejebringe:

troværdig dokumentation for, hvordan brugerne udvikler sig på udvalgte områder på den enkelte institution samt understøtte kvalitetssikring og faglig udvikling på institutionerne (Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling 2010).

Det fremgår ligeledes af publikationen fra Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (2010) at:

Resultatdokumentation handler om at dokumentere resultaterne af en given indsats. Med resultat menes ændringer i den unges fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsniveau som følge af den behandling, der er ydet på institutionen (Ibid. 2010:5).

Resultaterne af den enkelte institutions indsats søges dermed dokumenteret gennem løbende målinger af den enkelte beboers udvikling. Disse målinger indsamles ved hjælp af spørgeskemaer med på forhånd fastlagte spørgsmål og svarkategorier der udfyldes af den



enkelte institutions personale. I praksis foregår resultatdokumentationen ved at der ved indskrivning udfyldes et spørgeskema om den unges funktionsniveau inden for udvalgte områder, og samtidig sættes der mål for den unges udvikling inden for disse områder. Ved udskrivning og/eller ved udvalgte statustidspunkter undervejs i forløbet noteres den unges funktionsniveau inden for de udvalgte områder af spørgeskemaet, hvilket giver mulighed for at måle hvordan den unge har udviklet sig, herunder om den unge har nået de fastsatte mål for udvikling. Resultaterne opgøres statistisk, således at det samlede resultat af institutionens indsats dokumenteres og den samlede resultatdokumentation afrapporteres en gang årligt (Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling 2010).

Den unges udvikling er målt ved hjælp af et spørgeskema om den unges funktionsniveau på følgende 13 områder:

- Administration af egen økonomi
- Fritidsinteresser
- Personlig hygiejne
- Fritidsjob
- Psykisk belastning
- Familie/udvidet familie
- Venner/ kammerater
- Relationer med personalet
- Ungerelationer
- Beskæftigelse
- Skole
- Kriminalitet
- Misbrug

Til hvert spørgsmål hører fem graduerede kategorier der illustrerer forskellige grader af funktionsniveau inden for det pågældende område

Ved indskrivning og udskrivning har personalet valgt den kategori, der beskriver den pågældende unge bedst. Ved den unges indskrivning er der også blevet opstillet mål for den unges udvikling i forhold til de 13 forskellige områder (Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling 2010:6).

Tabel 3 er et eksempel på spørgeskemaets udformning indenfor delområdet økonomi:

	Den unge kan administrere de penge han/hun har rådighed over	Den unge har brug for lidt støtte fra personalet for at kunne administrere sin økonomi	Den unge har brug for nogen støtte fra personalet for at kunne administrere sin økonomi	Den unge skal have betydelig støtte til administration af sin økonomi	Den unge kan ikke administrere sin økonomi, stifter gæld/er sat under administration
Inskr.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Mål	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Status	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Mål	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

**Tabel 3 Funktionsniveau – Delområde økonomi**

I Den Danske KvalitetsModel på det sociale område lægges således op til at beboernes, eller brugernes, funktionsniveau vurderes ud fra 13 standarder ved indflytning på et specialiseret socialpsykiatrisk tilbud, og denne vurdering revurderes hvert år og fungerer som resultatdokumentation for effekten af den socialpsykiatriske indsats. Arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel beskrives som værende et redskab der kan bidrage til øget kvalitet i den specialiserede socialpsykiatri:

”Arbejdet med standarderne i DDKM er meget grundigt og kommer omkring de unge på et højt fagligt niveau” (Ansatsocialpsykiatrisk institution 2).

Bestræbelserne beskrives ligeledes som en mulighed for at få et hurtigere og tydeligere billede af de unges ressourcer og evner. Afdelingslederen i bostøtten på socialpsykiatrisk institution 1 beskriver kravene således:

”Kommunerne vil se noget effekt i forhold til at vedkommende får et højere funktionsniveau, eller ikke får et lavere funktionsniveau. Det er det de måler på. Hvordan vi er nået dertil er de ikke interesserede i. Og vi har en grundantagelse om at vi er fagfolk, vi ved hvad vi gør” (Ansats socialpsykiatrisk institution 1).

Samme beskrivelse af den kontinuerlige måling og evaluering af de unges funktionsniveau, som ’bestillingsarbejde’ eller en generisk model, der ikke påvirker arbejdets praksis eller processerne beskrives af en kvalitetsmedarbejder på socialpsykiatrisk institution 2:

”DDKM siger ikke noget om hvordan vi kommer fra funktionsevnebeskrivelsen til resultatet, den påvirker ikke arbejdets praksis eller processerne” (Kvalitetsmedarbejder socialpsykiatrisk institution 2).

Modellens generiske opbygning medfører at standarderne gælder alle regionale, sociale boformer og institutioner uanset hvilke målgrupper boformerne og institutionerne retter sig mod, eller om målgrupperne består af børn og unge eller af voksne. På begge botilbud beskrives funktionsevnevurderingerne som et administrativt fokus på effekter og resultater, der bibeholder en form for metodefrihed i den socialpsykiatriske praksis og placerer ansvaret for udvikling, faglig læring eller vidensakkumulation på de enkelte botilbud. På den anden side beskrives målingerne som problematiske grundet funktionsniveaumålingernes anvendelse som reguleringsmekanisme i den decentrale organisatoriske struktur, hvor de kontinuerlige funktionsevnevurderinger og resultatmålinger får helt praktiske, økonomiske og organisatoriske konsekvenser, som jeg vil illustrere i det følgende, hvor funktionsevnevurderingernes ontologiske ’blik’ på beboerne, ligeledes diskuteres.

Følgende interviewuddrag er fra et fokusgruppeinterview på institution 2 for børn og unge, hvor samtalen omhandler en pige der har boet på institutionen et år og som foruden psykiske problematikker har været involveret i prostitution før hun kom til stedet. Interviewuddraget omhandler hvorledes en vurdering af pigens funktionsniveau forventes at fungere som grundlag for beslutninger.

Pigens kontaktperson beskriver:

”Et eksempel er en kommune som vælger at trække en ung pige hjem fordi hun vurderes at **fungere godt nok** til det. Kommunen vurderer at hendes behandlingsbehov er egen lejlighed i centrum, på trods af at hendes oprindelige

vanskeligheder var prostitution. Historien er så, at den unge havner i det samme” (Kontaktperson socialpsykiatrisk institution 2).

I eksemplet opleves dels en iværksættelse af politisk/administrative beslutningsprocesser der virker 'uden om' faglige refleksioner vedrørende det substantielle i det problem eller fænomen som søges afhjulpert. Dokumentationen af beboernes funktionsniveau opleves således i denne situation af personalet som en reguleringsmekanisme, hvor et isoleret blik på beboerens funktionsevne fungerer som indikator for beboerens behov for *fremtidige* indsatser. Hvad der udelades i funktionsniveaumålingen, beskrives af kontaktpersonen som systematiske refleksioner vedrørende det substantielle grundindhold i pigens problem, herunder pigens baggrundsforhold og dermed en kontekstualisering af disse meningssammenhænge, der kunne lede frem til en kortlægning af de sammenhænge der virker ind på samspillet mellem forhold og handlen, og dermed hvordan, måske sociale interventioner, hjælpesystemer og forbehold kan være nødvendige forudsætninger for at etablere mulighedsbetingelserne for pigens autonomi, eller mulighedsbetingelserne for en fremadrettet forbedring af pigens funktionsniveau, eller fastholdelse af vedvarende ændringer i beboerens situation.

Hvis funktionsevnevurderingerne udelukkende anvendes som reguleringsmekanisme er det muligt at udelade de ovenstående betragtninger om pigens oprindelige vanskeligheder, og en sammenhæng mellem det forhenværende og det nutidige inddrages ikke som nødvendige iagttagelsesredskaber. Spørgsmålet om hvilke mekanismer der har muliggjort eller ført til funktionsnedsættelsen, eller funktionsforbedringen, kan dermed skubbes i baggrunden sammen med forskning der omhandler de komplekse grundlagsdiskussioner. I ovenstående eksempel bliver det forhold at pigens var fjernet fra sit forhenværende miljø og fortid som prositueret tilsidesat, og det blev vurderingen af pigens funktionsniveau og performance 'i nuet' der fungerede retningsanvisende for den fremadrettede praksis. De 'bagudrettede mekanismer' og årsagssammenhænge som i et komplekst samspil havde udløst eller muliggjort pigens sociale- eller psykiatriske problem, såvel som de positive sammenhænge der havde muliggjort eller medført pigens nuværende forbedrede funktionsniveau, forbliver dermed uafklarede 'baggrundsforhold', og denne viden integreres ikke systematisk i en forståelse for de 'fremadrettede mekanismer' og en viden om sammenhængen mellem disse *forhold* og pigens fremtidige *handlen*.

Organisatorisk hænger funktionsniveaumålingernes dobbelte rolle som kvalitets- og læringsredskab, og reguleringsmekanisme sammen med kommunernes overtagelse af myndighedsansvaret for den specialiserede socialpsykiatri i forbindelse med strukturreformen (2007) samt nye krav til den kommunale økonomi og behov for effektiv ressourceudnyttelse og resultatdokumentation. Dette organisatoriske forhold medfører, som afdelingslederen i bostøtten på den socialpsykiatriske institution 1 definerer det, at kommunerne vil ”se noget effekt” i forhold til beboernes funktionsniveau. Hvorfor eller hvordan det lykkedes for beboerne og institutionen at opnå de opstillede delmål, indgår på nuværende tidspunkt ikke som nødvendige iagttagelses- eller refleksionsredskaber, og i visse tilfælde forbliver denne viden også ukendt for de ansatte såvel som for beboerne. Behovet for at dokumentere resultater er således en nødvendig forudsætning for at markederne skal kunne fungere. Der er samtidig flere forhold i fokusgruppeinterviewene, der tyder på, at behovet for resultatdokumentation og behandlings- og omkostningseffektive metoder påvirker det sociale og psykiatriske intraorganisatoriske arbejdes praksis på andre og mere uigennemsigtige måder, som følge af den ontologiske model tiltagene er baserede på. Det interessante er at det tilsyneladende bliver muligt at styre ’på overfladen’, og behovet for resultatdokumentation og sikker viden (evidens), såfremt denne findes, forventes således at virke udenom det der, af de ansatte, kommer til udtryk som forskellige holdninger til hvad problemet som indsatsen rettes mod *er*, og afledt heraf, hvordan problemet bedst afhjælpes. Relateres disse forhold til socialforskningens udvikling fra foregående afsnit, bliver det tydeligt at socialforskningen tilsyneladende i samme periode har fulgt samme overordnede strømninger i synet på sociale og psykiatriske problemer og primært har beskæftiget sig med et forskningsfelt der omhandler de sindslidendes forhold og dermed den situation de sindslidende befandt sig i når lidelsen var opstået. Interessen for komplekse grundlagsdiskussioner, teorier om sindslidelsers sociogenese og det konkrete samspil mellem biologiske, sociologiske og psykologiske mekanismer og sammenhænge har således tilsyneladende heller ikke været stor fra forskersamfundet, til trods for at fagenes helt generelle grundlagsproblematikker kom til udtryk i de ansattes pragmatiske holdning til styringskoncepternes nominelle problemkonstruktioner og de afledte objektiverings- og subjektiveringsprocessers funktion som retnings- og handlingsanvisninger for praksis. Jeg vil senere vende tilbage til denne helt centrale problematik.

Først vil jeg dog vende tilbage til hvorledes de præstationsteknologiske standarder og især de kontinuerlige målinger af beboernes funktionsniveau fungerede i den specialiserede socialpsykiatriske markedsorienterede organisationsopbygning og medførte at det socialpsykiatriske personale på interviewtidspunktet stod over for øgede krav om professionalisering og specialisering, der dels fordrede en praksis, der byggede på dokumentation af indhold og effekt af arbejdet og dels søgte at myndiggøre og aktivere de nye former for handlingsevne, frihed, valg, medejerskab og ansvarliggørelse, som lederen udtaler:

”Hvordan vi er nået til resultatet er de ikke interesserede i. Og vi har en grundantagelse om at vi er fagfolk, vi ved hvad vi gør” (Ledelsesansvarlig Socialpsykiatrisk institution 1).

Især sprang det i øjnene på de socialpsykiatriske botilbud at de ansatte gav udtryk for at de oplevede et dilemma i forhold til at de, på den ene side, ønsker at vise offentligheden at de er fagligt kompetente, og når ’deres mål’, mens de, på den anden side, følte, at de var underlagt en økonomisk struktur der blokerede for det faglige og organisatoriske incitament til at nå de opstillede delmål for botilbudenes beboere. Usikkerheden omkring hvorvidt opnåelsen af de opstillede mål for beboerne ville resultere i at beboerne bliver ’trukket hjem’ til kommunerne, i tomme pladser, og afledt heraf: i økonomiske besparelser og fyringer, der ville gøre det svært at opretholde de specialistkompetencer som er blevet oparbejdet gennem flere år, fyldte meget i samtalerne:

”Det er de anbringende myndigheder der bestemmer om de vil anbringe på de her døgnpladser. Det der har påvirket os mest er usikkerheden omkring om man kan blive her eller om man bliver fyret eller ej” (Kvalitetsmedarbejder socialpsykiatrisk institution 2).

”Vi er blevet vældig slanket fordi vi ikke har fuld belægning fordi kommunerne ikke har råd til at visitere til stedet. Vi har ingen underskudsgaranti, så det sidste år har vi været nødt til at tilpasse vores økonomi og lave nogle nedskæringer hvor vi kører med halve stillinger for at bevare de specialistkompetencer som er oparbejdet gennem en række år. Heldigvis gik medarbejderne med til denne løsning. For at bevare berettigelsen som regionalt tilbud så skal vi være mere specialiserede og med en større faglighed end det der kan leveres i kommunerne” (Ledelsesansvarlig socialpsykiatrisk institution 1),

I samtalerne med beboerne på de specialiserede socialpsykiatriske botilbud var risikoen for kommunernes ’hjemtrækning’ ligeledes et emne der fyldte meget, og som ofte dukkede

spontant op i samtalerne, til tider helt ude af samtalerne øvrige kontekst. Som følge af interviewenes semistrukturerede karakter var der plads og mulighed for at lade samtalerne tage disse uventede drejninger, og det viste sig at være et emne som skulle dukke op i flere sammenhænge, dels hos beboerne men også hos personalet, der dels havde udviklet lokale praksisformer og strategier for at håndtere denne problematik. Hos beboerne kom forholdenes mulige indvirkning på deres lyst og incitament til at opnå en bedring, og lyst til at leve op til de opstillede delmål, som en kontaktperson definerede det, ligeledes til udtryk:

”Jeg synes det at de bliver hevet hjem, det har snart stået på i et par år, hvor de hele tiden skal vurderes hver 3.-4. måned og det bremser jo nogle beboeres forståelse, og overvejelser omkring hvad de skal give sig i kast med og hvor hårdt de skal gøre det for sig selv når de hele tiden skal vurderes om de skal bo her eller ej” (Kontaktperson socialpsykiatrisk institution 2).

De følgende interviewuddrag er fra et interview med en beboer på den socialpsykiatriske institution 1. Beboeren lagde indledningsvis stor vægt på at give udtryk for sin begejstring ved sit ophold på det socialpsykiatriske botilbud, hvorefter hun udtaler:

”Jeg ville gerne blive her resten af mit liv, jeg kan slet ikke bo ude selv, men man kan jo ikke vide hvad kommunerne vil, de kan jo trække en hjem. Så kan jeg risikere at skulle bo selv. Jeg har kendt flere der er røget ud i en lejlighed alene. Hvert år kommer der en fra kommunen og snakker om det. Det er rædselsfuldt. Næste gang der er møde med kommunen er om en måned og det kan være at de siger at jeg har tre måneder så skal jeg flytte. Så er det i gang igen, ind og ud af sygehuset ” (Beboer socialpsykiatrisk institution 1).

Det følgende uddrag er fra en samtale med en ung pige på socialpsykiatrisk institution 2:

”xxx kommune var presset økonomisk og de kommer og siger, tre dage før min sidste eksamen, at jeg skulle flytte selvom de ikke vidste hvorhen endnu. Det der med at have en lang periode, hvor jeg havde det hængende, det var rigtig skidt og jeg fik det dårligt i lang tid, og så her i marts 2011 blev jeg tvangsindlagt i en måneds tid. De sagde at det var en svær depression, men hvad det var, det ved jeg ikke rigtig” (Beboer socialpsykiatrisk institution 2).

Mens hensigten med de kontinuerlige funktionsevnevurdringer og effektmålinger, i tråd med markedstankegangen, er at skabe en effektiv og ’gennemsigtig offentlig sektor’, viste disse målinger sig i praksis at medføre så stor usikkerhed hos beboere og personale at disse

målinger i stedet for gennemsigthed, medførte det modsatte, nemlig uigennemsigtige lokalt forankrede strategier og praksisser der gjorde det muligt for beboere og ansatte at omgås og navigere inden for de opstillede strukturer. Som det beskrives af en kontaktperson på socialpsykiatrisk institution 2:

”Nej men sådan noget der, det starter jo også, uanset om man vil det eller ej, overvejelser omkring om man skal skrive det rigtige. Ikke fordi jeg synes at der bliver tænkt over det, men jeg tror da underforstået godt at man kunne komme til at dokumentere noget på den forkerte måde. (Og senere):

Men det er også farligt hvis man begynder at dokumentere noget som ikke er rigtigt, eller man forsøger at dramatisere noget som ikke er, for at beholde... Hende der sad før, der kunne man på nogle sider se at det havde en direkte indflydelse på hendes liv at hun hele tiden følte sig målt.

Jeg tænker, hvad er det for et sprog vi skal kommunikere med hinanden med? Skal jeg skrive med store bogstaver når jeg skriver til sagsbehandleren eller er det nok at jeg dokumenterer og argumenterer som jeg plejer at gøre?. Jeg har følelsen af at jeg skal skrive mere skingert. Skal jeg skrive, at jeg tror at hun er selvmordstruet for at hun kan blive her?. Har xxx godt af at læse at jeg skriver det?. Men jeg føler at jeg bliver nødt til det”.

”Og der synes jeg man svigter meget og det behøvede man jo faktisk heller ikke at trække den unge ind i. Hvis det er for at måle på om vi er gode nok, så kunne man jo bare gøre det, kan man sige. Men de unge skal jo være med eller hver gang der er møde har de **ret** til at være med, altså noget af det er jo negativt, tænker jeg. Jeg synes nogle gange at man glemmer hvad de signaler der bliver sendt til dem har af betydning for deres udvikling” (Kontaktperson socialpsykiatrisk institution 2).

Ovenstående udtalelser rejser en række dilemmaer og spørgsmål vedrørende kvalitetsudvikling og effektvurdering, spørgsmål der henleder til de i indledningen præsenterede refleksionsbegreber. I ovenstående interviewuddrag giver den ansatte udtryk for at befinde sig i en position hvor vedkommende synes at mediere i et krydspres mellem forvaltning, ledelse og brugere. Han beskriver i den forbindelse det dilemma, der dels er forbundet med at vise omverdenen at de psykosociale rehabiliteringstilbud er effektive, målrettede og opnår resultater med de unge (value for money), og på den anden side etiske overvejelser omkring hvordan man som ansat skal reagere hvis det man oplever som ’rigtigt’ over for den enkelte beboer er uoverensstemmende med de fastsatte procedurer, standarder og mål for ”rigtig” praksis.



I dette eksempel opstår tilsyneladende lokale praksisformer med henblik på at kompensere for det der betragtes som uhensigtsmæssigt ved de fastsatte funktionsmålingers funktion som regional- og kommunal kvalitets- og reguleringmekanisme. Disse lokale praksisformer er dog heller ikke uproblematisk, som kontaktpersonen beskrev det. Kontaktpersonen kritiserer i den forbindelse dels funktionsevnevurderingernes funktion som kontrol- og reguleringmekanisme, samt den styringsteknologiske strategi, baseret på politiske ønsker om brugerinddragelse og en tilsyneladende frihed til at vælge. De unges ret til at være med, og forventningerne om brugerinddragelse tager således ikke, som kontaktpersonen nævner, højde for hvordan institutionens kommunikation, og de signaler som bliver sendt, har betydning for beboernes udvikling, samt hvorledes følelsen af hele tiden at blive målt og vurderet influerer på deres trivsel, som det defineres af kontaktpersonen. Samtidig hindrer de strategiske overvejelser omkring udfyldelsen af funktionsevnevurderingerne hos kontaktpersonerne at de øgede krav om vurderingen af de unges funktionsniveau ikke resulterede i et hurtigere og tydeligere billede af de unges ressourcer og evner og dermed forbedret kvalitet i den psykosociale rehabilitering. Der synes således at eksistere nogle styringsteknologiske og interorganisatoriske forhold der influerer på mulighedsbetingelserne for den faglige læring og kvalitetsudvikling, som tiltagene ligeledes forventes at fremme:

”Beskrivelsen af de unges funktionsniveau er blevet større, der er kommet nye standarder ind, og man får øje på nogle nye eller andre ting gennem den her systematiske afdækning, og man afdækker brugernes ønsker om brugerinddragelse, og derigennem får man et tydeligere billede af den unges evner. Jo mere jeg arbejder med DDKM, jo mere kan jeg se at der er kvalitet i det – det er meget grundigt og kommer omkring de unge på et højt fagligt niveau” (Kvalitetsmedarbejder Socialpsykiatrisk institution 2).

Hun nævner dog senere at:

”Vi ved ikke om de der grundige observationer kan bruges i det daglige arbejde endnu. Det jeg siger, er set fra min stol, længere nede ved jeg ikke ret meget om hvordan kvalitetsarbejdet påvirker dem” (Kvalitetsmedarbejder socialpsykiatrisk institution 2).

De ovenstående eksempler illustrerer styringstiltags vej fra politiske, administrative modeller til praktiske arbejdsredskaber i de socialpsykiatriske tilbud, hvor tiltagene både forventes at fungere som kvalitetssikring og som reguleringmekanisme i en markedsorienteret

organisationsopbygning. Denne dobbelte hensigt med tiltagene medførte faglige og praktiske dilemmaer, lokale praksisformer og pragmatiske løsninger, hvor dokumentationen af beboernes funktionsevne blev gjort til genstand for strategisk kalkulation og etiske overvejelser. Der synes således at opstå en kløft mellem tiltagenes formålsrationelle logik og de fagprofessionelles hverdagspraksis, og mellem de formelle strukturer og det aktuelle arbejde i organisationen. Markedsorientering synes dermed, i dette tilfælde, at kunne gøre det vanskeligere at følge med i hvad der foregår internt i organisationerne som følge af at handlinger og procedurer der beskrives som rigtige for at sikre gennemsigthed, dokumentation samt kontinuerlig kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af tilbuddene, samtidig havde betydning for organisationens kommunikation, og havde helt praktiske konsekvenser, som følge af den række af etiske og professionelle overvejelser der, på denne institution, udspillede sig, når funktionsniveauevalueringerne blev omsat 'back-stage'.

Jeg har her fremhævet nogle sammenhænge mellem problemforståelse, handlingsmodeller og praksisformer. Rettes blikket derimod et øjeblik mod det sociale og psykiatriske arbejdes praksis, så synliggør eksemplet samtidig den ambivalens, der blev indkredset på de foregående sider som en sondring mellem 'handlingsteknologier' og 'præstationsteknologier', som to forskellige, men alligevel beslægtede, strategier til at transformere ekspertise og udøve adfærdsregulering blandt borgere og fagprofessionelle, som det blev beskrevet af Mitchell Dean (Dean 1999;2007). Foruden bestemte problemforståelser og definitioner etableres en oplevelse af frihedsgrader og en proces- og metodefrihed, som afdelingslederen i bostøtten i et tidligere interviewuddrag beskrev:

”Kommunerne vil se noget effekt i forhold til at vedkommende får et højere funktionsniveau, eller ikke får et lavere funktionsniveau. Det er det de måler på. Hvordan vi er nået dertil er de ikke interesserede i. Og vi har en grundantagelse om at vi er fagfolk, vi ved hvad vi gør” (Afdelingsleder i bostøtten socialpsykiatrisk institution 1).

Med reference til David Hume defineres kausalitet som en konstant sammenhæng mellem variable. Afdækning af processer i form af underliggende mekanismer bag de empiriske observationer inddrages ikke i vidensgrundlaget, mens nye præstationsteknologier, i dette tilfælde funktionsevnevurderingerne etablerer den 'frigjorte praksis' som center for kalkulation og underkaster de selvstændige ekspert-domæner nye typer formel rationalitet,

som beskrevet af Dean (Dean 1999). Samme beskrivelse af den kontinuerlige måling og evaluering af de unges funktionsniveau, som 'bestillingsarbejde' eller en generisk model, der ikke påvirker arbejdets praksis eller processerne, blev ligeledes beskrevet af en kvalitetsmedarbejder på socialpsykiatrisk institution 2:

"DDKM siger ikke noget om hvordan vi kommer fra funktionsevnebeskrivelsen til resultatet, den påvirker ikke arbejdets praksis eller processerne" (Kvalitetsmedarbejder socialpsykiatrisk institution 2).

Og inden for behandlingspsykiatrien af den psykiatriske speciallæge BUC:

"Den danske kvalitetsmodel har ikke meget med faglighed at gøre. Men de vil selvfølgelig påpege at der skal være retningslinjer og kliniske programmer, og hvis de er der, så skal de tages i anvendelse, men det er ikke fagligt" (Psykiatrisk speciallæge BUC)

Modellens generiske opbygning medfører at funktionsevnevurderingerne i den psykosociale rehabiliteringsindsats etablerer et administrativt fokus på effekter og resultater, der på den ene side kan fungere uden om fagenes grundlagsproblematikker, hvor det primært er beboerens funktionsniveau der markeres i tiltagens iagttagelse. "Den Andens" fremtrædelsesform, symptombillede og funktionsniveau inddrages således primært i den aktuelle problemhorisont og ikke i en dybere mere grundlæggende refleksion eller teoretiske forklaringer af hvad problemet består i, eller hvordan det stabiliseres eller forandres. Som vi skal se i det følgende medfører dette nogle positive mulighedsbetingelser, hvor styringen bibeholder en oplevelse blandt ledere og kvalitetsmedarbejdere af metodefrihed i den socialpsykiatriske praksis. Samtidig etableres friheden som en frihed der fremtræder igennem governmentale styringsrationaler, og de heraf afledte ændringer i de aktuelle diskursformationer, og som, på den anden side, implicerer et bestemt blik på de unge og en bestemt ontologi om det sociale eller psykiatriske problem. Især denne sidste del er væsentlig for afhandlingens fokus. Den styringsteknologiske udvikling indebærer en konstruktion af bestemte objekter, bestemte problemdefinitioner, forståelses- og forklaringsprog og dermed et særligt observationspunkt hvorudfra de sociale- eller psykiatriske problemer iagttages. Med andre ord etableres, i den sociale og styringsteknologiske proces, bestemte iagttagelsesredskaber og særlige metoder og instrumenter til at afgrænse, kategorisere og diagnosticere det der anses som værende 'problematisk' ved individet. Disse problemdefinitioner virker oftest

retningsanvisende for de særlige strategier for problemløsning der etableres. Den oplevede proces- og metodefrihed skal således i det følgende analyseres med særligt fokus på den ontologi om sociale og psykiatriske problemer som etableres i den styringsteknologiske diskurs, samt disse problemkonstruktioners handlingsanvisende karakter.

I analysens del to vender jeg tilbage til de problematikker der vedrører de kontinuerlige funktionsmålinger i den psykiatriske praksis, og der inddrages et andet metateoretisk blik på problemstillingen, hvilket vil blive uddybet og begrundet i det følgende.

## **Opsummering**

For at opsummere analysens resultater og konklusioner fra analysens del 1, så tegnede den ovenstående analyse (med udgangspunkt i Dean, Rose, Foucault) et billede af hvorledes nye problemdefinitioner fremtræder i historisk kontingente udviklingsprocesser. I analysen tegnedes konturene af en epistemologisk transformation i den konstruerede ontologi om de sociale og psykiatriske problemstillinger, der fra 1980'erne tog form som en bevægelse i de politiske styringsstrategier der nu fremhævede et behov for sikker (evidensbaseret viden), kontinuerlig præstationsteknologisk resultatdokumentation, funktionsniveaumålinger i den specialiserede socialpsykiatri, og nye decentrale organisatoriske strukturer, ansvarliggørelsesteknikker og handlingsteknologiske psykoedukative og kognitive mikropraksisser i det psykiatriske felt i bred forstand. Væsentligt i denne sammenhæng har været transformationen i problemdefinitioner i form af en bestemt konstruktion af det sociale og psykiatriske problem i de styringsteknologiske diskurser, herunder konstruktionen af basale kategorier i de randomiserede kontrollerede eksperimenter baseret på de psykiatriske klassifikationssystemer DSM og ICD som fremtrådte i de evidensproducerende institutioner.

Fælles for de epistemologiske transformationsprocesser, der her er blevet analyseret, er at teoretiske refleksioner, forskning, samt praksis og brugererfaringer, der kunne forklare de observerede symptombilleder eller interventionseffekter i højere grad udelades i denne proces. Det sociale eller psykiatriske problems fremtrædelsesform og symptomer etableres således i perioden fra 1980 og frem som det væsentligste grundlag for udredning og diagnosticering, samt den følgende iværksættelse af relevant effektiv behandling eller sociale støtteforanstaltninger, der monitoreres via resultatdokumentation, funktionsniveaumålinger, effektmålinger og statistiske udregninger. Det der er interessant i det følgende afsnit er

hvorledes der med de styringsteknologiske løsninger og epistemologiske transformationsprocesser etableres nogle grænser og betingelser for vores erkendelsesmuligheder hvor bestemte ontologiske modeller og forståelser for mennesket udvikles og afvikles.

## Del 2

---

### **Ontologiske modeller i det sociale og psykiatriske arbejde**

Som beskrevet i det indledende fungerer afhandlingens del 1 retningsanvisende for en fremadrettet rekontekstualisering, i afhandlingens sidste dele.

I det følgende analyseres resultaterne fra analysedel 1 dels i forhold til den ontologi om mennesket og de sociale og psykiatriske problemstillinger der fremtræder som en styringsteknologisk diskurs, og betydningen af den dominerende ontologi for vidensakkumulation, integration og syntese af forskellige vidensformer i både teoretisk forståelse og praktisk tilgang, diskuteres

Hermed indføres samtidig et nyt metateoretisk blik, hvor realismen er en central og nødvendig del som Hammersley definerer det:

..reliance on realism, as formulated earlier, cannot be avoided in pursuing inquiry of any sort; indeed, it is essential in most forms of discussion, and in most human activities (Hammersley 2009b:15).

Realistisk metateori inddrages i det følgende som et metodologisk bud på hvorledes det er muligt at anvende styringsanalyser, governmentality-analyser og diskursanalyser på måder hvor der fastholdes et analytisk blik for den praksispluralisme der eksisterede på de institutioner jeg besøgte. Kritikken af bestemte styringsrationaler, der fremkom i praksis, anvendes dermed konstruktivt med et rekontekstualiserende og rekonstruerende sigte, hvor ontologisk viden og interesse i Den Anden anvendes med et begrebs- og teoriudviklende sigte.

Som det blev beskrevet i afhandlingens indledende afsnit er problemforståelser, forklaringer og definitioner yderst centrale for at forstå det psykiatriske og sociale arbejdes indhold og funktion. Men samtidig har resultater fra tidligere undersøgelser fra dels anbringelsesområdet (Nissen 2008) og misbrugsområdet (Laursen 2011) såvel som de tidligere præsenterede systematiske litteraturstudier foretaget af Brandt, Rosenbaum, Cohen og Høgsgbro i årene 1992

– 2004, peget på, at viden om *problemet*, hvad enten dette er defineret som en psykiatrisk problemstilling eller et socialt problem, yderst sjældent gøres til genstand for refleksion (Nissen 2008:62).

Det væsentlige i denne sammenhæng er hvorledes helt bestemte ontologiske modeller, i disse år, fremtræder og anvendes som et styringspolitisk redskab og som udgangspunkt for en bestemt governmentalitet i det sociale og psykiatriske arbejde. Det interessante er således fortsat hvordan bestemte måder at forstå, forklare og behandle sociale og psykiatriske problemer fremtræder styringspolitisk i bestemte tidsepoker, og samtidig lægges der vægt på brugeres og ansattes oplevelser, erfaringer og problemdefinitioner. Der lægges analytisk vægt på hvorledes ontologiske modeller fremtræder i det sociale og psykiatriske arbejde, og det diskuteres hvorledes ontologiske modeller kan anvendes som iagttagelsesredskab af de sindslidendes og praktikernes oplevelser og erfaringer på måder, der kan bidrage til det sociale og psykiatriske arbejdes erkendelsesgrundlag og fremtidige vilkår for begrebsdannelse og praksis, med fokus på:

*Hvilke ontologiske modeller om sociale og psykiatriske problemstillingeres opkomst, eksistens og forandringsprocesser kan identificeres historisk og aktuelt i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde?*

Og det diskuteres *Hvilken betydning den dominerende ontologi har for vidensakkumulation, integration og syntese af forskellige vidensformer i både teoretisk forståelse og praktisk tilgang?*

Med en ambition om at udvikle det teoretiske sprog på det Bhaskar definerer som forskellige abstraktionsniveauer, bliver det samtidig væsentligt at diskutere rækkevidden af den vidensproduktion som forskellige perspektiver etablerer, for hermed at etablere en fremadrettet rekontekstualisering af de analyserede sammenhænge, der forholder sig konstruktivt til den vidensproduktion forskellige videnskabelige perspektiver er i stand til at frembringe. I den følgende kvalitative analyse af de valgte cases anvendes derfor forskellige metateoretiske positioner på baggrund af det man kunne kalde en reflektiv, eller kritisk, metodepluralistisk tilgang. Brugere, beboere, patienter, såvel som de ansatte på de respektive

socialpsykiatriske institutioner og hospitalspsykiatriske afsnit som har stillet deres viden, erfaringer og oplevelser til rådighed for denne undersøgelse, vil i et governmentality-perspektiv, og inden for Foucaults begrebsramme, blive betragtet som konstitueret af de tilgængelige objekt- og subjektpositioner i de eksisterende diskursformationer, og tilbyder på den ene side et positivt bidrag til en forståelse af subjektet som konstitueret, reproduceret og transformeret og dermed decentreret og fragmenteret, men udgør på den anden side en begrænsning i forhold til at anvende de semistrukturerede kvalitative interviews fra en kompleks social og psykiatrisk praksis på en måde hvor brugeres, beboeres og ansattes oplevelser og erfaringer tillægges en forklaringskraft i forhold til at udvikle vores viden om den sociale og psykiatriske virkelighed. Samtalerne med de ansatte og brugerne antog ofte en retning hvor et begreb om diskursiv praksis, som en forståelse for de komplekse og kontingente regler (Foucault 1972:117) der konstituerer den diskursive formation, ikke synes tilstrækkeligt, da et sådant blik bedst opfanger de styringsteknologiske diskurser og regler der opstiller mulighedsbetingelserne for de eksisterende teknikker og teknologier og konstruktionen af et bestemt post-ontologisk helhedssyn og opfattelse af mennesket og de sociale og psykiatriske problemer. Cooper skriver herom:

As such Foucault cannot urge us to replace our concept of "mental illness" with something else. Thus, although Foucault is an antipsychiatrist in that he holds that from a God's-eye point of view there are different possible ways of thinking about madness, he is not an antipsychiatrist in the sense of thinking that we could replace our current conceptualizations with something better now. As thinkers we are trapped in a particular episteme, and radical revisionism is not open to us. Of course, as history unfolds we might come to think in new ways, and this might be ethically preferable, but nevertheless, for Foucault, we cannot intentionally overhaul our current ways of thinking" (Cooper 2007:16). For Foucault, one does not choose the episteme that structures one's thoughts. Rather, persons born at a particular place and time are bound to think in particular ways. As he puts it "one cannot speak of anything at any time" (Cooper 1972:44, 209-11).

Fairclough (1992) diskuterer ligeledes Foucaults begrænsninger i forhold til at kunne fange, det Fairclough definerer som, en kompleks og pluralistisk social praksis hvorfra forandring kan opstå:

Foucault's neglect of practice and of detailed mechanisms of change goes along with a neglect of struggle, other than modes of 'resistance' which are assumed not to have the capacity fundamentally to transform structures" (Fairclough 1992:59).



I den følgende analyse lægges der vægt på erfaringer og oplevelser i praksis. Den styringsteknologiske diskurs betragtes således som havende en epistemisk *legitimerende* funktion, men ikke en *determinerende* funktion, som håndteringen af de øgede krav om funktionsniveaumålinger, i forgående afsnit, er et eksempel på. Selvom den styringsteknologiske diskurs således i flere dele af datamaterialet fremtræder som værende determinerende i den forstand, at der kan observeres bestemte objektiverings- og subjektiveringsprocesser, der opererer determinerende på mikroplanet, vil jeg i det følgende afsnit lægge langt mindre vægt på dette forhold, men derimod fremhæve de interviewpassager der synliggør nye lokale observationer og praksisformer, som det beskrives af Patil og Giordano:

If new observations become difficult to reconcile with standing hegemonic beliefs, then those initial assumptions are usually abandoned. Thus scientific epistemology allows for large scale reorganization of ontological assumptions, or what Kuhn called “paradigm shifts” (Patil og Giordano 2010:2).

Med et blik for hvorledes forskellige styringsteknologiske løsninger og vidensformers ontologi er påvirket af de diskursive mulighedsbetingelser, de videnskabelige og praktiske erkendelsesmuligheder, såvel som de praksiserfaringer, erkendelser og oplevelser der bryder med det dominerende styringsteknologiske menneske- og helhedssyn, er det nødvendigt at reflektere over forholdet mellem diskurs og praksis og dermed over hvorledes viden ikke udelukkende transformeres, emergerer, forandres og stabiliseres som en styringsteknologisk videnskabelig diskurs der opererer determinerende på mikroplanet, men ligeledes synliggør hvorledes nye behov for at handle, tænke og artikulere anderledes er til stede i praksis, eller som Kuhn definerede det: hvorledes anomalier opstår, synliggør videnshuller og etablerer et grundlag for videnskabelig nytænkning (Kuhn 1962). Jeg mener hermed at 'praksis', forstået som de oplevelser og erfaringer brugere såvel som de ansatte giver udtryk for i deres daglige praksis og i mødet med Den Anden, kan være kilde til ny viden der tydeliggør rækkevidden, begrænsninger, udfordringer, muligheder og behov for fremtidig forskning, begrebs- og teoriudvikling i det sociale og psykiatriske arbejde med sindslidende.

## **Anomali og videnskabelig nytænkning**

Kuhn rettede i *The Structure of scientific revolutions* (1962) opmærksomheden på det uventede, på de anomalier som bryder med det gældende paradigme. Dette blik for 'det uventede', defineret som de oplevelser og erfaringer brugere såvel som de ansatte giver udtryk for i deres daglige praksis og i mødet med Den Anden, udfordrer den homogenitet som etableres i den danske sundheds- og socialpolitiske, såvel som velfærdsstatslige styringsteknologiske og videnskabelige udvikling i det sociale- og psykiatriske praksisfelt. Men et blik for det uventede kan samtidig, som Kuhn beskriver det, være en yderst problematisk opgave der fordrer et grundlæggende kendskab til hvad 'det ventede' er og hermed et grundlæggende kendskab til hvad det eksisterende paradigmes grundbestanddele er, som Kuhn formulerer det:

Without the special apparatus that is constructed mainly for anticipated functions, the results that lead ultimately to novelty could occur. And even when the apparatus exists, novelty ordinarily emerges only for the man who, knowing **with precision** what he could expect, is able to recognize that something has gone wrong. Anomaly appears only against the background provided by the paradigm (Kuhn 1962:65).

For at etablere et blik for det uventede, må 'det ventede' således fremstå tydeligt:

Anomaly appears only against the background provided by the paradigm (Kuhn 1962).

Det eksisterende paradigme er i de forgående afsnit blevet analyseret som en styringsteknologisk konstruktion af sociale og psykiatriske problemstillinger der fra 1980'erne kom til udtryk gennem en række af diskursive forskydninger i måden at anskue, styre og 'afhjælpe' sociale og psykiatriske problemer, der samtidig tydeliggjorde hvorledes en bestemt måde at forstå mennesker, ansvarlighed, skyld og selvfølgelig viden opstod i denne periode. Det paradigmatisk skift i viden og videnskabelighed der opstod i perioden fra slutningen af 1970'erne herhjemme implicerede således, som vi så, et bestemt blik på virkeligheden og det sociale og psykiatriske problem der søges løst, og det etablerede paradigme opnåede videnskabelig status og anerkendelse gennem dets evne til at løse bestemte problemstillinger med fokus på effektiv ressourceudnyttelse, decentrale løsninger, proces- og metodefrihed, markedsvilkår, nye, og efter sigende, mere pålidelige og præcise

udrednings- og diagnosticeringsredskaber, interventionsformer og præstations- og handlingsteknologiske praksisser der, som Kuhn formulerer det, måske har opnået videnskabelig status som følge af disse vidensformers evner til at etablere løsninger på presserende og akutte problemer:

Paradigms gain their status because they are more successful than their competitors in solving a few problems that the group of practioners has come to recognize as acute (Kuhn 1962:23).

Inden for et videnskabeligt paradigme bliver dele af virkeligheden synlige, mens andre dele forbliver ubelyste. Kuhn beskriver den videnskabelige historie som bestående af længere 'normale videnskabelige perioder' med bred enighed om hvilke spørgsmål der kan stilles, hvilke metoder og teorier der kan inddrages til at besvare disse spørgsmål, hvilke svar der er acceptable og hvordan kvaliteten af det videnskabelige arbejde kan bedømmes (Kuhn 1962). På de indledende sider blev følgende spørgsmål stillet af formanden fra en af de store patientorganisationer: "Hvad hvis de rigtige spørgsmål ikke er stillet endnu? – Hvorfor stiller vi ikke disse spørgsmål? Og hvad ville der ske hvis vi gjorde?" Ifølge Kuhn kan et paradigme vise sig at være ude af stand til at stille, eller besvare bestemte spørgsmål, eller problemer kan vise sig umulige at løse inden for paradigmets videnskabelige grundlag og erkendelsesinteresser. Disse spørgsmål, problemer, 'forstyrrelser' eller anomalier ignoreres ofte i en kortere eller længere periode inden for videnskaben. Forskere inden for et bestemt videnskabeligt paradigme vil som udgangspunkt ikke falsificere en dominerende teori men vil, som Kuhn definerer det, forsøge at tilpasse eventuelle anomalier til det eksisterende paradigme for at undgå konflikter:

By themselves they cannot and will not falsify that philosophical theory, for its defenders will do what they have already seen scientists doing when confronted by anomaly. They will devise numerous articulations and ad hoc modifications of their theory in order to eliminate any apparent conflict (Kuhn 1962:78).

Som Kuhn definerer det, eksisterer begrænset videnskabelig motivation for at beskæftige sig med anomalier, men i nogle situationer opstår et så stort pres for at løse bestemte problemer, eller besvare de spørgsmål som ikke kan besvares, at videnskaben (eller praksis) vil begynde at stille nye og udfordrende spørgsmål.

For example, the manner in which anomalies, or violations of expectation, attract the increasing attention of a scientific community needs a detailed study, as does the emergence of the crises that may be induced by repeated failure to make an anomaly conform (Kuhn 1962: Preface, xi).

Videnskaben vil ifølge Kuhn, i de situationer, engagere sig i metafysiske spekulationer – og vil i perioder med mange anomalier reflektere over hvorvidt forholdet mellem viden, videnskabelighed og især virkeligheden kan være misvisende eller fejlagtig inden for det gældende paradigme. Paradigmets erkendelsesinteresse, der vedrører den virkelighed som videnskaben søger at beskrive, bliver i disse perioder centrale. Mens Kuhn primært beskæftigede sig med viden og videnskabensudvikling i forskersamfundet, vil jeg i det følgende anvende de af betragtningerne fra ”The Structure of Scientific Revolutions” som vedrører et blik for det uventede, for anomalier eller praksisformer som synliggør et videnshul i forhold til den gældende diskurs og ontologi om sociale og psykiatriske problemstillinger. Jeg indfører således et analytisk greb i den følgende analysedel som giver de interviewpassager ’som ikke passer ind’, anomalierne i det gældende ’paradigme’ (Kuhn) eller ’episteme’ (Foucault The order of things), som Foucault definerer det, et kort i spillet, og distinktionen mellem post-ontologiske menneske- og helhedssyn og dybde-ontologiske menneske- og helhedssyn synliggøres.

I det følgende søges således ikke udelukkende efter regelmæssigheder i praksis der kan bekræfte de styringsteknologiske diskursers post-ontologiske videnskabssyn og problemdefinitioner, eller disses determinerende karakter, men der anlægges et blik på det empiriske materiale hvor der ligeledes tages højde for de nye observationer og praksisformer der eksisterede i praksis. Der lægges i det følgende væt på at:

- Virkeligheden (praksis) ikke kan reduceres til implementeringen af styringsteknologiske videnskabelige løsninger, interventionsformer eller retningsanvisende kategoriseringsprocesser.
- Bestemte problemdefinitioner reproduceres, men transformeres også i praksis når anomalier opstår i et omfang hvor disse ikke kan ignoreres eller tilpasses det dominerende paradigme.

- Det dominerende episteme *determinerer* ikke andre former for handling, men en given diskurs *legitimerer* bestemte handlemåder og marginaliserer andre former for handling og er rammesættende for de etablerede vilkår for begrebsdannelse og praksis.

Dette blik medfører dels et andet perspektiv og forklaring på de, ifølge Danske Regioner, uforklaringe forskelle i diagnosefordelingen på tværs af landets Regioner, og medfører samtidig, at den tilegnede viden fra de kvalitative interviews i institutionerne får et rekontekstualiserende, teorigenererende sigte, der implicerer at den udledte forskel på ontologiske problemdefinitioner og menneskesyn anvendes aktivt gennem analysen. Der anlægges således en realistisk retroduktiv metateoretisk positionering, der etablerer et alternativ, eller supplement til dels den styringsteknologiske diskurs og det eksisterende episteme, og dels til de diskursanalytiske governmentality-tilgange der anser diskurser som konstitutive, eller produktive, hvor diskursen producerer, transformerer og reproducerer objekter for viden, intervention og styring og etablerer mulighedsbetingelserne for agenternes subjektpositioner (Foucault 1972: 43-44). Alt dette vil jeg vende tilbage til. Det væsentlige er her at gøre opmærksom på de diskursive forskydninger i den politiske styring, forskning, viden og praksis, der ligger *forud* for den nutidige praksis og som samtidig etablerer forbindelseslinjer til nutiden. Samt fastholde en analytisk opmærksomhed på de praksisformer, erfaringer og opfattelser der indgår i den styringsteknologiske udvikling og konstruktion af et bestemt ontologisk menneske- og helhedssyn, såvel som de diskurser der ekskluderes i denne udvikling, samt de anomalier og spørgsmål der ignoreres eller som får en mere perifer placering (Kuhn 1962).

### **'At kategorisere problemet' i et dybde- og overfladeperspektiv**

Som det fremgik af det foregående afsnit anvender institutionerne i praksis forskellige **forklaringer** på hvorfor sociale og psykiatriske problemer opstår, og hvordan de f.eks. forstærkes, stabiliseres og forandres, hvilket har stor betydning for hvordan institutionerne i praksis diagnosticerer og hjælper de henviste børn, unge og voksne. Disse praksisforskelle omhandler fagenes grundlagsspørgsmål og medfører, som Danske Regioner påpeger, store forskelle i diagnosefordelingen på tværs af landets regioner, samt inden for den enkelte region (Danske Regioner 2011).

Disse forskelle betragtes som problematiske, ikke blot som følge af de administrative og organisatoriske problematikker disse forskelle medfører, men ligeledes som det fremgik af de forgående afsnit, som følge af, at et øget fokus på at specificere det aktuelle psykiatriske eller sociale problem (eller sygdom) diagnostisk er en nødvendig forudsætning for en ensartet praksis, standardiserede forløb og et evidensbaseret vidensgrundlag. I afsnittet: ”Den diagnostiske praksis – At kategorisere problemet”, blev der kigget mere grundigt på de epistemologiske og ontologiske retningslinjer for etableringen af sådanne sikre og effektive og, ideelt set, objektive diagnostiske tests, og jeg vil ikke gentage dette afsnits pointer. Det jeg vil gentage her er, at det ligeledes fremgik af dette afsnit, at styringsteknologiske idealer for videnskabelig klarhed muliggør at psykiatriens grundlagsdiskussioner tilsidesættes til fordel for empiristiske idealer om analytisk klarhed gennem deskriptive definitioner og observation i den diagnostiske praksis. Dette forhold forventes på den ene side at muliggøre objektive diagnostiske tests såvel som en øget diagnostisk reliabilitet, hvor psykiatere der bliver stillet over for den samme patient, uafhængig af konteksten kan tildele personen den samme diagnose på baggrund af patientens symptombillede og fremtrædelsesformer. Transformationen i psykiatriske diagnostiske kategorier og problemdefinitionsprocesser må således betragtes i en historisk sammenhæng som en kombination af sociale, videnskabelige og teknologiske bevægelser, der dels blev analyseret som psykiatrifagets videnskabelighed, transformation og legitimitet, og dels som et bredere makropolitisk samfundsmæssigt styringsbehov, hvor inddelingen i diagnostiske kategorier etablerer mulighedsbetingelserne for etableringen af en ensartet inddeling i en kontrol- og interventionsgruppe i de randomiserede kliniske eksperimenter (RCT), for statistik, administration og økonomistyring. De etablerede problemhorisonter, i form af diagnosesystemerne (fra 1980 og frem), samt funktionsniveau vurderingerne, kan samlet betragtes som en del af en ny diskursiv formation, der i denne periode består af nye institutioner, teknologier og praksisser, der forventes at virke uden om fagenes helt substantielle grundlagsspørgsmål, som vi skal se i det følgende.

## **Handlingsanvisende problemdefinitioner i de psykosociale rehabiliteringstilbud og Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling**

Visiteringen til de specialiserede indsatser i den regionale socialpsykiatri, såvel som arbejdstilrettelæggelsen på de socialpsykiatriske institutioner og den Børne- og

Ungdomspsykiatriske afdeling, foregår primært på baggrund af bestemte problemdefinitioner der indeholder en bestemt ontologi om det sociale eller psykiatriske problem. I visiteringsindsatsen udgør de internationale klassifikationssystemer, sammen med funktionsniveauvurderinger, et centralt redskab, som det beskrives i et fokusgruppeinterview fra den socialpsykiatriske institution 1:

”Diagnosen har stor betydning - den har vi fået oplyst når beboeren visiteres hertil - (En anden bryder ind) Nej det har jo ikke så meget med diagnosen at gøre, [...]det er funktionsniveauet der er udgangspunkt for at de visiteres hertil - men der skal som udgangspunkt være en psykiatrisk diagnose - og det er sådan vi arbejdsdeler i forhold til andre botilbud og internt - hvis der kommer en ren autisme - så er det et andet sted - det ligger i visitationen, inden udredningen” (Fokusgruppe –socialpsykiatrisk institution 1).

I samtalen mellem ledere på det psykosociale rehabiliteringstilbud (institution 1) blev funktionsniveauvurderingerne tillagt afgørende betydning for hvorvidt borgeren visiteres til tilbuddet: *det er funktionsniveauet der er udgangspunkt for at de visiteres hertil -*, mens diagnosen tilskrives afgørende betydning for den interne arbejdstilrettelæggelse og specialisering. Diagnosernes funktionelle betydning som retnings- og handlingsanvisende arbejdsredskab beskrives ligeledes på den socialpsykiatriske institution for børn og unge, institution 2:

”Vi arbejder miljøterapeutisk, ud fra samme teori/metode uanset diagnose, men også forskelligt, hvor vi har specialiseret faglighed omkring de forskellige typer af lidelser. Dem der er specialiseret til at arbejde med de skizofrene vil ikke vide meget om dem med ADHD” (Ansats Socialpsykiatrisk institution 2)

- og som den ledelsesansvarlige på den socialpsykiatriske institution 1 udtaler:

”For at bevare berettigelsen som regionalt tilbud så skal vi være mere specialiserede og med en større faglighed end det der kan leveres i kommunerne” (Ledelsesansvarlig socialpsykiatrisk institution 1).

Et helt centralt element i de specialiserede socialpsykiatriske tilbuds legitimitet over for omverdenen er således baseret på specialiseret fagkyndig viden inden for de forskellige diagnosegrupper.

Foruden øgede krav om professionalisering og specialisering i de socialpsykiatriske tilbud, der dels fordrede en praksis, der byggede på dokumentation af indhold og effekt af arbejdet, fungerede visitationen til de specialiserede enheder således på baggrund af brugernes funktionsniveau og de psykiatriske klassifikationssystemer. Sidstnævnte er især et område hvor diskursive forskydninger i ontologiske og epistemologiske problemdefinitioner og dermed i forståelserne og forklaringerne af det sociale og psykiatriske problem, er specielt tydelige. Inge Bryderup skriver om denne udvikling:

Det kan således konstateres, at der historisk set er skiftende og komplekse sammenhænge mellem aktørernes ”forhandlinger” om opfattelser af socialpædagogikkens målgruppe, samt at der i den aktuelle udvikling, ses modsatrettede tendenser, hvad angår individualisering og diagnosticering. På den ene side ses børnene som individuelle og helt særegne. På den anden side anvendes diagnoser i stigende grad til at identificere og kategorisere større grupper med fællesdefineret sygdom eller afvigelse (Bryderup 2011:271).

Den socialpsykiatriske praksis baseres på problemdefinitioner som dels hævder at beskrive den enkelte i sin individualitet og samtidig konstruerer en universel subjektivitet der gøres gældende for alle inden for de diagnostiske kategorier.

Det interessante er her hvorledes holdningerne til diagnosesystemernes funktion som grundlag for den interne arbejdsdeling på de specialiserede psykosociale rehabiliteringstilbud er yderst delte, primært mellem ledelsesansvarlige og de udførende niveauer. Diagnoserne beskrives dels som retnings- og handlingsanvisende som ledelsesgruppen i et fokusgruppeinterview på den socialpsykiatriske institution 1 enstemmigt definerede:

”Diagnoser er jo gode nok som et fælles sprog, for det er jo meget enkelt når vi hører en diagnose så får vi de samme tanker langt hen ad vejen og det er glimrende, og der er også en masse ting der er evidens for at gøre ” (Fokusgruppe socialpsykiatrisk institution 1),

og ligeledes af socialrådgiverne på den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling:

Der er ikke nogen tvivl om at de børn som har nogle store grundlæggende vanskeligheder med sig som for eksempel en autisme spektrumforstyrrelse eller en alvorligere opmærksomhedsforstyrrelse eller de sådan lidt tungere børnepsykiatriske ting, der er da ingen tvivl om at få de børn udredt og få et længerevarende forløb over i ambulatoriet hvor forældrene er med i processen og få noget psykoedukation og vejledning undervejs. Der er jo ingen tvivl om at de



børn på sigt har brug for mere varig støtte og hjælp for at kunne fungere så optimalt som muligt. Der er diagnosticeringen vigtig for at man kan tilpasse støtten, så godt som muligt, det er jeg slet ikke i tvivl om (Socialrådgivere BUC).

I den følgende samtale mellem to kontaktpersoner på den socialpsykiatriske institution 2, udtrykkes på den anden side en oplevelse af diagnosernes begrænsende positive funktion for den psyko-sociale rehabiliteringsindsats:

*Ansæt 1:* Der er rigtig mange der har travlt med at få en diagnose på, hvis de ikke allerede har en, så uha så skal vi finde ud af en for det vil sikkert hjælpe os, og jeg ser det nogen gange som sådan en "afmagts-ting".

*Ansæt 2:* Men du tænker at det gælder ikke helt på samme måde hvis der ikke er en diagnose, eller hvad er det som du tænker? For jeg kan godt nogen gange tænke, at hvis man kan lave den her diagnose og prædikat til et omdrejningspunkt, så er det ligesom om at det gælder mere.

*Ansæt 1:* Ja og alle søger at finde det der gør at vi ikke står i afmagt mere, for hvis vi bare kan kalde det noget, så er det ligesom om at vi bare kan læne os tilbage og sige at så er det dét der har skylden, og slappe af. Det tror jeg, at det leder den unge, forældrene, sagsbehandleren og det leder vi efter, så det leder alle efter, synes jeg nogle gange. Jeg får lyst til at sige, at vi nogen gange fjerner os fra den individuelle behandling og fra at sige: "hvem er du og hvad har du brug for?" I stedet for siger vi: at nu tager vi imod en spiseforstyrret, og at alle de spiseforstyrrede har ens behov som vi så prøver at tilpasse os.

*Ansæt 2:* Ja for jeg har det måske lige modsat i dag (griner). Jeg tænker at der bliver mere behov for individuel behandling fordi deres problematikker bliver bredere.

*Ansæt 1:* Ja det mener jeg også?. Men jeg synes at det er noget andet som man gør.

*Ansæt 2:* Synes du det?

*Ansæt 1:* Ja jeg synes at spiseforstyrrelser forbinder man med det og det, og så er det dét som vi tager imod, hvor jeg tænker at man tidligere har tænkt at: hende der kommer, har nogle specifikke vanskeligheder og så undersøger man det. Der synes jeg, at vi har det sådan nu, at vi tager imod dem og dem og så bliver vi forvirrede når der så er en som ikke passer ind i det.

*Ansæt 2:* Jamen det er rigtigt nok.

Interviewpersonerne skitserer de skiftende og komplekse sammenhænge og modsatrettede tendenser mellem tidligere og nuværende problemdefinitioner i det socialpsykiatriske felt. Tendenserne, der beskrives i uddraget, angår primært forholdet mellem individualisering og diagnosticering som ligeledes Bryderup fremhævede i ovenstående citat. På den ene side beskrives børnene og de unge som individuelle og helt særegne, hvor de ansatte i mødet med Den Anden, som det beskrives, bør stille spørgsmålet "hvem er du og hvad har du brug for?" frem for, som det videre formuleres, at sige: *nu tager vi imod en spiseforstyrret, og at alle de*

*spiseforstyrrede har ens behov som vi så prøver at tilpasse os.* Disse modsatrettede tendenser er helt centrale, og kan ledes tilbage til de historisk set skiftende og komplekse sammenhænge, der blev præsenteret i analysens del 1, hvor problemdefinitioner, forståelser og forklaringer af det sociale og psykiatriske problem har fulgt den overordnede samfundsplanlægning og styringsteknologiske udviklingstendenser.

Lignende overvejelser vedrørende klassifikationssystemers begrænsning som visitationsgrundlag for en specialiseret indsats beskrives af den psykiatriske speciallæge, BUC:

”De fleste patienter kommer med et bred problemstilling og så er der nogle få, hvor vi alle sammen kan blive enige om at det her er et lille barn med autisme for eksempel. Langt de fleste vil være noget grumset, hvor han godt kan have sine medfødte skrøbeligheder, men hold da op, de er heller ikke særlig smarte de omstændigheder, som han er vokset op under. Der har været tusindvis af skift og mangel på ressourcer og så er der en skole der slet ikke passer til ham. Det er jo sådan at de fleste patienter præsenterer sig, med sådan et billede” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

”Kommer man nu fra specialafsnit for autisme, så vil man jo være tilbøjelig til at lede efter det autistiske. Kommer man på specialafdeling for opmærksomhedsforstyrrelser, så vil man nok være tilbøjelig til at lede efter det. Hvis man kommer ind på et specialafsnit for autisme, så kommer man igennem hele pakken, før nogen tør sige om han er eller ikke er autist. Jo mere man leder, jo mere kan man også finde noget der minder om, så sandsynligheden for at man så alligevel, uanset hvordan man er skruet sammen, kommer ud med en autismediagnose, den er nok højere end hvis man gik igennem sådan et almindeligt forløb, fordi hver en sten er blevet vendt og drejet. Jeg vil mene, i hvert fald med et felt som vores, at hvis man skal have sådan nogen specialklinikker, eller indsatser, så skal man starte med en ret bred screening hvor man også får kigget på alt det med om der er belastninger, som der er så åbenlyse, at dem skal man fjerne før at man kan gå videre og tænke at det er barnet der hovedsagligt har vanskeligheder” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

I forlængelse heraf udtaler en ansat på den socialpsykiatriske institution 2:

”Jeg synes det med diagnoser kan være problematisk fordi diagnoserne nogle gange overskygger at man kan få øje på nogle af de andre vanskeligheder. De unge kommer jo her i en alder af 14-21 år, dvs. at de er i puberteten, og hvis man er så fokuseret på diagnoser kommer man måske til at overse de her helt menneskelige vanskeligheder eller kriser, typisk har den unge haft kontakt med socialforvaltningen i et stykke tid på grund af nogle problemer i hjemmet, hvor

det så er de unge, eller børnene der har symptomerne, på den måde kan det være at det ikke går ret godt i skolen, eller, at de simpelthen bliver forsømte derhjemme. Det er dem der bliver symptombærerne” (Ansats socialpsykiatrisk institution 2).

I interviewmaterialet oplevede jeg en kvalitativ mætning og en repetition inden for det specifikke og centrale emne der omhandler diagnosernes funktionelle anvendelse og betydning for arbejdstilrettelæggelsen i praksis. Især oplevede jeg, at jeg i de sidste interviews fik flere nuancer på behandlernes erfaringer og oplevelser, men ikke markant andre eller nye informationer i forhold til den erkendelse jeg allerede havde tilegnet mig ved de forudgående interviews. De ovenstående interviewuddrag fra forskellige organisatoriske niveauer og forskellige institutionelle sammenhænge illustrerer, trods deres tilsyneladende forskellighed, en enslydende opfattelse af at problemdefinitioner/diagnosers betydning for at forstå det psykiatriske og sociale arbejdes indhold, funktion, metoder, legitimitet, rolle, og de løsningsmodeller der forekommer centrale. Spørgsmålet der adskiller de ovenstående informanternes oplevelser er således ikke hvorvidt problemdefinitioner har betydning og virker retningsanvisende i praksis, men derimod hvorvidt denne betydning opfattes som værende begrænsende, eller frisættende og anvendelig i praksis, eller formuleret anderledes; hvorvidt ”kortet” i form af en bestemt konstruktion af basale kategorier, stemmer overens med ”terrænet” i form af brugernes problemstillinger i det levede liv som det opleves af brugerne og i de ansattes møde med Den Anden.

Især to forhold fremkom centrale og interessante og vil blive behandlet i det følgende. Disse var:

- Spørgsmålet om proces- og metodefrihed i mødet med Den Anden og:
- Spørgsmålet om problemkonstruktionernes handlingsanvisende karakter.

### **Styring? eller Proces- og metodefrihed?**

For at tage den første del først, så fremgik det af den forgående analyse af funktionsevne målingerne i de psykosociale rehabiliteringstilbud, at tiltagenes generiske

karakter opleves som havende en begrænset påvirkning på praksis eller processerne, som det blev beskrevet af en kvalitetsmedarbejder på den socialpsykiatriske institution 1:

”DDKM siger ikke noget om hvordan vi kommer fra funktionsevnebeskrivelsen til resultatet, den påvirker ikke arbejdets praksis eller processerne” (Kvalitetsmedarbejder Institution 1).

På den ene side opleves således en metodefrihed blandt ledelsesniveauet i den socialpsykiatriske praksis hvor det institutionelle rum i højere grad opleves selvregulerende og der etableres metodiske frihedsgrader. Frihedsbegrebet fremstår således som centralt og synliggør det Dean (1999) definerer som en udvikling hvor den neoliberale kritik af velfærdsstaten har genanvendt det ”frie subjekt” som et teknisk middel til at opnå styringsmæssige formål og målsætninger. Nikolas Rose lægger vægt på:

[...] freedom as it has been articulated into norms and principles for organizing our experience of our world and of ourselves; freedom as it is realized in certain ways of exercising power over others; freedom as it has been articulated into certain rationales for practicing in relation to ourselves [...] How have we come to define and act toward ourselves in terms of a certain notion of freedom? How has freedom provided the rationale for all manner of coercive interventions into the lives of those seen as unfree or threats to freedom: the poor, the homeless, the mad, the risky, or those at risk? (Rose 1998:16).

Det der især er interessant er hvorledes Nickolas Rose og Foucault ikke definerer frihed i betydningen ’frihed fra magt’, men som en frihed der fremtræder igennem bestemte styringsrationaler og ændringer i de aktuelle diskursformationer som, i dette eksempel, kommer til udtryk i form af en oplevelse af metode- og procesfrihed blandt især ledelsen på de psykosociale rehabiliteringstilbud. På den anden side synliggør de ovenstående interviewuddrag fra forskellige organisatoriske niveauer og forskellige institutionelle sammenhænge, enslydende, at problemdefinitioner er yderst centrale for at forstå det psykiatriske- og sociale arbejdes indhold og funktion. Der eksisterer således forhold, i dette tilfælde bestemte institutionaliserede problemhorisonter i mødet med Den Anden, som influerer på det sociale og psykiatriske arbejdes processer og metoder.

Samtidig etableres friheden som en frihed der fremtræder igennem governmentale styringsrationaler, og de heraf afledte ændringer i de aktuelle diskursformationer, og som, på den anden side, implicerer et bestemt blik på de unge og en bestemt ontologi om det sociale

eller psykiatriske problem og dermed et særligt observationspunkt hvorudfra de sociale eller psykiatriske problemer iagttages. Disse problemdefinitioner virker, som det udtrykkes i interviewene, handlings- og retningsanvisende for de særlige strategier for problemløsning der etableres. Der synes således at være grænser for den oplevede proces- og metodefrihed, om end disse grænser er komplekse og uigennemsigtige og i visse tilfælde synes at virke bag om ryggen på de involverede. Lægges hertil at den ontologi om sociale og psykiatriske problemer som etableres i den styringsteknologiske diskurs, foruden at have en handlingsanvisende karakter som de ansatte i ovenstående citater giver udtryk for, ligeledes har en formativ karakter som det beskrives af Ekeland (2003), så synes konstruktionen af en bestemt ontologi om mennesket og sociale og psykiatriske problemer i sig selv at være medskaber af bestemte former for identitetsdannelse, selvforståelse, håb og muligheder for fremtiden for de involverede personer, som det pointeres af en kontaktperson på socialpsykiatrisk institution 2 i forbindelse med funktionsevne målingerne:

Jeg synes nogle gange at man glemmer hvad de signaler der bliver sendt til dem har af betydning for deres udvikling” (Kontaktperson socialpsykiatrisk institution 2).

Og som Ekeland pointerer:

Å diagnostisere den andre si atferd, tankar og kjensler er derimot noko heilt anna. Det er å diagnosticere det som gjer den andre til ein person – ein objektiviserer den andre sin subjektivitet. Dette er samtidig kommunikasjon – ein kommunikasjon som i prinsippet kan forme det den kommuniserer om fordi den er input både til personen si sjølvfortolkning og omgjevnaden si fortolkning. Diagnosar av andres subjektivitet er difor i prinsippet alltid formative (Ekeland 2003:63).

Som praktisk handling fungerer diagnosticeringsprocessen, som det beskrives af Ekeland (2003), ud fra en bestemt kognitiv logik hvor en diagnose etableres som en konklusion inden for et bestemt videnskabeligt system, eller metateori, hvor problemdefinitionsprocessen samtidig implicerer en afgrænsning af andre meningssystemer. Det synes derfor relevant at diskutere den oplevede proces- og metodefrihed i forhold til de komplekse og uigennemsigtige objektiviserings- og subjektiviseringsprocesser der virker, hvis ikke determinerende, så legitimerende for visse indsats- og praksisformer i mødet med Den Anden. Kategoriseringsprocesser og problemdefinitioner må, som Ekeland definerer det, i sig selv

betragtes som mekanismer der muliggør eller producerer et bestemt psykopatologisk udtryk. Den psykiatriske speciallæge på den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling beskrev relationen mellem de konstruerede problemdefinitioner og tilgængelige subjektpositioner, således:

”Hvis man først kommer ind i en sådan psykiatriforståelse af sig selv, så bygger der sig noget op omkring ens syn på sig selv, og det er samtidig den man bliver mødt og forstået med i mødet med andre. Og så får man at vide at man ikke kan leve uden sin medicin. Der skal virkelig hårdt på brystet for at komme ud af det igen” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

I den psykiatriske speciallæges udtalelse omtales de psykopatologiske diagnoser som et eksempel på interaktive genstande, der, når de anvendes i institutionelle sammenhænge, forandrer, eller påvirker interaktionen mellem mennesker og den diagnosticeredes adfærd, følelser, og syn på sig selv i en vekselvirkning mellem kategorien (diagnosen) og den diagnosticerede (Hacking 1998). Denne vekselvirkning produceres og reproduceres gennem professionelle diskurser, institutionelle løsninger og organiseringer og relationen eller interaktionen med andre mennesker. Med baggrund i den psykiatriske speciallæges erfaringer kan diagnoser, som Ian Hacking skriver (1998), betragtes som indeholdende en problemrepræsentation, og en subjektposition, der samtidig indeholder handlingsanvisende svar. Det blev således tydeligt i interviewene hvorledes de psykiatriske indsatser indeholder en bestemt problemrepræsentation og ontologi om mennesket der foranlediger til bestemte former for personlig og social forandring. Dette forhold synliggøres i det følgende citat som de psykoedukative programmets betydning for dannelsen af bestemte former for identitetsdannelse og selvforståelse for de involverede personer, som det beskrives af den psykiatriske speciallæge:

”Psykoedukation kan være meget vedligeholdende hvis man ikke er varsom, men det er meget lettere at give psykoedukation, og meget billigere og så har vi ligesom gjort vores, ikke.” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Det post-ontologiske menneskesyn, eksemplificeret ved de psykopatologiske diagnoser, opleves således handlingsanvisende for praksis på måder der dels påvirker interaktionen mellem de ansatte og brugerne og dels påvirker den diagnosticeredes adfærd, følelser og syn på sig selv i en vekselvirkning mellem klassifikationssystemernes ontologi og den

diagnosticeredes selvforståelse og identitet. Denne vekselvirkning produceres og reproduceres gennem professionelle diskurser, institutionelle løsninger og organiseringer der er relativt ensartede på tværs af institutionelle kontekster i det psykiatriske felt.

Men samtidig eksisterer anomalier, kritisk refleksion og lokale praksisformer der relaterer sig til praktikernes oplevelse af det sociale og psykiatriske problems ontologi i form af *de forhold og 'mekanismer', der fører til, at de sociale eller psykiatriske problemer opstår, stabiliseres eller løses*. Dette vil jeg komme med eksempler på i det følgende.

Som vi så i eksemplet med funktionsevnevurderingerne opstod strategiske praksisser og kalkulation vedrørende afrapportering af beboernes funktionsniveau på de specialiserede psykosociale rehabiliteringstilbud, og som vi skal se i det følgende eksisterer lignende praksisser inden for den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling med baggrund i en anden iagttagelse og oplevelse af problemernes ontologi og dermed en anden oplevelse af hvorledes problemerne bedst afhjælpes. De lokale praksisformer afspejles i Danske Regioners nylige undersøgelse af de store forskelle i diagnosefordelingen på tværs af landets børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger<sup>15</sup>, og jeg vil afslutningsvis vende tilbage til denne problematik og komme med et bud på en løsning.

---

<sup>15</sup> *Se evt afsnittet: Landsdækkende forskelle i diagnosefordelingen*

# Handlingsteknologiske løsninger i børne- og ungdomspsykiatrien i et dybde- overflade perspektiv

## *'At behandle problemet'*

De handlingsteknologiske løsningsmodeller der blev præsenteret og eksemplificeret i det foregående som en psykoedukativ praksis er konstitueret med henblik på at undervise patienter og pårørende, for dermed at forøge sindslidendes og pårørendes viden om deres diagnose, specielt med henblik på at fremme bevidste problemløsningsstrategier, også i decentralt regi (Goldmann, 1988). Jeg vil forfølge disse oplevelser i det følgende med fokus på hvordan denne frihed etableres igennem de governmentale styringsrationaler, som især ledelsen på det ene psykosociale rehabiliteringstilbud gav udtryk for. I det følgende lægges der fortsat vægt på sammenhængen mellem den styringsteknologiske udvikling og det 21. århundredes konstruktion af bestemte objekter, bestemte problemdefinitioner, forståelses- og forklaringsprog, der implicerer et bestemt blik på de unge og en bestemt ontologi om det sociale eller psykiatriske problem, samt hvilke problemhorisonter der udelades i denne proces. Det interessante er hvorvidt der i denne proces etableres en paradigmatisk enighed om hvilke spørgsmål der kan stilles, hvilke metoder og teorier der kan inddrages til at besvare disse spørgsmål, samt hvilke svar der er acceptable og anvendelige i den sociale og psykiatriske praksis. Den oplevede proces- og metodefrihed skal således i det følgende analyseres med særligt fokus på den ontologi om sociale og psykiatriske problemer som etableres i den styringsteknologiske diskurs, samt disse problemkonstruktioners handlingsanvisende karakter. Der lægges specielt fokus på hvorledes et blik for ontologiske opfattelser af mennesket og det sociale og psykiatriske problem kan bidrage med en ny iagttagelse af rækkevidden af de positive mulighedsbetingelser i formningen af subjektpositioner via den psykoedukative praksis.

Mens diagnosen som udgangspunkt for de psykoedukative programmer foranlediger til social forandring i form af bestemte former for identitetsdannelse, er disse interventioner rettet mod etableringen af bestemte subjektpositioner gennem forandringer af den **subjektive** erfaring,



handlen og tænkning. De psykoedukative praksisser kan inden for det der i det følgende defineres som et dybdeontologisk perspektiv, kritiseres for deres manglende fokus på forandringer af de forhold og 'mekanismer', der fører til, at de sociale eller psykiatriske problemer opstår, stabiliseres eller løses, i form af samfundsmæssige og sociale sammenhænge, relationer, strukturer og mekanismer, der i samspil med biologiske, såvel som intrapsykiske processer og mekanismer, konstituerer den sindlidendes symptombilleder og etablerer mulighedsbetingelserne for den sindlidendes realisering af rollen som selvansvarligt og selvstyrende subjekt. Dette forhold møder kritik fra de dele af den psykiatriske praksis man måske, som Pilgrim og Rogers gør, kan kalde de 'kritiske psykiatere':

Psychiatry would need to admit its lack of reflexive capacity to understand its own theory and practice, as contentious socio-political phenomena. This would mean re-engagement with debates about the role of psychiatry in society and the profession's reified diagnostic categories. In this respect the newer "critical psychiatrists", who have not been ready recruits to the traditional cause of social psychiatry, are likely to play a central role (Pilgrim og Rogers 2005:319).

De følgende interviewuddrag kan, på den ene side, læses som en fortsat kritik af bestemte psykiatriske interventionsformer, der udspringer fra en marginal gruppe af kritiske psykiatere som Pilgrim og Rogers fremfører. Det vælger jeg ikke at gøre. Dels anser jeg essensen i den kritik der fremlægges i det følgende som værende af en anden form end en enkeltstående kritik af en enkelt behandlingsmetode eller intervention, i dette tilfælde de psykoedukative programmer, på en enkelt Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling. Kritikken, eller anomalierne, er derimod af en anden, mere generel form, der kan genfindes på tværs af og uafhængig af institutionelle kontekster og sammenhænge, og omhandler fagenes helt generelle grundlagsproblematikker.

Følgende interviewuddrag er fra den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling:

"Nu har jeg jo også et ben oppe i XXX (en anden BUC afdeling) for der er ikke nogen speciallæge, så jeg er også medleder deroppe. Der har de sådan et helt fantastisk koncept, de laver egentlig nogle ok undersøgelser og så kan de konkludere (og jeg var nok ikke havnet det sted) at så får barnet en recept og noget medicin og får 4 gange psykoedukation til forældrene og så er det det. Så kører det derfra og det ser oprigtigt flot ud på papiret og det er effektivt, men så kommer børnene og skal indlægges når det ikke går så godt alligevel. Og så kan

jeg jo se, og det kan jeg i øvrigt også se andre steder fra, at der er en helt masse andre problemer, og det vil ofte være familiemæssige problemstillinger som man ikke får fat i fordi man sidder til 4 gange psykoedukative sessioner sammen med 3 eller 4 andre hold forældre, at der er noget som ikke fungerer så godt her i familien. Det får man slet ikke fat i og så skal børnene have medicin, jamen det virkede ikke, så skal de have noget andet medicin. Så skal de nok have to slags medicin, tre slags medicin og mere medicin. Til sidst er barnet jo ved at kollapse fordi det får mere medicin end det kan tåle. Så får det bivirkninger og så skal det have medicin for bivirkningerne. Så er det ligesom de bliver indlagt, når den skole er kørt til et sted, hvor ingen længere kan være med. Så er det jo at jeg kan se, at man ikke oprindeligt fik fat i at det fungerer ikke i denne her familie” (Psykiatrisk speciallæge).

I ovenstående interviewuddrag er forskellen på at opfatte barnets problemer som individuelle eller som familiemæssige helt central, men hvad der måske er mere interessant er hvorledes det, på baggrund af den psykiatriske speciallæges betragtninger, ikke kun er muligt, men også nødvendigt, at anlægge en anden ontologisk forståelse for psykiatriske og sociale problemer der integrerer, ikke kun biologiske, men ligeledes sociale mekanismer i en samlet forståelse for dels det sociale eller psykiatriske problems ontologi, og dels samspillet mellem forhold og handlen. I den psykoedukative praksis, som den psykiatriske speciallæge henviser til, forbliver det uklart *hvilke* samfundsmæssige, sociale, intersubjektive, kommunikative, såvel som intrapsykologiske betingelser der har betydning for ”*hvad problemet egentlig handler om*” eller hvorvidt ’handlen’ gennem en meningsfuld og differentieret indholdsudfyldelse af begrebet ’frihed’ kan etableres og gøre de psykiatriske patientgrupper i stand til at udøve de eksperimentelle selvpraksisser som det handlingsteknologiske rationale og psykoedukative praksis lægger op til. Som den psykiatriske speciallæge udtaler i en senere sammenhæng:

”Vi får aldrig nogensinde fast i hvad det egentlig handler om. Jeg kalder det en endimensionalisering af psykiatrien; vi ser kun et lag ” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Den psykiatriske speciallæge problematiserer det der i det foregående blev betegnet som den skitserede styringsteknologiske interesse i at sikre høj reliabilitet i problemdefinitionsprocesser med baggrund i symptombilleder og fremtrædelsesformer – samt monitorering af effektive behandlingstiltag ’på overfladen’ på baggrund af disse kategorier. Den ensartede udredning og behandling hænger, som det defineres af Danske Regioner, tæt sammen med behovet for fælles standarder:

Standardisering og ensartethed handler i vid udstrækning om systematisk at anvende metoder, vi ved virker. Det er god kvalitet (Danske Regioner 2010).

Det blev i det forgående afsnit beskrevet hvorledes en sikker og effektiv konstruktion af basale kategorier (diagnoser) er central for etableringen af klinisk og praktisk ensartethed, standardisering og evidens. Disse objektive diagnostiske tests skal sikre en øget diagnostisk reliabilitet, hvor psykiatere, der bliver stillet over for den samme patient, uafhængig af konteksten, kan tildele personen den samme diagnose på baggrund af patientens observerbare symptombillede og fremtrædelsesformer. De diagnostiske problemkonstruktioner udgør dermed et væsentligt klinisk arbejdsinstrument i tilrettelæggelsen af behandlingen og den prognostiske vurdering, og kan ligeledes betragtes som en nødvendig forudsætning for de styringsteknologiske løsninger, herunder mulighedsbetingelserne for etableringen af standardiserede, ensartede og effektive behandlingsforløb.

Når der, som det gjorde sig gældende i det foregående afsnit, blev kigget mere grundigt på de epistemologiske og ontologiske retningslinjer for etableringen af sådanne sikre og effektive og, ideelt set, objektive diagnostiske tests, der forventes at være retningsanvisende for praksis, tydeliggøres det hvorledes disse idealer for videnskabelig klarhed muliggør at psykiatriens grundlagsdiskussioner tilsidesættes til fordel for empiristiske idealer om deskriptive definitioner og observation i den diagnostiske praksis. Det blev i den forbindelse tydeligt hvorledes diagnosesystemernes empiristiske idealer må forventes at begrænse teoretisk refleksion omkring hvad de sociale eller psykiatriske symptombilleder er udtryk for, eller hvad psykisk sundhed og psykisk sygdom er, da refleksioner omkring psykiske sygdommes eventuelle kulturelle, sociale, samfundsmæssige, kommunikative, mentale og/eller biologiske forankring ikke er relevante for at indfri de empiristiske idealer for kontekstafhængige, værdifrie, universelle klassificeringer, samt iværksætte relevant evidensbaseret behandling og (re)habilitering. Som det ligeledes fremgik af forgående analyseafsnit medfører forskning på den empiristiske traditions præmisser dermed øget fokus på symptombilledet som grundlag for udredning og diagnosticering der stiller nogle andre betingelser for vores adgang til sandheden om mennesket og etablerer en ontologisk forståelse for mennesket, hvor det 'sociale- samfundsmæssige – eller dybe selv', som blandt andet tidligere referencer til den freudianske psykoanalyse, sociologiske samtidsanalyser, socialpsykologiske eller andre teoretiske forklaringsmodeller præsenterer, erstattes med forklaringer på de psykiatriske og

sociale problemer der kan koble de observerbare symptomer og afvigende adfærd sammen med diagnoser og dermed sammen med hjernens (dys)funktion.

På den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling gives endvidere udtryk for en oplevelse af at behandlingsprogrammets tilsyneladende effekt ikke er ensbetydende med at barnets problemer er løst:

”det ser oprigtigt flot ud på papiret og det er effektivt, men så kommer børnene og skal indlægges når det ikke går så godt alligevel” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

De psykiatriske interventionsformer, teknologier og programmer kan således være velafprøvede, forskningsbaserede og professionelt udført men på afdelingen opstår alligevel en kritik der rettes mod indsatsernes manglende erkendelsesteoretiske grundlag:

”Og så kan jeg jo se, og det kan jeg i øvrigt også se andre steder fra, at der er en helt masse andre problemer, [...] Så er det jo at jeg kan se, at man ikke oprindeligt fik fat i, at det fungerer ikke i denne her familie” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Samtidig henleder den ansatte indsatserne til en ontologi om det sociale eller psykiatriske problem ’på overfladen’, hvor individets kognition og mulige handlingsregulering gør det muligt at regulere, mestre og forandre de sociale og psykologiske *konsekvenser* der er afledt af den genetiske eller biologiske sårbarhed, dysfunktion eller sygdom, og hvor familien ansvarliggøres for barnets mestring:

”så får barnet en recept og noget medicin og får 4 gange psykoedukation til forældrene og så er det det. Så kører det derfra og det ser oprigtigt flot ud på papiret” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

De anvendte problemdefinitioner og handlingsanvisninger opleves i dette eksempel endimensionelt og ’på overfladen’, hvor problemets fremtrædelsesform bliver centrum for intervention og regulering, og de psykologiske eller sociale relationer og sammenhænge der, som den psykiatriske speciallæge i dette eksempel fremhæver, har muliggjort problemets opkomst, fremtrædelsesform og mulige forandring og afledt heraf: sammenhængen mellem forhold og handlen, indgår ikke i retningslinjerne for de ensartede forløb. Den psykiatriske speciallæge beskriver således de handlingsteknologiske løsningsmodeller, i form af de psykoedukative programmer og psykofarmakologiske behandlingsmetoder, som en *en-dimensionalisering af psykiatrien*, hvor den biologiske dysfunktion/sygdom etableres som den

væsentligste transfaktiske forklarings-, eller tolkningsramme der fungerer handlingsanvisende for praksis:

”Til sidst er barnet jo ved at kollapse fordi det får mere medicin end det kan tåle. Så får det bivirkninger og så skal det have medicin for bivirkningerne. Så er det ligesom de bliver indlagt, når den skole er kørt til et sted, hvor ingen længere kan være med” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Den psykiatriske speciallæge tilhører gruppen af kritiske praktikere der ikke viderefører de styringsteknologiske problemdefinitioner eller de deraf afledte retningslinjer og ’best-practice idealer’ i den psykiatriske praksis. Jeg har, som tidligere nævnt, valgt at lægge særlig analytisk vægt på disse praktikere, der som Kuhn definerer det, etablerer paradigmatiske anomalier der synliggør rækkevidden af det eksisterende vidensgrundlag, eller som Fairclough definerer det, synliggør moddiskurser som et område hvorfra forandring kan opstå. Analytisk synliggør de kritiske, refleksive praktikere erkendelsesteoretiske forskelle på ontologiske modeller i det sociale og psykiatriske arbejde, hvilket jeg vil vende tilbage til.

## **Skyld og ansvar**

Fælles for de ansattes oplevelser fra den specialiserede socialpsykiatri og den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling er at disse samlet, uanset deres holdninger til de styringsteknologiske problemdefinitioner og handlingsanvisninger, afspejler det tidligere beskrevne diskursive skift i problemforståelser, ætiologiske og dybdegående problemdefinitioner fra 1980’erne og frem herhjemme. Det blev tidligere beskrevet hvorledes de sociogenetiske tilgange, der idealistisk forsøgte at koble ”systemkarakteristika” i den indre forestillingsverden til ”systemkarakteristika” i den ydre verden, medførte at aktørerne i den ydre verden, det være sig pårørende såvel som psykiatere, dermed pålægges et betydeligt ansvar for lidelsen (Ibid. 2000:26).

Da antipsykiatrien skabte en ny diskurs om skizofreniens sociogenese, påførte den mange forældre en følelse af skyld og nederlag (Høgsgbro 2000:36).

Med de handlingsteknologiske løsninger og psykoedukative praksisser, der ses i dag, fratages forældre og pårørende ansvar og skyld i forhold til problemets **opståen**. Til gengæld pålægges forældre og pårørende et ansvar for problemets *løsning* og de forventes at involvere sig,

deltage i undervisning og oplysning der kan understøtte bevidste problemløsningsprocesser og etablere en sammenhæng mellem **erkendelse og handlen**, og ikke som tidligere; mellem **forhold og handlen**. Det fremgik af analysens afsnit 'Psykoedukation' hvordan der i den psykiatriske praksis lægges vægt på, at Den Andens (og de pårørendes) evner til aktiv deltagelse og medansvar for egen bedring understøttes med viden om sygdommen, eller problemet, og der etableres psykoedukative praksisser i form af rådgivning og undervisning med henblik på at fremme individets og de pårørendes erkendelse, involvering og ansvar for den sindlidendes fremtidige recovery. I oplevelsen og beskrivelsen af disse praksisser på den Børne og Ungdomspsykiatriske afdeling fremtræder kun en del af individets problem, og der lægges overvejende vægt på neurologiske tilstande i hjernen, medicinens indvirkning og bivirkninger, såvel som de pårørendes og patientens sygdomserkendelse, selvindsigt og motivation, evne og vilje til aktivt at tackle de psykiatriske symptomer og fastholde den psykofarmakologiske behandling for at hindre tilbagefald. Der er således tale om en videreførelse og fortsat udvikling af et øget fokus på Den Andens (og de nære relationers) evner, funktionsniveau og ressourcer *i nuet*.

De styringsteknologiske og sociale bevægelser afspejler i forlængelse heraf et diskursivt skift hvor problemforståelser, ætiologiske og dybdegående problemdefinitioner fra 1980'erne blev begrænset til epidemiologisk forskning, samt et forskningsmæssigt fokus på effektiv psykosocial (re)habilitering der dels begrundes med funktionelle argumenter om socialpsykiatriens position i en decentraliseret psykiatrisk struktur og med etiske argumenter om skyld og ansvar. Mens spørgsmål og forestillinger om problemets ætiologi ikke indgår i det organisatoriske eller handlingsanvisende grundlag, fritages forældre, samfund og øvrige interpersonelle relationer og institutionelle sammenhænge barnet indgår i således ansvar for barnets problem eller sygdom. Derimod etableres mulighedsbetingelserne for at de nærmeste pårørende nu tager ansvar for barnets bedring og recovery, og dermed de impulser der styrer børnenes adfærd og tænkning, eller som Rose definerer det:

tager ansvar for de hjerner, de er udstyret med, og agerer derefter (Rose 2007b).

Der ses således nogle forskydninger i vores antagelser om den sociale virkelighed, i vores antagelser om forholdet mellem samfund og individ, hvordan samfundet hænger sammen som samfund og forandrer sig, og i vores antagelser om hvad der bevirker at 'sociale spørgsmål'

opstår og bliver til problemer eller sygdomme. I denne proces etableres et rum for helhedsorienterede modeller på 'overfladen', hvor individets kognition og mulige handlingsregulering gør det muligt at regulere, mestre og forandre de sociale og psykologiske *konsekvenser* der er afledt af den genetiske eller biologiske sårbarhed, dysfunktion eller sygdom uden at specificere hvad denne 'sygdom' består i. Socialforskningen og socialpsykiatrien indtager i samme periode en funktion hvis opgave er at understøtte, udvikle og kvalificere dette arbejde (Guldbrandsen 2007). Med det genealogiske blik bliver det ligeledes tydeligt hvorledes man med den psykoedukative praksis kan skimte konturerne af et behandlingsmæssigt brud med de tidligere statshospitalers lægelige autoritet og etablering af det passive subjekt, såvel som det der beskrives som 1970'ernes definition af sindslidelser som udviklingsforstyrrelser. Eftersom den tidligere psykiatriske praksis og videnskabelighed kritiseres for at virke pacificerende på patienterne, måtte de nye tiltag og programmer passe på ikke at forfalde til disse tidligere praksisser og inhumane vidensformer. Der etableres hermed en ny behandlings- og begrebsmæssig indsats, forankret i den kognitive filosofi, som det blev gennemgået i analysens del 1. Inden for denne retning betragtes den sindslidende i højere grad i sin umiddelbare fremtræden, og handlings- og tænkningskorrigerende anses, ikke kun som en mulighed, men som et ansvar brugerne og de pårørende må lære at tage del i gennem brugerinvolvering og medinddragelse, med henblik på patientens fremtidige recovery:

The doctor seldom [...] makes detailed inquiries into the complex causal network behind her patient's suffering. On the contrary, what is of paramount importance in the doctor-patient relationship is to track down what measures most probably will make a difference for the patient's future recovery (Wifstad 2008:139).

## **Pårørende og interpersonelle relationer**

Mens det styringsteknologiske menneske- og helhedssyn vi ser i dag fremtræder specielt tydeligt i det ovenstående eksempel fra den psykiatriske praksis, og kunne genfindes i en række andre sammenhænge og interventionsformer i den socialpsykiatriske praksis, kan de genealogiske analyser og governmentality-perspektivet genanvendes til endnu engang at stille spørgsmål ved, og synliggøre, rækkevidden af forskellige perspektivers vidensproduktion. Det interessante er at samtidig med at eksklusionen af visse subjektpositioner og problemdefinitioner tydeliggøres, så tydeliggøres ligeledes alternative

problemhorisonter og interventionsformer der kan henledes til, det man kunne betegne, som en relationel ontologi om det sociale eller psykiatriske problem. Foruden en kritik der ikke kunne overhøres på den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling rettet mod den eksisterende praksis, hvilket vil blive uddybet i det følgende, kunne således iagttages andre forestillinger, problemdefinitioner og forklaringer af det sociale og psykiatriske problem baseret på andre transfaktiske former for viden om de sociale og psykiatriske problemer.

Familiemæssige problemstillinger blev i den forbindelse i flere sammenhænge fremhævet som det væsentligste problem, mens barnets eller de unges psykiatriske symptombilleder blev beskrevet som adaptive strategier og reaktioner herpå, og børnene italesættes i den forbindelse som symptombærer.

Det interessante i denne sammenhæng er hvordan disse alternative problemdefinitioner og forklaringer af de psykiatriske og sociale problemstillinger opleves i den psykiatriske praksis som alternativer til den dominerende styringsdiskurs. Der fremkommer således bestemte styringsteknologiske rokader i måden at anskue, styre og 'afhjælpe' sociale og psykiatriske problemer. Samtidig tydeliggøres hvorledes en bestemt måde at forstå mennesker, ansvarlighed, skyld og selvfølgelig viden opstår. Med reference til de foregående analyser af psykiatriens videnskabelighed og udvikling, der tydeliggjorde marginaliseringen og eksklusionen af visse former for viden og erkendelse i denne proces, kan man, som den psykiatriske speciallæge definerer det, anse "*alt den snak om årsager og familie*" som en problemhorisont i mødet med Den Anden, som psykiatrien har forladt for længe siden:

"Men altså jeg vil nok sige, at jeg ikke tegner den typiske indgang til faget som det ser ud lige nu. Så kan man jo så diskutere om man er håbløst gammeldags eller ultramoderne. Det ved jeg ikke rigtig selv.

Det er det man får skudt i skoene, er at det der, det er nogle ideer som vi har forladt for lang tid siden, og nu har vi bevæget os, og nu ved vi så meget mere. Alt den snak om årsager og familie, det har vi lagt bag os i 80'erne" (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Samtidig med at familiemæssige årsagsforklaringer opleves som "*ideer der er blevet forladt for længe siden*", synes disse ideer at være gledet ud af psykiatriens kommunikation og erkendelsesgrundlag sammen med rækken af andre teoretiske problemdefinitioner og begreber. Udviklingen har medført en etablering af de psykiatriske diagnoser som en eftertragtet kategori hos forældre og pårørende og, som vi skal se i et senere afsnit, ligeledes hos den enkelte bruger.



## De eftertragtede diagnoser

Familiens placering som enten en del af årsagen til problemet, eller som en del af løsningen, er uløseligt forbundet med rokader i ideen om hvad sociale og psykiatriske problemer er, og hvordan samfundet hænger sammen og forandres. Samtidig med rokader i forholdet mellem skyld og ansvar og en efterfølgende videnskabelig, styringsmæssig og praktisk reduktion af videnskabelige forklaringer, forskning og modeller der kunne bidrage med øget viden om sociale og psykiatriske komplekse kausalitetsforhold, opleves en øget efterspørgsel fra familiernes side efter en diagnose til deres børn, som det beskrives i den psykiatriske praksis:

”Der er mode i, lige som i alt muligt andet, det kan man se når man har været i det her fag i mange år, at der er trends for forskellige ting og der har jo været en kæmpe opmærksomhed på ADHD for eksempel som gør at næsten alle lægfolk de har hørt om ADHD, og ADHD det får man medicin imod og så er det ordnet, så der bliver også et pres fra forældre om at få stillet en diagnose så man kan få noget medicin, og det tror jeg at der er vores klare opfattelse at sådan er det, og så kan vi komme videre. Så enkelt er tingene ikke, så der er noget som er mere acceptabelt i vores samfund end andet” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

”.. og jeg er bestemt ikke den eneste der har det sådan. Jeg tror at der er mange og det er jo dybt interessant hvordan det kan være gået som det er. Jeg tror også at man skal kigge på tidsånden, hvis der findes sådan noget som en tidsånd, altså det der med at der skal være enkle forklaringer på tingene. Det er måske sådan noget som der ligger i tiden. Det er ikke sådan en fordybelseskultur vi har. Alting skal gå hurtigt og skal være effektivt og mere hurtigt og mere effektivt. Der skal også være enkel og operationaliserbare forklaringer på alting.. Det er nu engang nemmere at få stukket piller i halsen på sit barn end det er at lave om på hele den måde man indretter sit liv på. Så er man også ude i det der skyld, så det fylder meget i de daglige diskussioner med skyld, som vi var inde på før. Så er man ude over det, og den gode psykiater havde jo forklaret mig at det handlede om nogle hormoner oppe i hjernen som der ikke er helt veludviklet. Det er sgu da enklere. Det lyder jo rigtigt og godt og det lyder som en teknologisk forklaring på det der. Det er da enklere end at skulle lægge hele sit liv om for eksempel” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Mens spørgsmål og forestillinger om problemets ætiologi i en reaktionel og samfundsmæssig kontekst, som det fremgik af foregående afsnit, i mindre grad har indgået i det forskningsmæssige, organisatoriske eller handlingsanvisende grundlag i den sociale og psykiatriske praksis (Høgsbro 2000:12, Bryderup 2011), så synes denne udvikling at have

bidraget til en øget efterspørgsel efter diagnoser. Mens antipsykiatridebatten blev kritiseret for at pålægge familien og de pårørende en betydelig grad af skyld for problemets opståen, medfører de dominerende forklaringsystemers ontologiske erkendelse, som det opleves og beskrives på BUC, at diagnoser herefter konstrueres på en måde hvor de opnår en position som en eftertragtet ansvarsfralæggelse og et enkelt forklaringsystem over for omverdenen. Ved at fratage samfund, familie og nære relationer skyld og ansvar for problemernes opståen, etableres menneskets biologi og genetik samtidig som en dominerende, og tilsyneladende eftertragtet, problemhorisont, som beskrevet af den psykiatriske speciallæge.

Der etableres hermed en diagnostisk og psykiatrisk praksis der afviser at andre teoretiske 'dybde-ontologiske forklaringsmodeller' kan komme i betragtning i mødet med Den Anden, og menneskets biologi og genetik etableres dermed som centrum for intervention og styring, hvilket jeg vil komme ind på i det følgende. Det interessante er her at mens der opleves at være en øget efterspørgsel efter psykiatriske diagnoser til børn som følge af et behov for simple forklaringer, der ikke pålægger forældre og nære pårørende skyld og ansvar for problemets opståen, så pålægges de nære relationer nu et andet, men lige så betydeligt, ansvar for problemernes løsning, blandt andet gennem oplysning og indsigt, samt deltagelse i psykoedukative programmer, hvor familien forventes at støtte og motivere den syge pårørende til, via sygdomserkendelse og selvindsigt, at fastholde de psykiatriske interventionsformer, og hermed udvise motivation for at fastholde den medikamentelle behandling. Problemdefinitionen og de psykiatriske kategoriseringsprocesser og problemhorisonter konstruerer således bestemte styringsmæssige rationaliteter og bliver samtidig objekt for bestemte styringsteknologier på mikroniveau, hvor de handlings- og præstationsteknologiske løsninger er baseret på idealer om aktiv selvstyring og selvansvarliggørelsesteknikker.

### **Biologi og genetik som dominerende problemhorisont**

Der fremtræder således rokader i forholdet mellem et deterministisk og et voluntaristisk menneskesyn, hvor de tidligere kritiske strømninger i synet på psykiatrien, dens brugere, organisering og funktion, og disse strømningers bekymring for statens og eksperternes undertrykkelse og overdrevne styring af individet, blander sig med et neoliberalt magt- og frigørelsesbegreb der genanvender "det frie subjekt" som et teknisk middel til at opnå styringsmæssige formål og målsætninger", som Dean (1999) formulerer det. Hermed

etableres på én og samme tid en social hegemonisering af det bio-medicinske menneskesyn, samt en afstand til tidligere ideer om genetisk determinisme og en afstand til ideer om psykiske sygdomme som kroniske og uhelbredelige. Den oplevede adfærdstræning, oplysning og undervisning, som netop er blevet analyseret, opstod i denne sammenhæng. Men samtidig med at den biologiske dysfunktion ikke anses som determinerende for individets adfærd, eksisterer en oplevelse på den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling af, at menneskets biologi og genetik etableres som den dominerende problemhorisont. Denne udvikling kan på baggrund af de foregående analyser forstås som en af årsagerne til den øgede efterspørgsel efter psykiatriske diagnoser, hvor de nære relationer nu ikke anses som en del af årsagen til problemet, men som en del af løsningen, og hvor individet således ikke tillægges en rå ansvarstilskrivelse. Derimod opleves på BUC at menneskets biologi og genetik etableres som centrum for intervention og styring, En oplevelse der, som før nævnt, deles i den specialiserede socialpsykiatri,

”Når man bliver trængt så ryger man tilbage i sit grundsyn, det synes jeg at man kan se meget. I hvert fald vores behandlingspsykiatri er blevet betydelig mere biologisk orienteret fordi de kun har tid til at forholde sig til medicinen, og det vælger de jo så at bruge tiden på” (Ansæt socialpsykiatrisk Institution 1)

Den diagnostiske og psykiatriske praksis’ afvisning af at andre teoretiske ’dybde-ontologiske forklaringsmodeller’ kan komme i betragtning i mødet med Den Anden, der opstod som et resultat af sammenfaldende sociale, teknologiske og videnskabelige bevægelser, kan være en af grundstenene i denne udvikling.

Menneskets biologi og genetik etableres således fra 1980’erne og frem som centrum for intervention og styring, ikke kun i form af kognitive og terapeutiske praksisser, men ligeledes igennem en, ifølge den psykiatriske speciallæges ret skarpe og kritiske udsagn, omfattende medicinering:

”.....og så skal børnene have medicin, jamen det virkede ikke, så skal de have noget andet medicin. Så skal de nok have to slags medicin, tre slags medicin og mere medicin. Til sidst er barnet jo ved at kollapse fordi det får mere medicin end det kan tåle. Så får det bivirkninger og så skal det have medicin for bivirkningerne. Så er det ligesom de bliver indlagt, når den skole er kørt til et sted, hvor ingen længere kan være med. Så er det jo at jeg kan se, at man ikke oprindeligt fik fat i at det fungerer ikke i denne her familie” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Udtalelsen placerer sig i rækken af kritiske røster, der de senere år har været rettet mod den sociale hegemonisering af det biomedicinske perspektiv i den sociale- og psykiatriske praksis, som det blandt andet beskrives af Crowe , Brant og Kärfve

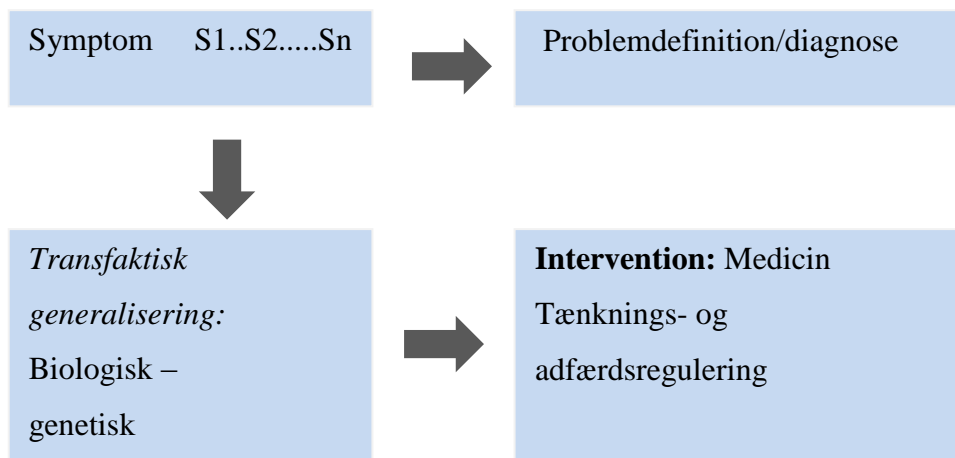
If mental health nurses continue to endorse this view it would seem an inevitable consequence that nursing care consists of dispensing medication, controlling the behavior associated with mental distress until the medication takes effect and helping the individual to adapt their life to the inevitable disability of a biochemical dysfunction (Crowe and Alavi 1999, Crowe 2000:70).

Det er den neuropsykiatriske tese, der er den mest omstridte. Her tolkes relationen mellem psykisk forstyrrelse og nervesystem som kausalt ensrettet: ADHD har en genetisk ætiologi. Psykosociale faktorer opfattes kun som forstærkende eller hæmmende momenter, ikke som årsager. Denne overbevisning dukker op igen og igen i nordamerikanske gennemgange af ADHD, hvilket man kan forvise sig om via de forskellige links på American Psychiatric Associations hjemmeside. Den optræder tilmed i den svenske nationalencyklopædi: Årsagerne menes at være genetiske eller, mere sjældent, relateret til hjerneskader i de første år efter dannelsen af nervesystemet (Brante 2011 54).

Med en parrallel til den svenske udvikling beskriver Eva Kärfve hvorledes tidligere årsagsforklaringer har måttet vige for det hun beskriver som et biologisk syn på mennesket:

Detta (tidigere) synsätt har fått ge vika för en biologisk syn, som – faktisk utan att kunna prestera starkare bevisning för sin tes än det tidigare perspektivet – betraktar tillståndet som förmodat genetisk och i alla händelser medfött. Denna omdisponering av förklaringsmodellerna är fullständigt kongruent med hur de nya barndiagnoserna presenteras. Barnpsykitrin har, åtminstone i Sverige, i allmänhet döpts om till barn**neuro**psykiatri. Förmodligen är detta att se som ett övergångsfenomen: Samtliga diagnoser beskrivs som huvudsakligen av neurologisk och hjärnbaserad natur (Kärfve 2006: 60).

For at visualisere denne udvikling illustrerer Figur 6 den styringsteknologiske behandlingspraksis som den opleves og beskrives i de foregående interviewuddrag fra den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling:



**Figur 6 Behandlingspraksis**

Det centrale perspektiv i ovenstående figur er hvorledes den oplevede *endimensionalisering* af psykiatrien relateres til et menneskesyn der ikke inddrager forklaringspluralistiske transfaktiske årsagsforklaringer, men henleder til en biologisk ontologi om barnets problemer, der nu *ikke* anses som determinerende for individets adfærd, men konstruerer mennesket som autonomt, fornuftigt, ansvarligt og med muligheder for at komme sig.

De etablerede problemdefinitioner forbliver dermed på overfladen, forstået således at det ikke er forklaringspluralistiske teorier eller viden om sociale eller psykiatriske problemer, der bliver centrum for intervention og styring. Derimod lægges vægten på problemets fremtrædelsesform, enten som et deskriptivt symptom, der kan relateres til tidens klassifikationssystemer, eller en konkret funktionsniveaumåling, og disse problemdefinitioner, problemhorisonter og ontologiske modeller bliver centrum for intervention og styring. Hermed prioriteres årsagsforklaringer der, som Rosenbaum definerede det:

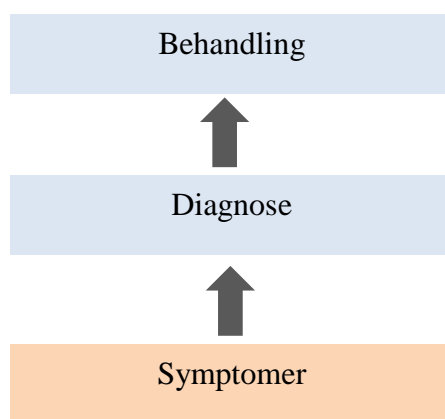
indeholder en prioritering af den fremtidige biologiske forståelse af mennesket, og en næsten lige så klar udelukkelse af, at andre paradigmer kan komme på tale (Reznek 1991, Rosenbaum 2004a: 64).

Den styringsteknologiske slutningsform i den sociale og psykiatriske praksis, som den blev beskrevet af de ansatte inden for det eksisterende paradigme, kan skematisk opstilles som et

forhold mellem udredning, visitation, diagnose på baggrund af observerbare symptombilleder eller funktionsniveau, samt iværksættelse af en bestemt behandling afledt af de konstruerede kategoriers fastdefinerede grundindhold, som kontaktpersonen på den socialpsykiatriske institution 2 definerede det:

”Vi siger, at nu tager vi imod en spiseforstyrret, og at alle de spiseforstyrrede har ens behov som vi så prøver at tilpasse os” (Kontaktpersonen på den socialpsykiatriske institution 2)

Dette forhold er skitseret i figur 7:



**Figur 7 Styringsteknologisk slutningsform**

Relationen er rimelig simpel, og kan, som det beskrives af Danske Regioner, danne grundlag for den organisatoriske tilrettelæggelse af indsatsen, samt grundlag for en standardisering af metoder og indsatser og dermed en kvalitetssikring af de offentlige indsatser:

Standardisering og ensartethed handler i vid udstrækning om systematisk at anvende metoder, vi ved virker. Det er god kvalitet (Danske Regioner 2010).

Figuren skitserer således den *oplevede* og *nuværende* slutningsform i den sociale og psykiatriske praksis som etableres som en styringsteknologisk diskurs i disse år. Spørgsmålet der adskiller de ansattes oplevelser er hvorvidt denne oplevede slutningsform er begrænsende, eller frigørende og anvendelig i praksis.

Blandt de af de ansatte der gav udtryk for en kritisk refleksion vedrørende hvorvidt ”kortet” i form af den skitserede slutningsform i Figur 7 stemte overens med ”terrænet”, og meningsfuldt kunne anvendes handlingsanvisende for praksis, etableres en bevægelse fra ”konklusion til præmis”, eller fra symptom til årsag, som det beskrives af den psykiatriske speciallæge:

”Skal vi lindre **symptomet**, eller lindre **skadevolderen**” Det er sådan man som læge er nødt til at tænke. Det er dem [børnene] der bliver symptombærerne”  
(Psykiatrisk speciallæge BUC)

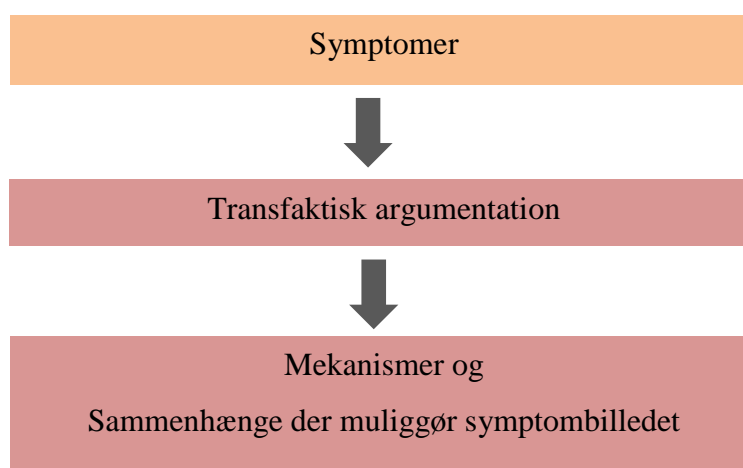
De skeptiske ansattes transfaktiske argumentation og refleksion svarer til en bevægelse inden for en realistisk ontologi om mennesket, hvor det psykiatriske eller sociale problem erkendes på det empiriske niveau (jf. nedenstående figur), eksisterer på det faktiske niveau og forklares og forstås på det virkelige niveau, hvor refleksioner vedrørende de komplekse og nødvendige mulighedsbetingelser og årsagssammenhænge, der må eksistere for at det observerede fænomen, eller symptomer, kan finde sted, inddrages (Buch Buch-Hansen og Nielsen 2005:62). Der etableres hermed en skelnen mellem en intransitiv og en transitiv dimension af virkeligheden, der samtidig er en skelnen mellem væren og viden, mellem ontologi og epistemologi, hvor førstnævnte prioriteres før sidstnævnte. Inden for ontologien ses samtidig et skifte i fokus fra *hændelser* til *mekanismer*, hvor opmærksomheden rettes mod det som producerer hændelserne, og ikke bare hændelserne i sig selv. Viden kan således være ude af trit med den virkelighed som den refererer til. Med mekanisme-begrebet åbnes op for et multikausalt verdensbillede, hvor det antages at den sociale virkelighed består af *åbne systemer* hvor underliggende strukturer og mekanismer i komplekse situationer understøtter og genererer begivenheder.

Domæne	Indhold
Det empiriske	Erfaringer og observationer
Det faktiske	Begivenheder og fænomener
Det virkelige	Strukturer, mekanismer, kausale potentialer og tilbøjeligheder

Tabel 4 De tre domæner

(Inspireret af Bhaskar 1997:13)

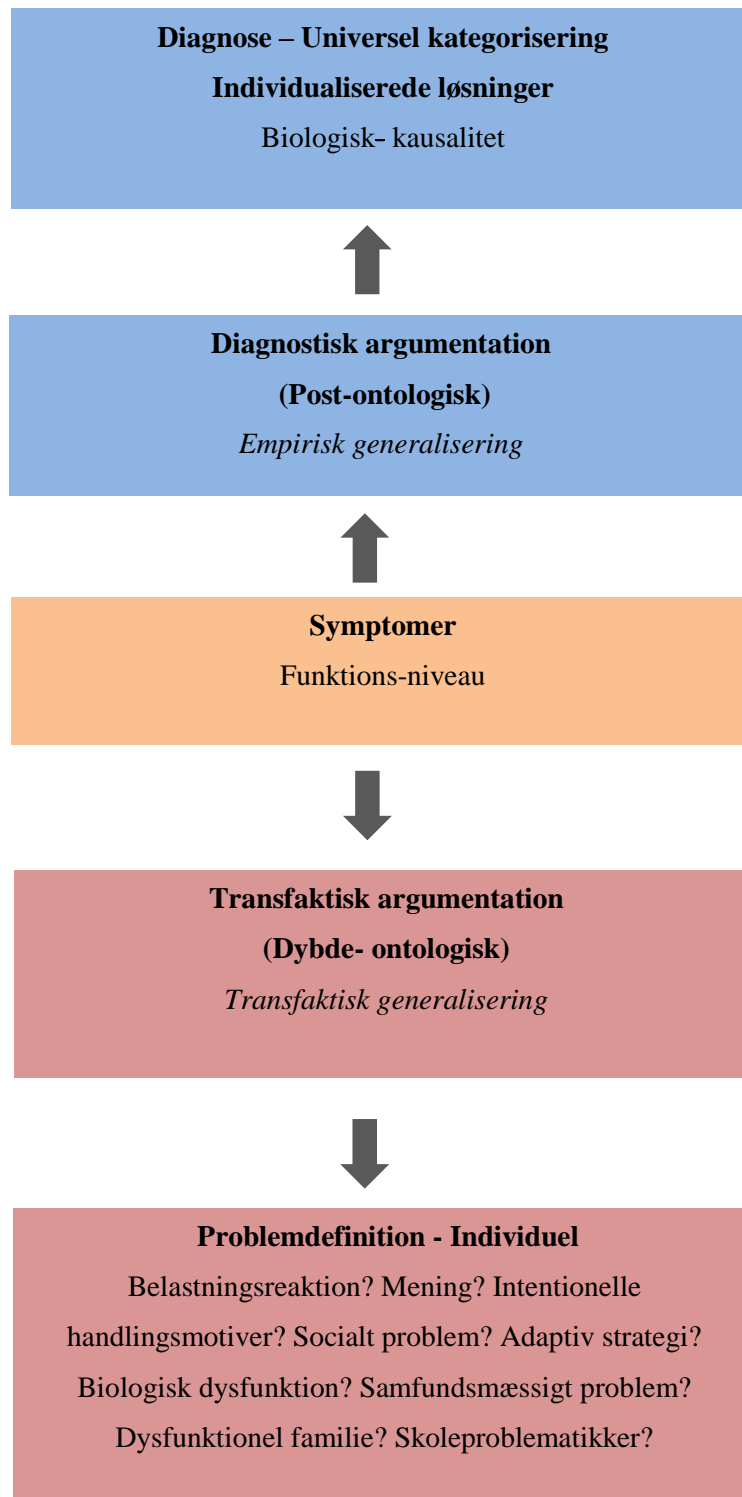
Refleksion og divergerende teoretiske og subjektive forklaringer på hvad det sociale eller psykiatriske problem er, bliver hermed i visse af de ansattes udtalelser mere væsentlig end symptomerne i sig selv, og i visse tilfælde hierarkiseres det substantielle grundindhold i det psykiatriske eller sociale problem i interviewene, således at forklaringerne og de mekanismer der har muliggjort barnets symptombillede må behandles: *før man kan gå videre og tænke, at det er barnet der hovedsageligt har vanskeligheder*, som den psykiatriske speciallæge formulerede det. Denne slutningsform er opstillet skematisk i Figur 8:



Figur 8 Transfaktisk praksis



Sættes de to figurer (Figur 7 og Figur 8) i forlængelse af hinanden, synliggøres hvorledes den aktuelle arbejdstilrettelæggelse, med baggrund i en udredning og vurdering af borgerens symptomer og funktionsevne i nuet, tildeler personen en diagnose, eller foretager en funktionsevnevurdering, og iværksætter eventuel evidensbaseret behandling (såfremt denne findes), der monitoreres via effektmålinger, der i den specialiserede socialpsykiatri fungerer i form af dokumentation for beboerens funktionsniveau.



Figur 9 Diagnostisk og transfaktisk argumentation

De mere kritiske, eller reflekterende, ansattes oplevelser af problemets ontologi etablerer hermed en bevægelse 'i dybden', forstået som en placering af det individuelle sygdomsudtryk og substantielle grundindhold i de psykiatriske- eller sociale symptomer, indenfor det man kunne kalde en mere pluralistisk kausalitetsforståelse. Figur 9 illustrerer desuden forskellige ontologiske antagelser om den sociale og psykiatriske virkelighed, samt former for generalisering som vil blive gennemgået i de følgende afsnit. Det væsentlige er her, at udtalelserne fra den mere skeptiske psykiatriske praksis fremgår i figuren som en oplevelse af at observation, beskrivelse og kategorisering af virkeligheden kan være nødvendig, men at vores viden om virkeligheden, som følge af dennes dybdedimension, må tage højde for de individuelle og særegne problematikker, sociale og kontekstuelle sammenhænge og mekanismer, der har muliggjort problemstillingen hos den enkelte. Ifølge de mere skeptiske ansatte kan en anvendelse af de diagnostiske kategorier og symptombilleder, som den væsentligste handlingsanvisende viden i mødet med Den Anden, formidle en grundlæggende sammenblanding af sociale, psykologiske og biologiske karakteristika og intranistive mekanismer, samt fastholde bestemte problemdefinitioner, subjektpositioner og rolleforventninger til de sindslidende. Det synes i forlængelse heraf relevant at undersøge hvorledes disse rolleforventninger medfører et bestemt samspil og interaktion mellem ansatte og sindslidende, men det ligger uden for rammerne af denne undersøgelse.

I 9 er opstillet forskellige forklaringsmodeller og transfaktiske problemhorisonter. Ikke alle disse fremkom i samtalerne med de ansatte. Især lagde de ansatte vægt på skoleproblematikker og dysfunktionelle familiestrukturer, og som vi skal se i de senere afsnit, fremhæves ligeledes diagnosens funktion som en attraktiv symbolsk betydningsfastlæggelse af retten til at 'lide' i samfundets øjne. Samtidig med en kritik, der ikke kunne overhøres på den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling rettet mod den eksisterende diagnostiske praksis, hvilket vil blive uddybet i det følgende, kunne således iagttages andre forestillinger, problemdefinitioner og forklaringer af det sociale og psykiatriske problem, baseret på andre transfaktiske former for viden om de sociale og psykiatriske problemers opkomst, eksistens og forandringsprocesser.

I en undersøgelse som denne, der omhandler de styringsteknologiske løsninger i det sociale og psykiatriske felt, er det interessant hvorledes disse forskellige forklaringsmodeller ofte

bliver beskrevet som et vidensproblem der kan have været medvirkende årsag til det behov for sikker viden (evidens) der de seneste år har præget det psykiatriske felt, såvel som det sociale arbejde i bred forstand, i en stræben efter at identificere effekter af de sociale indsatser og interventioner. Disse præstationsteknologier er, som det fremgik af de foregående afsnit, baseret på udviklingen af standarder og mål for den 'gode praksis og indsats' med det formål at standardisere de nationale offentlige indsatser og sikre en ensartet høj kvalitet og effektive indsatser. De præstationsteknologiske løsninger anvendes således som et indirekte middel til at regulere psykiatriens og socialpsykiatriens indsatser uden om fagenes grundlagsproblematikker, der af de ansatte opleves som en manglende viden om, og en grundlæggende sammenblanding af, sociale, psykologiske og biologiske karakteristika i den sociale og psykiatriske praksis. Samtidig viste analysens del 1 at interessen for forskning eller teoriudvikling med fokus på problemets, eller sygdommens substantielle grundindhold, der kunne imødekomme dette praksisbehov, i samme periode ikke har været stor. Derimod har de senere års udvikling i styrings- og vidensgrundlaget etableret mulighedsbetingelser for at samfund, pårørende, skole eller andre sammenhænge i højere grad udelades fra den eksisterende problemhorisont, og der fokuseres i højere grad på etableringen af effektive (symptom) behandlingsmuligheder, samt de pårørende og individets involvering i at komme sig gennem motivations- og erkendelsesarbejde.

Hensigten med de styringsteknologiske løsninger er således ikke baseret på en akkumulation af viden om de sociale eller psykiatriske problemstillingerens opkomst, eksistens og forandringsprocesser, men derimod en øget videnskabelig interesse i at udvikle og forenkle måder hvorpå de sociale og psykiatriske indsatser kan gøres kalkulerbare og gennemsigtige og sikre mulighedsbetingelserne for ensartede, standardiserede og effektive behandlingsforløb, der samtidig kan kvalitetssikre det sociale og psykiatriske arbejde og genetablere tilliden til den professionelle ekspertise med henvisning til 'sikker, forsknings- (evidens)baseret viden' som det beskrives af Mitchell Dean (Rose og Miller 1992, Dean 1999;2007).

Deskriptiv klassifikation, eller funktionsniveaumålinger 'i nuet', forventes således at være grundlaget for viden der kan fungere handlingsanvisende for praksis. I praksis suppleres denne viden af mere refleksive og skeptiske praktikere, med en efterspørgsel eller subjektiv forståelse for de forhold, sammenhænge og mekanismer der har muliggjort, eller produceret, de empiriske hændelser, selvom disse mekanismer sjældent er direkte observerbare og er

baserede antagelser uden en egentlig teoretisk eller videnskabelig referenceramme. I udtalelserne fra den psykiatriske praksis blev disse intransitive sammenhænge og mekanismer i visse tilfælde anset som mere væsentlige end symptomerne i sig selv. Denne praksis-refleksion kan, som jeg ser det, have medført at de faglige, intraorganisatoriske og regionale forskelle på hvordan 'problemet' eller Den Andens symptombillede defineres, forklares og eventuelt diagnosticeres, eksisterer i lige så høj grad nu som tidligere, som det fremhæves af Danske Regioner (Danske Regioner 2008;2011).

Mens det styringsteknologiske og behandlingsmæssige pendul de senere år har svinget i retningen mod at erstatte 'øret med øjet' som Rose definerer det (2007), så oplevede jeg i interviewene med de ansatte på de psykosociale rehabiliteringstilbud og på den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling en anden erkendelse af virkelighedens kompleksitet og transitive såvel som intransitive elementer og mekanismer. Netop forskellen på disse ontologiske modeller synliggør grænserne for forskellige perspektiver, samt deraf afledte løsnings- og handlingslogikker.

I følgende eksempel lægges der ligeledes vægt på transfaktisk videns- og praksisudvikling. Det italesatte behov for en sådan teoretisk og forklaringspluralistisk viden om det individuelle og særegne problem synliggør samtidig at der mangler helt åbenlyse muligheder for at placere symptombilleder inden for en social-, eller samfundsmæssig teori eller problemhorisont, som følgende eksempel fra den psykiatriske praksis illustrerer:

"Det var ligesom den henvisning jeg fik, det var en lille adopteret dreng, hvor psykologen sagde at, "jeg har forsøgt at lære ham at tælle til 10 når de andre kalder ham negerbolle, men han er altså meget impulsstyret og det kan han altså ikke lære". Der måtte jeg sige, at det er da også fuldstændigt urimeligt, og du skal snakke med de andre børn om at det ikke er i orden at kalde nogen noget som ikke er pænt. Hun tænker jo impulsstyring er lig med ADHD, så han må ind til børnepsykiateren. Børn skal ikke tælle til ti når de bliver mobbet. De voksne skal fjerne mobningen" (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Med et blik for de sammenhænge og mekanismer der genererer symptombilledet, åbnes samtidig op for helt andre løsnings- og behandlingsmodeller end den traditionelle slutningsform i figur 7 lægger op til. Som Brante (2011) pointerer, så medfører en manglende påvisning af en kausal relation mellem genetisk disposition og adfærd, at DSM og det

menneskesyn som psykologen i ovenstående eksempel udviser, let ender i cirkelsluttende definitioner, hvor symptomerne både bruges til at definere en forstyrrelse og til at forklare hvorfor forstyrrelsen eksisterer hos drengen. Dette illustrerer Brante med følgende lettere humoristiske eksempel:

Spørgsmål: Hvordan kan man vide, at denne dreng har ADHD?

Svar: Fordi han opfører sig hyperaktivt, impulsivt og uopmærksomt

Spørgsmål: Hvorfor opfører han sig hyperaktivt, impulsivt og uopmærksomt?

Svar: Fordi han har ADHD

(Inspireret af Brante 2011:57),

Det interessante er hvorledes psykologen, i overensstemmelse med den styringsteknologiske diskurs, ikke anser relationen person-situation, eller de omgivende vilkår som en væsentlig problemhorisont i mødet med drengen, men relaterer symptomerne til problematiske forhold hos drengen. Det væsentlige, og besværlige, spørgsmål der fremtræder i forlængelse heraf er derfor, som Brante pointerer, at hvis gener og omgivelser forudsætter og interagerer med hinanden, hvad er så *problemet* der skal behandles? Der er ingen større grund til at antage at drengens adfærd skyldes en personlig eller biologisk dysfunktion der skal behandles medicinsk; man kunne lige såvel hævde det modsatte, fremfører Brante.

### **Forskellig ætiologi – samme symptomer eller samme ætiologi – forskellige symptomer?**

Foruden at synliggøre den eksisterende styringsteknologiske ontologi om sociale og psykiatriske problemer, italesætter den psykiatriske speciallæge et alternativ til psykologens tolkning af drengens symptomer. Psykologens tolkning af drengens symptomer tog afsæt i problemets individuelle fremtrædelsesform:

”Jeg har forsøgt at lære ham at tælle til 10 når de andre kalder ham negerbolle, men han er altså meget impulsstyret og det kan han altså ikke lære” (Skolepsykolog).

Den psykiatriske speciallæge foreslår derimod en anden bevægelse 'i dybden', hvor muligheden for at drengens manglende impulsstyring i første omgang forsøges forstået og forklaret i en relationel, situationel kontekst. Den psykiatriske speciallæge foreslår i forlængelse heraf at problemet forsøges afhjulpet i sammenhæng med den kontekst og omverden som problemet fremtræder i. Det nye ved den relationelle eller situationelle ontologi den psykiatriske læge fremlægger, er at den manglende impulsstyring ikke defineres som en tilstand knyttet til personen alene, men som et resultat af forholdet person-situation (Gannik 2008:50). Det væsentlige er her at problemet der skal behandles ikke udelukkende er drengens individuelle symptombillede, men derimod de transfaktiske betingelser, mekanismer og sammenhænge der har medvirket til at problemet opstod. Drengen får dermed heller ikke den ADHD-diagnose, som psykologen efterspørger i dette eksempel. Den manglende impulsstyring indkredses derimod som et fænomen der i højere grad er integreret i hverdagslivets strukturer. Symptombillederne antages dermed at **udspringe af**, og kontinuerligt være betinget af, forholdet mellem en person og en situation (Gannik 2008). En multikausal, forklaringspluralistisk (og pragmatisk) problemforståelse træder hermed frem og tegner, som den psykiatriske speciallæge definerede det *en anden tilgang til faget end det ser ud lige nu*. Der indføres således et andet menneskesyn end den styringsteknologiske udvikling og den eksisterende diagnosekultur, på nuværende tidspunkt, konstituerer. Foruden at anlægge et andet situationelt, eller relationelt, ontologisk blik på drengens manglende impulsstyring, beskriver lægen denne ontologi som værende af en anden form og en anden tilgang til faget end det ser ud lige nu.

### **Et andet eksempel fra den psykiatriske praksis – "Whistleblow"**

Som det fremgik af de foregående afsnit implicerer historisk skiftende problemdefinitioner forskellige årsagsforklaringer af de sociale og psykiatriske problemer, forskydninger i forholdet mellem voluntaristiske og deterministiske menneskesyn, samt rokader i forholdet mellem ansvar og skyld. Disse historisk skiftende sammenhænge har ligeledes medført at det i bestemte tidsepoker bliver meningsfuldt dels at lade sine børn diagnosticere, men ligeledes meningsfuldt for den enkelte at lade sig diagnosticere, og måske endda medicinere, da dette muliggør nye anerkendte subjektiveringsformer. Det bliver hermed muligt for de pårørende at fralægge sig ansvaret og skylden for barnets lidelse eller afvigende adfærd og, som vi skal se i

det følgende, ligeledes muligt for brugerne at skabe en form for mening med den afvigende adfærd eller de uoverskuelige problemer de oplever. Inden for et governmentality-perspektiv vil en sådan subjektivering kunne defineres som:

”en realisering af sig selv som et moralsk ansvarligt handlende individ inden for den neoliberale velfærdsstats samfundsorden” (Hansen i Bryderup 2011:86).

I det følgende lægges der vægt på hvorledes den institutionelle praksis i mødet med Den Anden afspejler de historisk set skiftende og komplekse sammenhænge og ontologiske modeller om den socialpsykiatriske og psykiatriske målgruppe, samt modsatrettede tendenser, hvad angår forholdet mellem individualisering og diagnosticering (Bryderup 2011:271). Den analytiske distinktion mellem de præsenterede ontologiske modeller i det sociale og psykiatriske arbejde præsenteres efterfølgende som analytisk blik.

I den konkrete psykiatriske praksis kan et ’overflade’-perspektiv, med et blik for fremtrædelsesformer og symptombilleder, i mødet med unge piger på 11-14 år der udviser skizofrenisymptomer se således ud som det beskrives på den Børne og Ungdomspsykiatriske afdeling:

*Ansæt BUC:* Vi har afsindigt mange piger mellem 11,12,13 og 14år som kommer her og siger at de hører stemmer og det er jo et skizofrenisymptom. Når jeg så ser dem så kan jeg se at de ikke er noget der minder om skizofrene og det er jo sådan set dejligt. Det er blevet noget man siger, at man hører stemmer og det er en måde at få lidt opmærksomhed på og forstå sig selv på. Jeg ved ikke hvordan jeg skal forklare det, men jeg kan jo se på de piger at de er jo ikke skizofrene, men kommer de nu ud i de forkerte hænder, hvilket jeg også siger til dem at det er simpelthen en farlig leg du leger der, for de kunne lige så godt have blevet mødt med en der sidder med sit afrydsningskema; høre stemmer, ja, har gjort det i tre uger, ja, vum vum vum og så er det en psykiatrisk behandling jo . Der har jeg set temmelig mange piger komme ind fine og slanke og så kommer de ud og vejer 90kilo fordi de er fyldt med medicin som øger deres appetit, og det er svært at komme ud af igen.

*I:* På hvilken måde mener du at det er svært at komme ud af igen?

*Ansæt BUC:* Jamen hvis man først kommer ind i sådan en psykiatريفorståelse af sig selv... der bygger sig jo noget op omkring det man bliver mødt og forstået med, og jo længere man kommer ud i det der med at man måske ikke rigtigt hørte stemmer i starten, men man har sagt det så mange gange og man kan måske begynde at blive i tvivl selv. Det er i hvert fald rigtig svært at trække i land med



dem man har sagt det til og så får man at vide, at du kan slet ikke leve uden din medicin og du bliver meget syg hvis du holder op med at tage din medicin. Der skal virkelig hårdt på brystet for at komme ud af det igen. Det er simpelthen så vedligeholdende på en eller anden mærkelig måde (Psykiatrisk speciallæge BUC)

Det ovenstående eksempel beskriver hvorledes piger i 11-14 års-alderen, altså i den tidlige pupertetsperiode, i visse tilfælde simulerer psykiatiske symptomer for at opnå noget andet. Interviewuddraget kan læses som udtryk for hvordan problemdefinitioner og diagnoser har forskellige funktioner. For de unge piger kan tilgangen til en diagnose og en kategori som 'syg' være væsentlig af flere grunde. Langager og Sand Jørgensen (2011) beskriver hvorledes en diagnose først og fremmest giver adgang til en social rolle som 'syg', der både udløser pligter, rettigheder og bestemte identitets- og rolleforventninger:

At få stillet en diagnose ændrer omverdenens syn på årsager til personens adfærd og væremåder; det giver en forklaring, der skaber en ny forståelse for personens problemer og suspenderer en "rå" selvansvarstilskrivelse. Og den forventes at udløse privilegier i form af særlig opmærksomhed og behandlingsgarantier på linje med dem der gælder i forhold til somatiske sygdomme (Langager og Sand Jørgensen 2011:34).

Hertil kommer, som Ekeland (2003) definerer det, en symbolsk legitimering og ret til at 'lide' i samfundets øjne, en ret til ikke at leve op til de samfundsmæssige rolle- og præstationsforventninger som etableres i det moderne samfund:

For mange som er "sjuk" er det lettare å seie kva ein har og lid av, enn å forklare at livet er vondt eller meningslaust (Ekeland 2003:62).

Disse uerkendte mekanismer kan ikke opfanges ved brug af diagnostiske tests, som anvendes til at observere symptomer og relatere disse til kategorierne i de diagnostiske manualer som den ansatte beskriver:

"..det er simpelthen en farlig leg du leger der, for de kunne lige så godt have blevet mødt med en der sidder med sit afkrydsningsskema; høre stemmer, ja, har gjort det i tre uger, ja, vum vum vum og så er det en psykiatrisk behandling jo" (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Der er især to interessante forhold i forbindelse med den psykiatriske speciallæges udtalelse. Det ene vedrører kvaliteten af de diagnostiske kategorier som kan vurderes ud fra to velkendte

metodekrav: realibilitet og validitet. Reliabiliteten omhandler det omfang at forskellige psykiatere ved hjælp af samme data vil nå frem til samme konklusion eller diagnose i mødet med Den Anden. Som eksemplet viser, og som ligeledes er et centralt opmærksomhedspunkt fra Danske Regioner (2010, 2011), så implicerer diagnosticeringen en grad af subjektiv vurdering, der kan lede til det Danske Regioner betegner som uforklarlige forskelle i diagnosefordelingen på tværs af landets Børne- og Ungdomspsykiatriske afdelinger:

Psykiatrien står overfor en række store udfordringer de kommende år. For det første kan der på tværs af landet konstateres uforklarlige forskelle i diagnostik, ligesom der mangler retningslinjer for behandlingen af de enkelte diagnoser (Danske Regioner 2011).

Mens Danske Regioners opmærksomhedspunkt vedrørende de, store diagnostiske forskelle på tværs af landets regioner relaterer sig til en målsætning om at øge den diagnostiske reliabilitet gennem en styrkelse af de diagnostiske kompetencer hos de fagprofessionelle, så relaterer de fagprofessionelle forskelle, som de kom til udtryk i praksis, sig til forskellige antagelser vedrørende problemdefinitionernes validitet. De faglige forskelle kan således i mit datamateriale relateres til divergerende faglige og professionelle vurderinger og betragtninger om problemets ontologi, hvor transfaktiske forhold, sammenhænge og mekanismer i den psykiatriske udredningspraksis i visse eksempler tillægges større betydning for problemdefinitionen, udredningen og diagnosticeringen, end symptomerne i sig selv.

Et andet interessant forhold i forlængelse af ovenstående eksempel er således klassifikationssystemernes fokus på at sikre høj reliabilitet, som et fravær af en grundlagsteoretisk refleksion omkring hvad det man ønsker at klassificere *er* og hvad den mest relevante behandling set i lyset heraf burde være, samt et fravær af metateoretiske refleksioner der vedrører vores erkendelse af verden, samt validiteten af de eksisterende problemdefinitionsprocesser. Som det fremgik af foregående delanalyse, har den videnskabelige aktivitet fra 1980 drejet sig om spørgsmålet om de videnskabelige kategoriers reliabilitet, og den videnskabelige legitimitet har, afledt heraf, beskæftiget sig med de tekniske udfordringer som reliabilitetsspørgsmålet repræsenterer. Men som det ovenstående eksempel illustrerede, så siger høj reliabilitet intet om validiteten af de konstruerede kategorier. Det jeg har lagt vægt på er grænserne for den diagnostiske vidensproduktion, hvilken ontologi om mennesket der etableres, samt hvilken viden der udelades. Og spørgsmålet er om det er nødvendigt at kritisere andre forskningstraditioner, på deres egne præmisser for at beskæftige

sig med det videnskabelige videnshul der fremtræder og som ikke blot kendetegner diagnostiseringen, men ligeledes evidensproduktionen, såvel som rækken af andre styringsteknologiske løsninger i form af psykoedukative praksisser, funktionsevnevurderinger og motiverende samtaler i den sociale og psykiatriske praksis; nemlig at alle disse tiltag eller styringsteknologiske løsninger implicerer en bestemt ontologi om det sociale eller psykiatriske problem, og at resultaterne, såvel som den praksis der udledes af disse løsninger, ikke kan blive bedre end kvaliteten af de grund- og gyldighedsforhold de baseres på.

## **Subjektivering**

For at vende tilbage til eksemplet med de unge piger der simulerer at have skizofrenisymptomer, er det interessant hvordan det i afsnittet om 'at kategorisere problemet', blev tydeligt hvorledes det, i forbindelse med udredning og diagnosticering, er kategoriseringen af det der defineres som 'de objektive' aspekter af bevidstheden der ligger til grund for klassificeringen (Rosenbaum 2004). Det blev ligeledes gennemgået hvorledes en kompleksitetsreduktion er nødvendig for at foretage denne klassifikation. Noget reduceres bort fra vores erkendelse, som det fremgik af ovenstående eksempel, heriblandt store dele af 'det subjektive aspekt' ved pigernes psykiske fænomener. Som det beskrives i eksemplet er pigernes subjektive oplevelser ikke en del af den diagnostiske udredning, og pigerne kan således "opleve" at de hører stemmer, eller "føle sig forkerte", men følges retningslinierne for udredning og diagnosticering, som de er beskrevet i de diagnostiske manualer bliver denne subjektive oplevelse omdannet 'på overfladen' som objektive tegn på tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, eller positive psykotiske symptomer, som det blev beskrevet af den psykiatriske speciallæge på BUC:

"for de kunne lige så godt være blevet mødt med en der sidder med sit afrydsningsskema; høre stemmer, ja, har gjort det i tre uger, ja, vum vum vum og så er det en psykiatrisk behandling jo" (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Som det ligeledes fremgår af citatet, såvel som af de eksisterende referenceprogrammer (Referenceprogram for ADHD 2008), fungerer indkredsningen af problemet qua de diagnostiske manualer retningsanvisende for de følgende indsatser. Som ovenstående interviewuddrag indikerede, vil et typisk forløb for ny-diagnosticerede inden for det

skizofrene spektrum oftest, foruden medicinsk behandling, implicere psykoedukative og kognitive indsatser, hvor det er muligt at engagere pigerne i en forståelse for hjernen og dens mekanismer og dermed ligeledes engagere pigerne i behandlingen som sådan. Følgende eksempel er fra den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling, hvor jeg beder personalet komme med et eksempel på hvad psykoedukation er, eller kunne være i en konkret sammenhæng:

”Tanken er jo, at man viser hende et billede af hjernens strukturer og viser hende hvorfor hun har de symptomer, og viser hende hvad hun selv kan gøre. Tanken er at det kan være en stor hjælp for en patient med en række psykotiske symptomer” (Sygeplejerske BUC).

Pigen involveres, som det beskrives i ovenstående citat, i en objektiv forståelse af hjernen og dens mekanismer. Hermed leves op til de styringspolitiske diskurser og idealer om medinddragelse, brugerinvolvering, aktiv selvstyring og fremadrettet mestring af egen ’sygdom’. Adfærdstræning og psykoedukation hvor man bestræber sig på at få patienterne til at forstå og tage ansvar for de impulser der styrer deres adfærd, kan i denne sammenhæng betragtes som en mulig interventions- og behandlingsform, hvor det ”at tage ansvar for de hjerner de er udstyret med, og agere derefter” som Rose beskriver det, har manifesteret sig som en ny form for ’hjerne-ansvarlighed’:

Vi har alle et ansvar for at forstå, hvordan vores hjerner påvirker os, og hvilke fremtidige muligheder og risici den rummer. Og ikke mindst ansvar for at handle derefter, og fortsætter senere: Det dybe selv bliver i en vis forstand fladt og usynligt med neurologien (Rose i Holm Pedersen: 2012)

Samtidig fortæller ovenstående beskrivelse fra den psykiatriske praksis mig, at man ved at tage udgangspunkt i psykiatriens (impersonale) forståelse for hjernen og dens sammensætning og de processer og problemhorisont som de diagnostiske manualer udstikker, ikke opnår en dybere erkendelse af symptomernes substantielle grundindhold, og der etableres således ikke et blik for hvorvidt forskellige kausalitetforhold kan muliggøre eller producere ens symptombilleder, eller det modsatte: at samme ætiologi, eller kausalitetsforhold, vil muliggøre ens symptombilleder, som jeg vil komme ind på i det følgende. Rosenbaum beskriver i den forbindelse hvorledes tredje-personale svar på førstepersonale spørgsmål, som fremkom i interviewuddraget, ligeledes kan genkendes fra den ”medikamentelle dialog”

(Rosenbaum & Sonne 1979). I denne bliver medicinen ”svaret” på patientens subjektive smerte og Rosenbaum beskriver hvorledes disse objektive observationer og deduktioner ubetinget har bragt videnskaben videre, men der er, som Rosenbaum pointerer

fortsat behov for at genoverveje, hvorledes de skal suppleres med – og måske funderes i (!) – et første personelt perspektiv (Rosenbaum 2004:66).

Eksemplet med pigerne der udviser skizofrenisymptomer indskrives sig selvfølgelig i den før beskrevne udvikling hvor der ses rokader i spørgsmål om skyld, ansvar og moralske handlinger, samt i hvilke legitime subjektpositioner der etableres på dette tidspunkt i historien, men eksemplet siger også noget mere generelt om rækkevidden af ontologiske modeller i det sociale og psykiatriske arbejde.

I eksemplet er der, som jeg ser det, intet, ud over et engageret og visionært personale på den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling jeg besøgte, som kan filtrere disse piger fra, inden de ryger ind i et traditionelt psykiatrisk behandlingsforløb, hvor barnet eller den unge kan tage den medicinske diagnose til sig som en realitet der, som den psykiatriske speciallæge definerede det, etablerer en bestemt psykiatريفorståelse, der kan fungere vedligeholdende i forhold til barnets eller den unges videre identitetsarbejde og selvforståelse.

Dette er blevet pointeret i efterhånden utallige sammenhænge, ligeledes inden for det socialpædagogiske felt, hvor Inge Bryderup skriver:

Barnet kan tage den medicinske diagnose til sig som en realitet, og det kan lægge kimen til en ekskluderet selvforståelse og identitet (Skovlund 2011), der kan understøttes af reaktioner fra såvel forældre som (social)pædagoger. Børn med diagnoser er ofte segregerede for livstid, og socialpædagogikken kan blive reduceret til at medvirke til at lære børnene at **leve** med dette faktum (Bryderup 2011:272),

og endvidere af Ekeland inden for det psykologiske og psykiatriske felt:

Å diagnostisere den andre si atferd, tankar og kjensler er derimot noko heilt anna. Det er å diagnosticere det som gjer den andre til ein person – ein objektiviserer den andre sin subjektivitet. Dette er samtidig kommunikasjon – ein kommunikasjon som i prinsippet kan forme det den kommuniserer om fordi den er input både til personen si sjølvfortolkning og omgjevnaden si fortolkning. Diagnosar av andres subjektivitet er difor i prinsippet alltid formative (Ekeland 2003:63) Som praktisk handling dreier diagnostisering seg om eit sett av kognitive operasjonar etter ein viss logikk: å tolke teikn (symptom) for deretter å

tolordne desse teikna i ein viss kategori, aktiviserer kunnskap om denne kategorien som utløyser handlingar og føretrakte tiltak (Ekeland 2003:57).

Jeg vil igen vende tilbage til foregående Figur 9, der skitserer forskellige former for ontologi i den sociale og psykiatriske praksis. Med en post-ontologisk opfattelse af mennesket, livet og i dette tilfælde pigernes symptombilleder, eksisterer ingen fælles psykiatrisk udredningspraksis der kan inddrage dybere strukturer, sammenhænge eller relationer, som kan placere pigernes skizofrenisymptomer i en anden meningshorisont end den, af klassifikationssystemerne (eller funktionsevnebeskrivelsernes), udstukne. Som det fremgik af den tidligere analyse af funktionsevnevurderingerne som arbejdsredskab i de psykosociale rehabiliteringstilbud, anvendes funktionsniveauskalaerne som indikation på hvorvidt en person er kommet sig eller ej. Man er hermed primært interesseret i at fjerne symptomerne, og det er overvejende 'klienten eller patienten' der skal gøres noget ved. Der er således ikke etableret et styringsteknologisk, administrativt, eller praksisorienteret begrebsapparat eller praksis der muliggør en forståelse for, eller italesættelse af, pigernes symptombilleders videre sammenhæng med samfundsmæssige og sociale baggrundsvARIABLE, samt biologiske og psykologiske mekanismer og dybdestrukturer, der kan fungere retningsanvisende for pigernes videre kontakt med behandlingssystemet, eller som kunne etablere en forståelse for, og indsats rettet mod, de bredere kontekstuelle meningssammenhænge og udviklingstendenser der kan have medvirket til en, for pigerne, attraktiv symbolsk betydningsfastlæggelse af rollen som skizofren (Ekeland 2003), eller som har etableret de sociale mulighedsbetingelser for diagnosens samfundsrolle (Petersen 2007), eller etableret bestemte strukturelle betingelser og (for pigerne måske uoverskuelige) moralske og normative krav til menneskets rolle som succesfuld samfundsborger (listen er ikke udtømmende).

Der etableres således ikke et blik for hvorvidt forskellige kausalitetforhold kan muliggøre eller producere ens symptombilleder, eller det modsatte: at samme ætiologi eller kausalitetsforhold vil muliggøre ens symptombilleder.

When psychiatrists use a system based upon a checklist of symptoms, disorders that are etiologically related will be viewed as different (Levine and Fink 2006:406).

En mere kompleks kausalitetsforståelse vil implicere et andet ontologisk menneskesyn og en anden epistemologisk iagttagelse af pigernes psykiatriske symptombilleder end de

empiristiske klassifikationssystemer som behandlingsanvisning på nuværende tidspunkt etablerer. Men når det 'meningsløse', som Ekeland (2003) definerer det, handler om komplicerede forhold og relationer mellem mennesker, bliver diagnoser at foretrække fordi det fritager de sindslidende, familien og omgivelserne for at være implicerede, de letter kommunikationen, og etablerer kategorier der kan fungere teknisk og metodologisk i forhold til de øgede behov for at sikre viden om hvilke interventioner og indsatser der virker i den sociale og psykiatriske praksis. Spørgsmålet er i forlængelse heraf hvorvidt fordelene hermed kan anvendes på en måde så dette vidensgrundlag ikke tilslører og videreformidler en grundlæggende sammenblanding af sociale, psykologiske, sociale og samfundsmæssige mekanismer og sammenhænge der, som Høgsbro skriver:

kan videreformidle den totalitet af rolleforventninger, som fastholder samspillets struktur bag om ryggen på de involverede (Høgsbro 2004:48).

Et centralt aspekt der kan udledes af ovenstående eksempel er at en forståelse for mennesket som et handlende reflektivt subjekt er central. Pigerne der i foregående eksempel udviste skizofrenisymptomer har intentioner med deres handlinger, bevidst eller ubevidst, og de tildeler fænomener en mening, og viden om disse forhold opleves ikke som en del af den etablerede diagnostiske praksis.

Ved ikke at udvikle en kontinuerlig forsknings- og praksisnær interesse i at begrebsudvikle, forstå og forklare *hvorfor* pigerne udviser disse symptombilleder, så udvikles heller ikke viden der kan være retningsanvisende og facilitere praktikernes forskellige betydningsfastlæggelser og ontologiske opfattelser i mødet med Den Anden. Samtidig har definitionen af et problem betydning for hvordan man i praksis hjælper, som den psykiatriske speciallæge beskrev den institutionelle praksis på baggrund af diagnosesystemernes problemdefinitioner og udstukne problemhorisont. Pigerne intentionelle handlingsmotive, må derfor betragtes som årsager, der har gjort det observerbare symptombillede (X) muligt. Pigerne intentionelle handlingsmotive kan således behandles som tendenser, der fremkommer i komplekse åbne systemer, hvor samvirkende mekanismer har muliggjort eller produceret dette fænomen. X er således, i denne sammenhæng, pigerne skizofrenisymptomer, og for at vende tilbage til de opstillede transfaktiske spørgsmål, så etableres faglige forskelle i udrednings- og diagnosticeringspraksis, når personalet

iværksætter en praksis med henblik på at forstå mening og betydning hos det handlende individ, og hermed pigernes intentionelle handlingsmotive. Disse forhold kan opstilles som et spørgsmål:

#### Eksempel 1

- Hvilke vilkår, forhold og sammenhænge eksisterer, for at X kan være hvad X er?, eller:
- Hvad gør X mulig?

Slutningsformen er retroduktiv, som det er blevet præsenteret løbende gennem afhandlingens del 2. I mødet med pigerne, såvel som i forskningen, vil den analytiske bevægelse være en bevægelse fra overfladen, her: hændelsen på det empiriske niveau: pigernes skizofrenisymptomer, og via transfaktisk argumentation til en forståelse og forklaring af fænomenet 'i dybden'. En ontologisk stratificeret forståelse for problemet vil således i dette eksempel medføre et fokus på de dele af virkeligheden som formår at kaste lys over de mekanismer der har muliggjort, produceret, eller givet mening til fænomenet, og der tages højde for en kontinuerlig forandring af det analyserede fænomen hvor nye emergente kræfter og mekanismer kontinuerligt udvikles og skaber nye symptombilleder og fremtrædelsesformer (Danermark et al. 2007:300). Det er her væsentligt at pointere at X er det symptombillede pigerne udviser. X er således ikke, i dette tilfælde, udtryk for en essentiel sygdomstilstand hvis generative mekanismer skal afdækkes. X er derimod et øjebliksbillede, et socialt problem, eller psykiatriske symptomer, der kan være udtryk for, eller en reaktion på noget andet – dette 'andet' er de vilkår, meningssammenhænge og mekanismer som har muliggjort eller produceret symptomerne, og det er en forståelse for disse sammenhænge som betragtes som væsentlige for at støtte menneskets fremtidige recovery inden for et dybdeontologisk menneske- og helhedssyn. Det der adskiller de præsenterede ontologiske modeller er således hvorvidt vi skal interessere os for hvad disse sammenhænge er, og om vi netop ved at skaffe os viden om disse sammenhænge kan møde Den Anden i øjenhøjde og forstå pigernes hensigt og handlingsmotive som andet end et tegn på sygdom.

I mine samtaler med brugere og ansatte blev en sådan alternativ problemhorisont italesat som en tilgang der erstatter 'øjet med øret', og dermed det den psykiatriske speciallæge definerede som en tilbagevenden til en ide om at man ved at tale med barnet og de pårørende etablerer en bevægelse 'i dybden', hvor muligheden for at ætiologisk relaterede, men dog divergerende



symptombilleder, eller ætiologisk forskellige, men ens symptombilleder, kategoriseres som komplekse fænomener der (måske) kræver anden terapeutisk indsats, eller et socialt hjælpesystem der behandler fænomenet i sammenhæng med den kontekst og omverden og de samfundsmæssige strukturer problemet fremtræder i. 'Talens funktion' bliver hermed et væsentligt aspekt i det jeg tidligere betegnede som en multikausal, forklaringspluralistisk problemforståelse der, som den psykiatriske speciallæge i ovenstående citat definerer det, tegner *en anden tilgang til faget end det ser ud lige nu* (Psykiatrisk speciallæge BUC).

## Talens funktion

Ved at rette opmærksomheden mod talens funktion i interaktionen med Den Anden bliver et spørgsmål, hvorvidt talen tager form som en fænomenologisk motiverende samtale med henblik på at afdække brugerens aktive deltagelse i formuleringen af motivation, ønsker og selvansvarlighed, der kan relateres til det der i det følgende defineres som et post-ontologisk menneske- og helhedssyn, der de senere år i stigende grad har fået en central plads i det psykiatriske og sociale hjælpesystem.

I første omgang kikkedes på talens funktion i den specialiserede socialpsykiatriske praksis og resultaterne af denne del analyse relateres efterfølgende til ovenstående eksempel fra den børne- og ungdoms psykiatriske afdeling. Talens fremtrædende funktion kom til udtryk i flere sammenhænge i praksis, blandt andet i form af kvalitetsmedarbejderens forventninger til kvalitetsarbejdet:

"Beskrivelsen af de unges funktionsniveau er blevet større, der er kommet nye standarder ind, og man får øje på nogle nye eller andre ting gennem den her systematiske afdækning, og man afdækker brugernes **ønsker** om brugerinddragelse, og derigennem får man et tydeligere billede af den unges evner" (Kvalitetsmedarbejder Socialpsykiatrisk institution 2).

Og som det beskrives i den specialiserede socialpsykiatri:

Hvis jeg skal beskrive det væsentligste i vores arbejde er det motivation, motivation, motivation. Det er **beboeren der skal være motiveret for at arbejde med sig selv** (Adelingsleder bostøtten socialpsykiatrisk institution 1),  
Beskrivelsen af de unges funktionsniveau er blevet større, der er kommet nye standarder ind, og man får øje på nogle nye eller andre ting gennem den her systematiske afdækning, og man afdækker brugernes **ønsker om**

**brugerinddragelse**, og derigennem får man et tydeligere billede af den unges evner. Vi bruger de 7 områder i SIP - hvor vi spørger ind til beboerens håb og ønsker - så laver vi en sammenfatning (Fokusgruppe socialpsykiatrisk institution 1)

Udredningen er starten på den individuelle plan - og beboernes egne ønsker, som er vigtige at have med, for at de skal være motiverede - - altså vi har stor frihed - ingen pådutter os det ene eller det andet - der har vi metodefrihed og det blander bestillerne sig heller ikke i - det er **resultatet** der er det væsentlige **og ønskerne** - i udredningen gør vi meget ud af at spørge beboerne om hvad de gerne vil her på (socialpsykiatrisk institution 1)

og så laver vi en fælles deal omkring at det er det her vi arbejder med - og så kan beboeren komme med indvendinger - den individuelle plan er en af standarderne og er ført ind i vores IT-system (Fokusgruppe interview socialpsykiatrisk institution 1).

Der eksisterer således en videnskabelig, styringsteknologisk og praktisk forskel på hvorvidt talens funktion i mødet og interaktionen med Den Anden primært fungerer som fænomenologisk diagnostisk udredning af symptomer og afdækning af *fremadrettede* mekanismer i form af individuelle interesser, motivation og ønsker til fremtiden. Hvor talen og dialogen med Den Anden udføres med henblik på at afdække Den Andens funktionsniveau og optimere Den Andens egen handlekraft i forhold til fremadrettet symptomstring og behandling indenfor den udstukne problemhorisont. Anvendes talen derimod til at afdække Den Andens historie, egenoplevelse og forståelse for de sociale relationer, sammenhænge og mekanismer, der har muliggjort og givet mening til personens symptombilleder, som en eventuel blanding af sociale, samfundsmæssige, psykologiske og biologiske karakteristika, får talen en anden funktion, hvis primære mål er at udvide og nuancere vores erkendelse og forståelse for tidligere uerkendte sammenhænge mellem samfundsmæssige og sociale baggrundsvARIABLE, biologiske og intrapsykologiske mekanismer, dybdestrukturer og samfundsmæssige transformationsprocesser, eller en tids-, steds-, situations- og identitetsoplevelse (Rosenbaum 2004b) der kan have medvirket til Den Andens lidelse, sygdom, eller til en, for pigerne, attraktiv symbolsk betydningsfastlæggelse af rollen som skizofren. Hermed udformes en anden form for hensigt med dialogen med Den Anden og anden form for tale end den der, som Barbara Cruikshank (1999:87) formulerer det, primært retter sig mod 'selvets orden' og ikke 'samfundets orden'.

I det socialpsykiatriske arbejde synes 'talens funktion' og hensigten med dialogen med Den Anden primært at være rettet mod at intervenere på en måde hvor Den Andens interesser, motivation og ønsker for fremtiden afdækkes med henblik på at konstruere vedkommende som et viljesfyldt og motiveret subjekt. Der lægges hermed vægt på at beboeren skal betragte sig selv som værende i besiddelse af handlemuligheder og valgmuligheder. Fastholdelse af beboerens motivation for at nå de fastsatte mål beskrives som en væsentlig del af de ansattes arbejdsopgaver, som det beskrives af afdelingslederen i Bostøtten, socialpsykiatrisk institution 2:

"Hvis jeg skal beskrive det væsentligste i vores arbejde er det motivation, motivation, motivation. Det er **beboeren der skal være motiveret for at arbejde med sig selv**" (Afdelingsleder bostøtten socialpsykiatrisk institution 1).

Som det videre formuleres:

"det er **resultatet** der er det væsentlige **og ønskerne**" (Ansæt socialpsykiatrisk institution 1).

En gennemgribende fremgangsmåde er her en form for tale hvor psykiatri- eller socialarbejderen, gennem talen, skal skabe overensstemmelse mellem beboerens eller patientens ønsker, systemets muligheder og samfundets behov. Der fremtræder hermed en grundlæggende forskel på hvorvidt talens funktion kan henledes til det at kommunikere med hinanden, med henblik på at skabe 'forståelse for den Andens forståelse' og hermed fremtræder som en 'kommunikationsteknologi', eller om talen anvendes til at lede os selv og hinanden og dermed tager form som en 'ledelsesteknologi' inden for bestemte styringsrationaler og logikker.

Med de motiverende samtaler som fremtrådte på de specialiserede socialpsykiatriske botilbud, fremtræder beboerens motivation som et centralt styringsproblem, og den tidligere præsenterede udfordring består i at skabe sammenhæng mellem beboerens erkendelse og fremtidige handlen, hvor problemer søges løst gennem bestemte selvpraksisser. Målet er hermed at skabe en løsning på den ofte manglende sammenhæng mellem styringspolitiske, pædagogiske eller psykiatriske målsætninger og patientens, eller beboerens handlen.

Talens funktion i den aktuelle sociale og psykiatriske praksis kan dermed betragtes som en del af de tidligere præsenterede modsatrettede frigørelsesidealer, der i tiden fra 1980 og frem faldt

sammen og dannede en fælles kritik af magtens hierarkiske ledelsesformer, paternalisme og fagprofessionelle autoriteter (Rose 2004). I forlængelse heraf gyldiggøres den viden der opstår i mødet og interaktionen med Den Anden ikke med baggrund i en ekstern reference til socialvidenskabelige, sociologiske, psykologiske eller pædagogiske teorier, men med baggrund i Den Andens formulerede motivation og ønsker for fremtiden. Det væsentlige er her at patientens, eller beboerens, forestillinger og fremtidsvisioner formuleres af beboeren eller patienten selv, og at den professionelle indsats rettes mod at få beboeren eller patienten til at fremsige en sådan fremadrettet tale, hvor det først og fremmest er produktionen af disse ønsker og mulige 'fremtider' som talen rettes mod. Når først disse fremtidsønsker er italesat, indskrives de i de socialpsykiatriske handleplaner i form af delmål for den socialpsykiatriske indsats, og beboeren kan hermed opnå medejerskab, og bindes til sit eget udsagn. Det væsentlige er her at beboerens narrativ, talen, eller dialogen skal være fremadrettet og ikke bagudrettet, og samtidig skal talen være fremadrettet på en måde der er i overensstemmelse med systemets tilbud. Hermed anvendes talen som en "fremadrettet" intraorganisatorisk funktion, der skal forstås i sammenhæng med organisationernes interorganisatoriske virkelighed. Resultatdokumentation har, i denne sammenhæng, som følge af kommunernes overtagelse af myndighedsansvaret for den specialiserede socialpsykiatri (2007) samt nye krav til den kommunale økonomi og behov for effektiv ressourceudnyttelse, en betydelig og væsentlig funktion som reguleringsmekanisme i det psykiatriske interorganisatoriske felt, der influerer på organisationernes opmærksomhedspunkter og problemhorisonter.

Når talens funktion således er at konstruere konstruktive og fremadrettede ønsker i overensstemmelse med organisationens omverdenskrav og behov, er det fortsat væsentligt at udvide fokus fra de intraorganisatoriske interventionsmetoder og indsatser til også at inddrage organisationernes interorganisatoriske virkelighed. På trods af at talen ofte fremføres som vej til 'frisættelse', eller til at møde Den Anden i øjenhøjde og som vej til at 'myndiggøre' patienten, eller beboeren, så er talen i denne sammenhæng indlejret i diskurs og i organisationens specifikke omverdenskrav, og disse er væsentlige at medtænke i en samlet

forståelse for talens funktion (Rose 2000, Dean 1999)<sup>16</sup>. Det interessante er her hvilken betydning behovet for effektiv ressourceudnyttelse og opnåelse af fastsatte delmål i de personlige planer har for *talens funktion* i dialogen med Den Anden. Et middel til at opnå disse delmål blev beskrevet som værende rettet mod beboernes personlige motivationsarbejde, hvor dialogen med Den Anden antog en form hvor den primære hensigt var at afdække beboernes fremadrettede ønsker og interesser, der efterfølgende blev skrevet ned og ført ind i stedets It-System:

”den individuelle plan er en af standarderne og er ført ind i vores IT-system i overensstemmelse med standarderne i de Sociale Indikator Projekter (SIP) og Den Danske Kvalitets Model (DDKM)” (Ansats socialpsykiatrisk institution 1)

Arbejdet tog således form som en ny diskurs, der forsøger at styrke, eller gøre brug af, patienternes kapacitet til at handle. Som Rose og Miller beskriver:

Making people write things down, and the nature of the things people are made to write down is itself a kind of government of them, urging them to think about and note certain aspects of their activities according to certain norms (Rose og Miller 1992:200).

Der er to interessante forhold her, som er værd at nævne. Det ene er som Barbara Chruisach definerede det, et øget fokus på ”selvets orden” og ikke ”samfundets orden”, som ligeledes Niels Åkerstrøm Andersen (2003:74) kort formulerer det: ’Det er kun klientsiden der markeres i socialpolitikken iagttagelse’. Og som ligeledes fremført af Villadsen i flere sammenhænge:

Det sociale arbejdes mål er først og fremmest at forøge klientens evne til at foretage konstruktiv og fremadrettet selvrefleksion. ’Empowerment’ bliver i det sociale arbejde et spørgsmål om at styrke klientens evne til at overskride sin mentale fastlåsthed snarere end at frisætte klienten fra de sociale levevilkår og betingelser, som han er underlagt (Villadsen 2004:10).

---

<sup>16</sup> Rettes blikket mod de specialiserede socialpsykiatriske botilbuds omverdenskrav og vilkår, har markedsvilkårenes indtog medført, at de specialiserede institutioner må genoverveje deres kerneydelser, og de intraorganisatoriske redskaber, herunder dokumentations-, mål- og resultatstyring, fungerer i sammenhæng med et øget behov for at styre nye decentrale enheder på nye måder. Styringen i det psykiatriske felt kan således inddeles i to hovedkategorier der udgøres af henholdsvis organisations- og markedsorienterede styringsredskaber, der er hinandens forudsætning og etablerer komplekse koblinger mellem viden, styring og praksis, eller som jeg har beskrevet i de foregående afsnit: som en kobling mellem handlings- og præstationsteknologier.

Det andet forhold, som især er interessant i forhold til denne undersøgelses fokus er hvorledes en bestemt viden og en bestemt ontologi om det sociale eller psykiatriske problem fremtræder i disse praksisser. Det er ikke en ”forståelse for den andens forståelse” (Habermas 1996), og det er ikke menneskets livs- og lidelseshistorie, eller viden om det substantielle grundindhold i beboerens situation, der er relevant i dialogen med Den Anden, som det beskrives i den specialiserede socialpsykiatri. Og viden om hvilket konkret samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale forhold der udgør det substantielle grundindhold i lidelsen eller den konkrete funktionsnedsættelse kan umiddelbart lægges væk når indsatsen rettes mod beboerens motivation og vilje til fremadrettet at gøre noget ved problemerne. Dette forhold betyder ikke at det socialpsykiatriske motivationsarbejde er dårligt, eller ikke er meningsfuldt, men derimod at der kan observeres en interessant transformation og sammenhæng mellem problemdefinitioners kontingens, hjælpens funktion og udformning og den samfundsmæssige transformationsproces og styringsteknologiske og videnskabelige udvikling. Udviklingen af socialpsykiatri som videnskab synes dermed at tage form som en praktisk videnskab, der opnår sandhed og anerkendelse gennem teknikernes anvendelighed i et konkret samfundsprojekt, i dette eksempel: behovet for at etablere sociale støtteforanstaltninger der på mest effektiv vis formår at tage hånd om resterne af det psykiatriske fænomen som ligger uden for hospitalspsykiatriens opgavevaretagelse, og på mest effektive vis formår at (gen)etablere borgeren som et funktionelt og eventuelt arbejdsdueligt subjekt. Der ses således en ny diskursiv formation i form af nye institutioner, teknologier og praksisser som, i denne periode, producerer og reproducerer nye vilkår for begrebsdannelse og praksis.

Talens funktion som en form for kobling til det enkelte menneskes historie og liv i mødet med Den Anden udelades således i højere grad i denne proces som det beskrives af afdelingslederen i den specialiserede socialpsykiatri:

”Vi har tidligere arbejdet med livshistorie, men i dag er grundvilkårene ikke til det. Vi kigger lidt på livshistorien ud fra en meget simpel model såsom alder, hvad gik der forud for at du fik det dårligt. Baggrund og livshistorie kan være en aha-oplevelse eksempelvis i forhold til stemmehøring, hvor brugerne kan se at stemmerne begyndte at blive ondsksfulde i forbindelse med bestemte omstændigheder. Eller hvis man kigger på hvor mange gange personen har været udsat for svigt, så er det ikke så sært at vedkommende har svært ved at lave en tilknytning til os, eller til andre. Men efter vi sådan gik meget ind omkring de kognitive behandlingsformer, der er det jo også mere øhh altså her- og – nu, så går man ikke så meget tilbage og graver, fordi der er nogle rigtig gode redskaber i det

– og de kan slet ikke tåle at man begynder at rode rundt i deres fortid – de er så traumatiserede af de ting der er sket” (Socialpsykiatrisk institution 1).

Det er tilsyneladende blevet muligt at styre, intervenere og behandle i *nuet*, eller ’på overfladen’ og uden om det vidensproblem der, som Appel Nissen fremfører, eksisterer som følge af at vi ikke til fulde kender, eller kan få overblik over de ’mekanismer’ der fører til at sociale problemer opstår, stabiliseres eller løses (Appel Nissen og Møller 2006). Symptomer og funktionsnedsættelser der stammer fra ”sygdommen” kan således ikke adskilles fra symptomer der stammer fra livshistorie, kulturelt miljø og aktuel social rolle i behandlingssystemet (Høgsbro 2004), og viden om disse forhold synes at kunne tilsidesættes til fordel for en social og psykiatrisk indsats rettet mod beboernes evne til at foretage konstruktiv og fremadrettet selvrefleksion, selvstyring i retning af at opnå de fastsatte delmål i de personlige planer, som det ligeledes defineres af Høgsbro:

selvom det ville være afgørende for vores kliniske og praktiske indsats, om vi vidste, hvilket konkret samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale forhold der fremkaldte sindslidelsen, kan vi umiddelbart lægge denne problemstilling bag os, når vi diskuterer de sindslidendes forhold, efter at problemet er opstået (Høgsbro 2004:13).

### **Jamen giver det mening? Hvad siger brugerne?**

I det empiriske datamateriale fremkom begrebet meningsfuldhed som værende yderst centralt i mine samtaler med de sindslidende. I det følgende vil jeg derfor forholde mig til begreberne mening og meningsfuldhed og det kontradiktoriske begreb meningsløshed. I første omgang med udgangspunkt i brudstykker fra psykiatrirugernes fortællinger. Og i anden omgang gennem metateoretisk analyse af de vilkår for begrebsdannelse og praksis som etableres gennem de sociale og teknologiske bevægelers påvirkning af viden, videnskabelighed og forståelser for virkeligheden i den psykiatriske praksis.

Følgende eksempel er fra et socialpsykiatrisk bosted. Pigen jeg snakker med har boet på stedet siden 2006 og er på interviewtidspunktet 21 år. Pigen har således boet på det socialpsykiatriske botilbud siden hun var 16 år gammel.

*Beboer institution 2:* ”Jeg tror det er nødvendigt at snakke med nogen for at jeg kan komme videre og få det godt. Tidligere har jeg haft det sådan at jeg har haft en god barndom og nogle gode forældre og de er gymnasielærere og jeg har haft

en hest og hvad ved jeg, jeg har haft det fint og med tag og hovedet og vasket tøj og det er også bare min skyld og jeg er dum og hvorfor kan jeg ikke bare tage mig sammen. På den måde, så er jeg begyndt at kunne se at der måske har været nogle grunde til at jeg ikke har haft det så godt. Det tror jeg der er nødvendigt for at jeg kommer videre” (Beboer socialpsykiatrisk institution 2).

I interviewuddraget fremstår spørgsmålet om skyld som et centralt begreb. I interviewet etablerer pigen en distinktion mellem det at give sig selv skylden for sin situation, hvilket hun beskriver som en følelse af ”*at det er også bare min skyld og jeg er dum og hvorfor kan jeg ikke bare tage mig sammen*”, og det modsatte, defineret som en oplevelse af at hvis hun kan få styr på hvad der har gjort at hun har fået det dårligt, så er der måske nogle ting der begynder at give mening, og hun giver udtryk for at hun anser denne forståelse for betydningen af tidligere oplevelser og erfaringer for hendes personlighedsdannelse og de nuværende sociale og psykiatriske problemer hun har, som en mulig forudsætning for ’at komme videre’. Trods pigens udtalte ønske om at blive bedre til at tale om følelser og forstå sin situation, handlinger og adfærd, forbliver en eventuel forståelse for sammenhængen mellem tidligere oplevelser og erfaringer og hendes nuværende handlinger ukendt, og pigen giver udtryk for at en sådan sammenhæng mellem det ”tidligere og det senere”, mellem hendes fortid og hendes nuværende situation ikke nødvendigvis eksisterer fordi hendes familiemæssige forhold kunne betegnes som ’ordentlige’:

”for egentlig har jeg haft en fin barndom og det er ikke fordi jeg er blevet misbrugt eller fået bank eller at mine forældre har drukket. Det er ikke fordi der er noget at sætte en finger på hvad der er galt, jeg har bare haft det rigtig svært med mine forældre” (Beboer socialpsykiatrisk institution 2).

Forståelsen for pigens problemstillinger forbliver hermed i pigens egne beskrivelser i ’nuet’ og hun beskriver, i forlængelse heraf, en manglende forståelse for sit forhold til omverdenen, sit forhold til sin familie, og til sig selv, hvilket gør at hendes nuværende handlinger fremstår som uforståelige for hende selv. Blandt disse uforståelige handlinger beskriver pigen at hun i forbindelse med opholdet på den socialpsykiatriske institution har afskåret kontakten til sin mor og delvist sin far. En handling som hun beskriver således:

”Det har været mit valg (at afskære kontakten) og det er noget som jeg ikke helt har styr på endnu for egentlig har jeg haft en fin barndom og det er ikke fordi jeg er blevet misbrugt eller fået bank eller at mine forældre har drukket. Det er ikke fordi der er noget at sætte en finger på hvad der er galt, jeg har bare haft det rigtig svært med mine forældre” (Beboer socialpsykiatrisk institution 2).



Pigens manglende kontakt med moren samt delvist faren har ikke, som jeg ser det, lettet pigen, og hun beskriver især julen som *'ikke særlig festlig'*, men slutter sætningen af med: *men jeg er heller ikke den store fan af jul.*

Det jeg især hæftede mig ved i samtalen med pigen var den manglende sammenhæng i fortællingen mellem pigens fortid, nutid og fremtid. I nutiden har pigen mulighed for at handle, og vælger at afskære kontakten med forældrene, *ikke fordi der er noget at sætte en finger på, jeg har bare haft det svært med mine forældre*, men pigens handlinger bidrager ikke, som jeg ser det, til en mere sammenhængende selvforståelse for pigen selv, eller som vi skal se i det følgende, for de ansatte. Pigen har, som jeg ser det, ikke genfortolket eller genfortalt sin fortid på en måde hvor hun forstår sin situation i nutiden, og fremtiden fremstår tilsyneladende uklar for pigen. Og spørgsmålet er om man ved at overse pigens måske ubevidste handlingsmotiver, forholdet mellem person-situation, samt de sociale og kontekstuelle forholds betydning for pigens handlingsmuligheder og motiver, vil medføre at en måske væsentlig indsigt i symptomernes funktion for den enkelte i hans eller hendes måde at håndtere livets problemer på, overses.

### **Det er hemmeligheden der vedligeholder alle vanskelighederne**

I Galskabens Historie stiller Foucault spørgsmålet: Hvordan blev det muligt at favne galskaben med videnskaben? Foucault definerer hvorledes praksisformer skaber noget der hævdes at gå forud for praksissen. 'Indespærringen' hævdes at være indespærringen af det *gale* menneske, mens indespærringen samtidig er den praktik der konkretiserer den *gale*, for at kunne indespærre ham (Foucault 2003:103). Herefter omdøbes virkning til årsag; man indespærre den *gale*, for at støde ham fra sig, og siger at det er fordi han er udstødt at han er indespærret. Og som sidste element bliver den historisk frembragte virkning, der er omdøbt til årsag, yderligere omdøbt til ahistorisk natur (Foucault 2003:441-450).

Mediationen mellem galningen, som Foucault definerer det, som man perciperer, og 'sygdommen' eller 'problemet' som man analyserer og behandler, eller med andre ord; forbindelsen mellem galningen og galskaben, er væsentlig for at galskaben skal give mening for den *gale* og for at koblinger mellem fortid, nutid og fremtid kan etableres. Men hvordan

udvikles denne mediation? Som Foucault skriver, er 'galskaben' og 'galningen' fremmede over for hinanden: Deres respektive sandhed er tilbageholdt og ligesom konfiskeret i dem selv (Foucault 2003:222). Udvikles denne mediation ved at hævde at man udreder, diagnosticerer og behandler en person fordi han er gal? Ved at omdøbe virkningen til årsagen der skal behandles, og ved at omdøbe den historisk frembragte virkning, der er omdøbt til årsag, til en ahistorisk natur uden nogen kobling til det levede liv før 'den gale' blev 'gal'? (Foucault 2003 225-30).

I modsætning til den empiristiske drejning i de sociale og teknologiske løsninger i den psykiatriske praksis, som jeg i det ovenstående analyseafsnit definerede som et handlings- og tænkingskorrigerende 'overflade'-perspektiv i social og psykiatrisk praksis og styring, vil genstandsområdet for en social og psykiatrisk praksis, der søger at etablere en 'meningsdimension' i de sindslidendes fortællinger, antage en karakter af en dybere ontologisk forståelse for den menneskelige subjektivitet og væren i verden. Den centrale opgave for psykiatrien bliver hermed at *finde mening sammen med Den Anden*. Denne måde at arbejde på kan virke overvældende og truende, som Holmgren skriver:

fordi der ikke er noget færdigt svar, men en konstant skabelsesproces (Holmgren 2000:27).

Genstandsområdet kan således kun optræde i mødet med Den Anden, gennem dialog, hvor sproglige ytringer gøres til genstand for fortolkning og forståelse. Teoriudvikling, begrebsdannelse og praksis antager en central plads i denne praksis, idet mødet med Den Anden og de betydningsbærende begreber i dialogen ikke er observerbare fænomener, men intransitive mekanismer, der fungerer i en cirkulær proces med de observerbare handlings- og udtryksformer. Kontinuerlig begrebsudvikling, og etableringen af et dynamisk rum for begrebsdannelse og praksis, er således nødvendigt for at etablere en videnskab om subjektivitet der kan indeholde kontingensen i den individuelle betydningsfastlæggelse af mening, betydning og forståelse. Skal brugernes ytringer om mening, meningsfuldhed og meningstab tages alvorligt, og anses som en generativ mekanisme som i sig selv kan antages at påvirke sociale og psykiatriske problemstillinger og de observerbare handlings- og udtryksformer, samt udfaldet af det sociale- og psykiatriske arbejde, må man tilstræbe kontinuerlig begrebsudvikling hvor det er muligt at forstå subjektiviteten gennem perspektiver der har blik for dynamiske sammenhænge, udvikling, meningsfuldhed og helhedsforståelse.

Begrebsudviklingen må således antage en karakter der kan gribe en nuanceret og kompleks subjektivitet, og som konstant søger at udvikle nye begreber der formår at begribe udviklingen i sociale og psykologiske forhold og processer på nye måder, og som tillader at hidtil uerkendte sammenhænge erkendes (Holmgren 2000). Meningsfuldheden skal således etableres i en videnskabelig, såvel som praktisk, sammenhæng.

Og netop her opstår, som tidligere beskrevet, kontroverser i forhold til de empiriske videnskabers stræben efter målingspræcision og operationelt definerede kategorier og interventionsformer og påvisning af statistiske sammenhænge. I praksis udmøntes denne opfattelse som et standardiseringsprincip og et objektiviseringsprincip, der muliggør at bestemte symptomer kan behandles på samme måde uafhængigt af den person der er syg, eller henvender sig, eller henvises til, psykiatrien med et problem. Klassifikationssystemernes forestilling om kontekstuafhængig viden er samtidig retningsanvisende for praksis, i form af de psykiatriske referenceprogrammer, den evidensbaserede viden, den psykoedukative praksis, samt arbejdsdelingen i den specialiserede socialpsykiatri, som har været genstandsfeltet for denne analyse. Og det forventes at man ved at betragte den sindslidendes adfærd i sin umiddelbare fremtræden, på 'overfladen', eller i nu'et, frem for som symptom på bagvedliggende psykosociale mekanismer, kan etablere pålidelige problemdefinitioner, der kan fungere som retningsanvisende præstationsteknologiske resultatindikatorer for den fremtidige effektive praksis.

Samtidig eksisterer der en erkendelse af at forandringsprocesser ikke opstår af sig selv, og i den forbindelse er 'talens' funktion som ledelsesteknologi opstået på måder hvor beboerens og patientens motivation for at opnå bestemte 'selvformulerede' forandringsmål er trådt ind i regeringssfæren. Den psykiatriske og pædagogiske udfordring, der består i at skabe sammenhæng mellem beboerens erkendelse, ønsker, behov og fremtidige handlen og forandringsprocesser, søges hermed løst gennem bestemte selvpraksisser, der i overensstemmelse med klassifikationssystemernes kontekstuafhængige problemdefinitioner ikke gyldiggør den viden der opstår i mødet og interaktionen med Den Anden med baggrund i problemets 'intransitive' niveau, men derimod med baggrund i brugerens eller patientens formulerede motivation og ønsker for fremtiden. Hermed anvendes talen, som det tidligere blev beskrevet, som et styringsteknologisk redskab til at konstruere konstruktive og fremadrettede ønsker i overensstemmelse med organisationens omverdenskrav og behov. På

trods af at 'talen' således ofte fremføres som vej til 'frisættelse', eller til at møde Den Anden i øjenhøjde og som vej til at 'myndiggøre' patienten, eller beboeren, så er dialogen, som tidligere beskrevet, indlejret i organisationens specifikke omverdenskrav og disse kontekstuelle forhold er væsentlige at medtænke i en samlet forståelse for samspillet mellem præstations- og handlingsteknologiske styringspraksisser i det sociale og psykiatriske arbejde med sindslidende på dette tidspunkt i historien (Rose 1999;2006, Dean 1999).

Derimod opleves selve problemdefinitionen som værende uden for frontpersonales, patienters og beboeres erkendelsesmæssige rækkevidde. Samtidig indgår de diagnostiske klassifikationssystemer i et mere omfattende net af præstationsteknologiske løsningsmodeller, behov for standardiserede forløb, produktionen af evidensbaserede retningslinier for de sociale og psykiatriske interventionsformer samt den organisatoriske tilrettelæggelse af specialiserede forløb og interne arbejdsdeling.

Dialogen med de sindslidende synes således at tage form som en handlingsteknologisk strategi, hvor den professionelle indsats rettes mod at få beboeren eller patienten til at fremsige en form for fremadrettet og konstruktiv motivation for forandring, ønsker og mulige 'fremtider'. Samtalen er således ikke herredømmefri, men udgør i den her beskrevne form en styringsteknologi som inden for bestemte rammer strukturerer de talendes forhold til sig selv og til hinanden i forhold til de specifikke omverdenskrav der eksisterer, og inden for rammerne af de på forhånd fastsatte problemkategoriers betydningsfastlæggelse af problemernes substantielle grundindhold. Det interessante er hvorledes talen som styringsteknologi (og ikke kommunikationsteknologi) synes at være baseret på antagelser om menneskets autonomi. De handlings- og de præstationsteknologiske styringstiltag etablerer dermed en indre modsætning, i form af en dobbelt-iagttagelse af den sindslidende som på én gang unik (autonom og ansvarlig for egen helbredelse, eller recovery, gennem bestemte handlingsteknologiske tilgange) og universel (som tilhørende en bestemt gruppe af lidelser, hvor bestemte standardiserede forløb og viden om 'hvad der virker' for bestemte diagnosegrupper, fungerer retningsanvisende for hjælpens udformning). Grundproblemet i denne konstellation, som Karlsen og Villadsen (2007:26) nævner, er spørgsmålet om hvorledes individet kan gøres til autoritet for udsagn, som er blevet frembragt, filtreret og ordnet gennem diskursive tvangsprocedurer:

Grundproblemet vil fortsat være, hvordan individer bringes til at udsige selvansvarlige, fremtidsrettede og kvalificerede udsagn, og hvordan de gøres til autoriteter for disse (Karlsen og Villadsen 2007:26).

Det interessante er at teoretiske, ætiologiske, sociogenesiske antagelser eller forklaringer af den sindslidendes liv og historie ikke indgår i hverken kategoriseringen (diagnosen af problemet), eller i talen (som ledelsesteknologi) med den sindslidende. Det bliver hermed op til den sindslidende at skabe sin egen fortælling og ønsker for fremtiden, som en form for autentisk selvrealisering.

Der eksisterer således et frigørelsesideal i talens funktion, hvor grundideén synes at være, at talen fungerer frigørende, hvis den udtrykker det autonome individs ønsker og fremtidsvisioner, mens en modsatrettet form for tale, der beskæftiger sig med den sindslidendes fortid, beskrives som gammeldags og passé, og i visse tilfælde beskrives som værende direkte skadelig.

For at vende tilbage til eksemplet med pigen, så beskrives hendes situation af kontaktpersonen på det socialpsykiatriske botilbud hvor hun bor, således:

XXX (navn) kender ikke sin egen fortid. XX vil ikke kunne fortælle om det for der er så mange ting som hun ikke ved hvad er. Og nogle af dem, i hvert fald to af dem (i botilbuddet) har haft en barndom som de har fortrængt og det vil simpelthen sætte for mange følelser i gang hvis man stiller de forkerte spørgsmål (Ansæt socialpsykiatrisk institution 2).

Kontaktpersonens udtalelse er ikke enestående, og jeg har i flere sammenhænge mødt lignende udtalelser når jeg har spurgt ind til beboernes, eller patienternes, liv og historie, da dette som kontaktpersonen definerer det: *kan sætte for mange følelser i gang.*

Følgende citat er fra socialpsykiatrisk institution 1, og er blevet gengivet tidligere:

Vi har tidligere arbejdet med livshistorie, men i dag er grundvilkårene ikke til det. Vi kigger lidt på livshistorien ud fra en meget simpel model såsom alder, hvad gik der forud for at du fik det dårligt. Baggrund og livshistorie kan være en aha-oplevelse eksempelvis i forhold til stemmehøring, hvor brugerne kan se at stemmerne begyndte at blive ondskabsfulde i forbindelse med bestemte omstændigheder. Eller hvis man kigger på hvor mange gange personen har været udsat for svigt, så er det ikke så svært at vedkommende har svært ved at lave en tilknytning til os, eller til andre. Men efter vi sådan gik meget ind omkring de kognitive behandlingsformer, der er det jo også mere øhh altså her- og – nu, så går man ikke så meget tilbage og graver, fordi der er nogle rigtig gode redskaber i det

– og de kan slet ikke tåle at man begynder at rode rundt i deres fortid – de er så traumatiserede af de ting der er sket (Afdelingsleder i Bostøtten socialpsykiatrisk institution 1).

Dette forhold fik mig tidligt i forløbet til at overveje afhandlingens problemstilling. Var det overhovedet relevant at beskæftige sig med disse forhold? Var etableringen af en førstepersonel<sup>17</sup> forståelse for de sociale og psykiatriske problematikkers bio-psyko-sociale genese forladt som nødvendige iagttagelsesredskaber og behandlingsmetoder fordi disse ikke var gavnlige, eller måske direkte skadelige? Kan en sådan interesse for Den Andens fortid, sammenhænge og mekanismer der har ledt til mistriksel, dysfunktion eller sygdom, udelukkende fungere som en udvidelse af den sociale og psykiatriske videnskabelighed og erkendelse, og ikke som et anvendeligt vidensgrundlag i den sociale og psykiatriske praksis og interaktion med brugerne?

Kunne en sådan interesse i at ”forstå” i mødet med Den Anden, som det beskrives i flere sammenhænge, således være direkte skadelig for brugerne, som Chalmers formulerede det:

Because professionals sometimes do more harm than good when they intervene in the lives of other people, their policies and practices should be informed by rigorous, transparent, up-to-date evaluations (Chalmers 2003)

Eller var der tale om resultaterne af de senere års sociale og teknologiske bevægelser i såvel menneskesyn, erkendelsesteori og opfattelsen af hvilken viden der er anvendelig og relevant i praksis, der har medført et sådant tilsyneladende skift fra dybde til overflade i social og psykiatriske forskning, viden og praksis?

Netop som jeg synes at der begyndte at danne sig et mønster i måden hvorpå talen primært rettes mod subjektets nutid og fremtid, med begrundelsen om at:

---

<sup>17</sup> Med førstepersonel henvises bl.a. til det enkelte menneskes oplevelse af at være i verden, som det beskrives af den tidlige Foucault (1956) eller af Rosenbaum (Rosenbaum 2000, 2004) som menneskets intentioner og følelser der er knyttet til deres handlinger, samt oplevelsen af meningsfuldhed i sine erfaringer, som Rosenbaum beskriver det: *”Det første personale perspektiv udgår fra jeget, men jeget (som en del af bevidstheden) eksisterer ikke i et vakuum, men derimod kun i et intentionelt forhold til omverden, dvs i en rettet mod noget (personer, ting, situationer, forhold), der giver mening i selve den intentionelle akt”*

...”de kan slet ikke tåle at man begynder at rode rundt i deres fortid – de er så traumatiserede af de ting der er sket” (Afdelingsleder i Bostøtten Socialpsykiatrisk institution 1),

så mødte jeg den tidligere præsenterede Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling, der havde en anden tilgang og en helt anden forståelse for disse sammenhænge. Dette møde affødte flere ting, hvoraf det ene var et blik for diskontinuitet, anomalier (Kuhn 1962) eller interdiskursivitet defineret af Fairclough (1992, 1996), som de ’moddikurser’ der bryder med den gældende orden og netop etablerer et rum hvorfra forandring kan opstå. Det væsentlige er dog her, inden jeg bevæger mig for langt væk fra afsnittets fokus, at den pågældende børne- og ungdomspsykiatriske afdelings psykiatriske speciallæge forholdt sig til min undren over hvorledes indsigt, viden og væsentligt: dialog men Den Anden om dennes liv og historie, i visse tilfælde skulle undgås fordi det kunne sætte for mange følelser i gang hos den pågældende person. Hun forholdt sig til denne undren således:

”Jamen så får man jo bare lukket i. Det værste er hemmelig viden. Det er hemmeligheden der vedligeholder alle vanskelighederne. Når først man kan sige hvordan det hele hænger sammen, så kan man også begynde at bevæge sig væk fra det. Det har jeg da tænkt meget over, alle de hemmeligheder og alt det som ikke kan siges. Det er det der fylder. At sidde sammen med et andet menneske og få lov til at fortælle sin historie og hvad man har oplevet, det nægter jeg at tro på at det kan skade nogen som helst. Selvfølgelig kan psykotiske mennesker, der er midt i en psykotisk fase, være meget sårbare. Men med alle de andre ikke-psykotiske lidelser der kan jeg bestemt ikke se at det kan skade, tværtimod. Det ved jeg heller ikke om det kan med psykotiske mennesker, men man er mere sårbar i en aktiv psykotisk tilstand” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Det interessante er, i forlængelse af ovenstående interviewuddrag, hvorledes **sproget** og **talen**, i den psykiatriske speciallæges udtalelser, opleves som væsentlige i interaktionen med den sindslidende, og etablerer et brud med den gældende epistemologi:

”Jamen så får man jo bare lukket i. Det værste er hemmelig viden. Det er hemmeligheden der vedligeholder alle vanskelighederne. Når først man kan sige hvordan det hele hænger sammen, så kan man også begynde at bevæge sig væk fra det” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Eksemplet etablerer en sammenhæng hvor ’erkendelse’ ikke entydigt relateres til sygdoms erkendelse og mestring inden for bestemte problemkategorier, men til den erkendelse der opstår ved at ”finde mening sammen med Den Anden” i en relationel og situationel

sammenhæng. Eksemplet illustrerer desuden det paradigmatisk brud og de sociale og teknologiske bevægelser og ontologiske modeller i mødet med Den Anden, der er blevet beskrevet igennem analysens afsnit.

Den ansatte i bostøtten i det tidligere interviewuddrag gav således udtryk for at de *tidligere* har arbejdet med livshistorie, samt det jeg definerede som et dybde-ontologisk menneske- og helhedssyn der, via transfaktisk argumentation, i praksis støtter sig til et ønske om at forstå det individuelle sygdomsudtryk gennem en førstepersonel fænomenologisk interesse i den andens liv og historie. Denne model udgør i praksis en dybere ontologisk opfattelse af mennesket, og udgør en anden forklaringspluralistisk iagttagelse af de sociale eller psykiatriske problemer end bostøtten beskriver den nuværende praksis, som det beskrives:

”Eller hvis man kigger på hvor mange gange personen har været udsat for svigt, så er det ikke så svært at vedkommende har svært ved at lave en tilknytning til os, eller til andre. Men efter vi sådan gik meget ind omkring de kognitive behandlingsformer, der er det jo også mere øhh altså her- og – nu” (Fokusgruppe socialpsykiatrisk institution 1).

Inden jeg forholder mig mere grundigt til den forskel på ontologiske modeller og den forskel på dybder og overflader i det sociale og psykiatriske arbejde, der fremtræder i ovenstående eksempler, vil jeg nævne det forhold, at de observerede faglige og professionelle forskelle på hvorvidt en forståelse for pigens baggrund, liv og historie aktivt bør integreres i den psykiatriske indsats kan henledes til den tidligere analyserede socialpolitiske udvikling, der medførte et øget pres på de socialpsykiatriske institutioner om at dokumentere metoder og effekter af bestemte indsatser, ofte gennem bestemte videnskabelige metoder, samt nye måder at definere, forstå, forklare og behandle sociale- og psykiatriske problemer på. I disse nye problemdefinitioner og perspektiver ses konturerne af det jeg i de følgende afsnit vil betegne som en forskel på dybder og overflader i det sociale arbejde. Det der er væsentligt her, er at vidensakkumulationen, og forudsætningerne for socialvidenskabernes bidrag til en øget videnskabelig forståelse for den kompleksitet der kendetegner de psykiatriske problemstillinger, på netop dette tidspunkt i historien, må forstås i et komplekst samspil med mindre synlige og komplekse forhold, diskursive styringsmæssige og samfundsmæssige ændringer og mekanismer. Og, som skitseret i det indledende, så fremkommer bestemte sociale og psykiatriske indsatser, vidensformer, problemdefinitioner og menneskesyn således



ikke i et institutionelt og samfundsmæssigt tomrum, men produceres og reproduceres gennem politiske, managerialistiske og økonomiske diskurser, institutionelle løsninger og organiseringer, som er værd at medtænke i en samlet forståelse for den aktuelle psykiatriske og socialpsykiatriske praksis, videnskabelighed og transformation på dette tidspunkt i historien.

Trods faglige forskelle i opfattelsen af hvilken viden, problemhorisonter og behandlingsmetoder, der er meningsfulde og anvendelige i mødet med Den Anden, eksisterede en tilsyneladende fælles oplevelse af viden, problemdefinitioner og interventioners historiske kontingens i forskelle institutionelle sammenhænge. Der eksisterede således en interessant og nærmest enslydende opfattelse af det substantielle grundindhold i dette historiske skift mellem dybder og overflader i det sociale og psykiatriske arbejde, på tværs af insitutionelle kontekster.

### **Fra 'det tidligere' til 'nuværende' – Et paradigmatisk skift i de sociale og psykiatriske problemstillingerens ontologi**

I forbindelse med mine besøg på de socialpsykiatriske institutioner, samt den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling, blev det tydeligt at en oplevelse af *tidligere* vidensformer og ontologi om sociale og psykiatriske problemer versus de *nuværende* problemdefinitioner kunne genfindes i flere af de ansattes udtalelser. Ved en senere gennemgang af interviewmaterialet med dette fokus for øje, blev det tydeligt at en oplevelse af 'tidligere vidensformer' eller iagttagelsesredskaber i mødet med de sindslidende blev beskrevet som en individuel vurdering af det *unikke og særegne* barns eller unge menneskes karakteristika. Denne praksis i mødet med Den Anden beskrives som havende fået en mere marginal position i den aktuelle sociale og psykiatriske praksis, og forskellen mellem individualitet og klassifikation fremstod centralt. Følgende udtalelse er fra en kontaktperson på et regionalt socialpsykiatrisk botilbud:

”Jeg synes, at spiseforstyrrelser forbinder man med det og det, og så er det dét som vi tager imod, hvor jeg tænker, at man tidligere har tænkt at: hende der kommer, har nogle specifikke vanskeligheder og så undersøger man det ” (Ansæt socialpsykiatrisk institution 2).

På BUC gav især den psykiatriske speciallæge udtryk for hvorledes hun i overensstemmelse med de socialpsykiatriske medarbejders oplevelse, oplever at viden og betragtninger i den psykiatriske praksis, der *tidligere* var centrale, har fået en mere marginal position i den aktuelle praksis. Hun tilskriver denne oplevelse at psykiatriens historie vidner om viden og sandheders kontingens, hvor bestemte **problemdefinitioner/forståelser**, menneskesyn og indsatser, forståelser, forklaringer af sociale- og psykiatriske problemers opståen, diagnosticering og behandling har fået en mere perifer placering i den aktuelle psykiatriske videnskabelighed, som det udtrykkes i nedenstående interviewuddrag. Erkendelsen af at visse former for tale udelukkes i forskellige tidsepoker, hvor diskursens, eller talens, principielle tilfældighed begrænses af udgrænsningsprocedurer, er således central:

”Jeg har det sådan at jeg har været i det psykiatriske felt i mange år, og jeg er jo begyndt at kunne se at det der var, det begynder at komme tilbage og det der er, det begynder at forsvinde. Jeg læner mig lidt tilbage og tænker, at der er jo ingen der har fundet Columbusægget vel? Der er jo ingen der sidder med den endegyldige sandhed og **det er jo relative sandheder**. Om 20 år vil vi jo grine af det som vi tror på i dag, ikke. Eller måske snarere været bekymret over det vi troede på i dag. Det kan man lige så godt kalkulere ind, all things must pass, som George Harrison lavede en lp der hed. Alt forsvinder og alt kommer igen, sådan har jeg det lidt. Dem der siger de ved alt, de ved ingenting” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Den psykiatriske speciallæge italesætter samme oplevelse som eksisterede i den socialpsykiatriske praksis af at tidligere vidensformer og menneskesyn, der prægede den psykiatriske praksis, har været forsvundet fra den psykiatriske videnskabelighed i en årrække. Med reference til de forgående analyser af psykiatriens videnskabelighed og udvikling, der tydeliggjorde marginaliseringen og eksklusionen af visse former for viden og erkendelse i denne proces, kan man, som den psykiatriske speciallæge definerer det, anse ”*alt den snak om årsager og familie*” som en tilbagevenden til tidligere tiders vidensformer.

Den oplevede videnskabelige kontingens og relativisering af sandheden medførte på den Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling at der etableres et handlings- og mulighedsrum for en reflektiv praksis, der udmøntes i praktisk dekonstruktion af de etablerede psykiatriske kategorier, som jeg vil præsentere i det følgende. Samtidig er det interessante at en sådan relativistisk, konstruktivistisk erkendelse af den psykiatriske videnskabeligheds kontingens og

relativisme ikke, som man skulle tro, fører til en erkendelse af at virkeligheden altid er indlejret i diskurs, der er med til at forme den virkelighed vi, og hun selv, beskriver, og dermed en afvisning af muligheden for at komme frem til mere retvisende eller meningsfulde beskrivelser af virkeligheden. Tværtimod anvendes oplevelsen af sandheders relativisme dels som et refleksivt grundlag for en praktisk dekonstruktion af de etablerede kategorier som psykiatrien anvender og beskriver sig selv med, som nedenstående citat illustrerer, og dels etablerer erkendelsen mulighedsbetingelserne for praktisk rekonstruktion.

Der beskrives således en erkendelse af det sociale eller psykiatriske problems eksistens, væsen eller ontologi, og dermed en erkendelse af at der eksisterer en virkelighed, der kan være ude af trit med rækkevidden af de dominerende problemforståelser og definitioner og den konstruerede viden om disse, men dog stadigvæk en virkelighed som vi må bestræbe os på at forstå:

”Jeg kan jo se hvad der er for øjnene af mig. Jeg kan jo se de henvisninger som der kommer og de børn der kommer og hvad de sidder i. Det hjælper ikke dem særligt meget at anvende det der meget strikte biomedicinske synspunkt på deres vanskeligheder, som er oppe i tiden. Det løser ikke deres problemer. Vi gør det for nogle få, men for langt de fleste gør vi ikke. Altså, jeg kan ikke huske hvornår jeg sidst har haft en patient hvor det at komme ind og få en recept og noget medicin har løst hvad der var af vanskeligheder. Det er den sjældne situation” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

De etablerede strategier på BUC, der beskrives af den psykiatriske speciallæge som tiltag der *'tegner en anden tilgang til faget, som det ser ud lige nu'*, og som er *håbløst gammeldags, eller ultramoderne*, og tiltag, som psykiatrien *'har forladt for længe siden'* har til hensigt at afdække hvad problemet som barnet henvises til udredning med ER. Men samtidig etableres også i denne proces et bestemt blik på barnets problemstilling. Fra at barnets problem i den eksisterende styringsteknologiske diskurs konstrueres som det, der på BUC defineres som en *'strikt farmakologisk bio-medicinsk'* kategori og dermed en psykiatrisk behandlingskrævende *sygdom*, rekonstruerer den psykiatriske speciallæge, i dette eksempel, fænomenet som et potentielt intersubjektivt, relationelt, situationelt eller socialt problem, og der udtrykkes et behov for at afdække de *'bagvedliggende mekanismer'* som enten har influeret på barnets udvikling, eller direkte været årsag hertil. Hun sondrer således mellem *at lindre symptomet, eller lindre skadevolderen* og fortsætter:

”Det er sådan man som læge er nødt til at tænke. Går man kun efter symptomet så misser man jo det væsentlige efter min bedste overbevisning. De børn der kommer her, de har meget store vanskeligheder. Det er børn der ikke er i trivsel og det er børn der har det svært på rigtig mange forskellige måder. De har oplevet familier som ikke hang sammen, nederlag i skolen” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Den manglende ontologiske dybde i de deskriptive kategoriseringer af det sociale- eller psykiatriske problem beskrives i den forbindelse som værende problematisk, og der efterlyses en praksis der fokuserer på en udredning af barnets bagvedliggende forhold og sammenhænge hvor vores viden om virkeligheden, som følge af dennes dybde dimension, må tage højde for de individuelle og særegne problematikker, sociale og kontekstuelle sammenhænge og mekanismer, der har muliggjort problemstillingen hos den enkelte. Ifølge den psykiatriske speciallæge kan en anvendelse af de diagnostiske kategorier og symptombilleder som den væsentligste handlingsanvisende viden i mødet med Den Anden, foruden at være misvisende, ligeledes formidle en grundlæggende sammenblanding af sociale, psykologiske og biologiske karakteristika og intranistive mekanismer, samt fastholde bestemte problemdefinitioner, subjektpositioner og rolleforventninger til de sindslidende. Den psykiatriske speciallæge udtaler herom:

”Hvis man først kommer ind i en sådan psykiatريفorståelse af sig selv, så bygger der sig noget op omkring ens syn på sig selv, og det er samtidig den man bliver mødt og forstået med i mødet med andre. Og så får man at vide at man ikke kan leve uden sin medicin. Der skal virkelig hårdt på brystet for at komme ud af det igen” (Psykiatrisk Psykiatrisk speciallæge BUC).

”det der kryds og bolle psykiatri, hvor det bare handler om at få udfyldt nogle skemaer, det tror jeg slet ikke på. Vi vil **snakke** med folk og det tager meget mere tid end at udfylde skemaer.

Men det skal have den tid der skal til, og vi skal **snakke** med forældrene og vi skal måske snakke med dem mere end en gang. Vi skal ikke kun snakke om de aktuelle vanskeligheder, men også om hvordan de selv er blevet mennesker, hvad er deres egen forståelse af at være en del af en familie. Hvad har de selv med i bagagen af vanskeligheder og også ressourcer selvfølgelig. Hvordan har deres forløb være i forhold til uddannelse og arbejde og hvordan er deres erfaring med par og forældredannelse og hvordan er relationerne i familien. Hvis de er fem i familien, hvordan fungerer det så mellem alle fem og hvordan er relationerne. Så skal vi ud og se barnet i skolen og snakke med lærerne. Vi kan se at der er mange andre børn der har vanskeligheder, det er måske ikke lige præcis vores patient der har de største vanskeligheder, og måske hænger hans vanskeligheder også sammen med nogle af de andre børns vanskeligheder. Så det der med at komme

ind og så komme hurtigt ud igen med en recept i hånden, sådan vil vi ikke arbejde her” (Psykiatrisk speciallæge BUC).

Den psykiatriske speciallæge anlægger dels en konstruktivistisk forståelse for vores adgang til ”virkeligheden”, hvor al viden, som de kritiske realister ligeledes formulerer det, er historisk specifik og fejlbarlig:

Historien gør dem, som hævder at have fundet sandheden i en eller anden absolut eller endegyldig forstand, til grin (Sayer 2000:40).

Som den psykiatriske speciallæge nævner: *Dem der tror de ved alt, de ved ingenting*. Hermed antydes hvorledes viden kan anses som et socialt produkt indlejret i diskurser, samtidig med at der eksisterer en virkelighed, som kan være ude af trit med vores dominerende forståelse af denne virkelighed:

**”...Jeg kan jo se hvad der er for øjnene af mig. Jeg kan jo se de henvisninger som der kommer og de børn der kommer og hvad de sidder i. Det hjælper ikke dem særligt meget at anvende det der meget strikte biomedicinske synspunkt på deres vanskeligheder, som er oppe i tiden”** (Psykiatrisk speciallæge BUC)

## **Ontologiske positioner i et dybde / overflade perspektiv**

En måde at beskrive den, i praksis, oplevede epistemologiske transformation i ontologiske opfattelser af det sociale eller psykiatriske problem, kan være at betragte udviklingen som en udvikling i ontologiske positioner. En udvikling der kan begrebsliggøres ved hjælp af distinktionen mellem dybde- og overfladeperspektiver i det sociale og psykiatriske arbejde, hvor forhenværende 'dybde-ontologiske' forklaringsmodeller, erstattes med forklaringer på de sociale og psykiatriske symptomer der kan koble de observerbare symptomer og afvigende adfærd sammen med deskriptive diagnoser og dermed med hjernens (dys)funktion, som Mayes, Horwitz og Crowe beskriver:

With its symptombased orientation, the DSM-III contributed significantly to a biological vision of mental health – which stresses the neurosciences, brain chemistry, and medications – superceding the psychosocial vision that had dominated for decades. This new framework focused on the symptoms of mental disorders rather than their causes and emphasized pharmacological treatments over talk therapy and behavioral changes (Mayes og Horwitz 2005:258).

The psychiatric construction of mental distress (DSM-IV – APA 1994) regards it as mental disorder caused by some internal, probably biochemical fault that can be treated by biochemical intervention authorised by the psychiatrist. If mental health nurses continue to endorse this view it would seem an inevitable consequence that nursing care consists of dispensing medication, controlling the behavior associated with mental distress until the medication takes effect and helping the individual to adapt their life to the inevitable disability of a biochemical dysfunction ( Crowe 2000:70).

Eller som Rosenbaum definerer det:

Det fremhæves som nævnt, at diagnosesystemerne er a-teoretiske. Dette indeholder en prioritering af den fremtidige biologiske forståelse af mennesket, og en næsten lige så klar udelukkelse af, at andre paradigmer kan komme på tale. Dette svarer godt til, at det medicinske paradigme helt og holdent identificerer ubevidste konflikter, betingede reflekser, subjektets intentionelle strategier, stressreaktioner med biologiske, respektive abnorme biologiske reaktioner (Rosenbaum 2004b:64).

Selvom en kritik af det der ofte betegnes som en biomedicinsk hegemoni fremføres i flere sammenhænge, kan en sådan eventuel konsensus om en social hegemonisering af det biomedicinske perspektiv ikke i sig selv danne grundlag for det jeg i det følgende vil definere som en forskel på dybder og overflader i det sociale og psykiatriske arbejde – for intet er vel mere 'dybt' end menneskets biologiske gensammensætning, kemiske og biologiske processer? Jeg vil i det følgende tydeliggøre, hvorfor jeg i det indledende fremførte videnskabsteorien som nødvendigt iagttagelsesredskab i forskning, såvel som i praksis. For kun gennem et blik på videnskabens, og de isolerede videnskabelige discipliners epistemologiske transformation og den erkendelsesmæssige udvikling i forhold til disciplinernes ontologiske genstandsfelter, træder den epistemologiske og ontologiske forskel på dybder og overflader frem i det sociale og psykiatriske arbejdes erkendelsesgrundlag, og tegner konturerne af det jeg i afhandlingens sidste del vil indkredse som forskellige ontologiske modeller i det sociale og psykiatriske arbejde med sindslidende.

Med reference til Mayes og Horwitz (2005) beskrives de diskursive bevægelser og strømninger fra 1980'erne og frem, i det følgende, som en udvikling karakteriseret ved et fokus på ”*overt symptoms rather than underlying etiological mechanisms*”:

In 1980, at one stroke, the diagnostically based DSM-III radically transformed the nature of mental illness. In a remarkably short time, psychiatry shed one intellectual paradigm and adopted an entirely new system of classification. The DSM-III imported a diagnostic model from medicine where diagnosis is “the keystone of medical practice and clinical research” (Goodwin and Guze 1996; Mayes and Horwitz 2005:250). Psychiatry reorganized itself from a discipline where diagnosis played a marginal role to one where it became the basis of the speciality. The DSM-III emphasized categories of illness rather than blurry boundaries between normal and abnormal behavior, dichotomies rather than dimensions, and overt symptoms rather than underlying etiological mechanisms (Horwitz 2002, Mayes og Horwitz 2005:250).

Fra sidst i 1980'erne og frem ændrede det psykiatriske og sociale arbejdes videnskabelige grundlag karakter i retning af et mindre fokus på at forstå sociale- og psykiske reaktioner i en samfundsmæssig, kulturel og social kontekst, til et fokus på den situation den sindslidende netop står i, som der ligeledes i de forgående afsnit blev givet udtryk for på de socialpsykiatriske institutioner og børne- og ungdomspsykiatriske afdeling jeg besøgte.

En bestemt ontologi om sociale og psykiatriske problemer opstod, og neoliberalistiske diskurser begyndte at influere på betydningsfastlæggelsen og indholdsudfyldelsen af det sociale og psykiatriske arbejdes praksis og genstandsfelt. Dele af de tidligere kontroversielle ideer om de psykisk syge, og psykiatriens genstandsfelt og funktion, kom herefter til at indgå i en styringsteknologisk strategi, hvor der blev anlagt en bestemt ontologisk forståelse for sociale og psykiatriske problemer, blandt andet gennem implementeringen af handlingsteknologiske styringspraksisser, der ændrede talens funktion i interaktionen med de sindslidende og placerede et større ansvar på individet, samt de nu decentrale organisatoriske enheder som udgjorde den samlede psykiatriske organisering (Dean 1999).

Problemdefinitioner har betydning for hvordan institutionerne i praksis hjælper, og i forlængelse heraf beskrives konsekvenserne af disse styringspolitiske problemdefinitioner som et diskursivt skift i menneskesyn, hvor Den Anden primært iagttages i sin nutid, som Villadsen beskriver, frem for gennem abstrakte teoretiske antagelser om fortidige handlinger og oplevelser. Den udstødte iagttages således som Villadsen definerer det:

Han anskues i nu'et frem for med udgangspunkt i hans fortid, og hans adfærd studeres 'på overfladen' snarere end som symptom på bagvedliggende psykosociale strukturer. Begreber om årsag, determinans og strukturer afløses af begreber om relativisme, frie valg og empowerment (Villadsen 2004).

Samme udvikling beskrives af David Howe:

Within a radical liberal perspective, actions are judged more by their results and consequences. It is the client's performance which matters and not what causes it. 'Performativity' becomes the dominant criterion for knowledge evaluation (Wagner 1994:26). Behavior is no longer analysed in an attempt to explain it. Rather, it is assessed in terms of administrative procedures, political expectations and legal obligations. Social workers now ask **what** clients do rather than **why** do they do it – a switch from causation to counting, from explanation to audit (Howe 1996:88).

Depth explanations based on psychological and sociological theories are superseded by surface considerations. It is the visible surface of social behavior which concerns practioners and not the internal workings of psychological and sociological entities. As Cohen (1985:144) recognized, social workers become more inclined to respond to the **act** rather than treat the **actor** (Howe 1996:88).



Det væsentlige er her hvorledes analysens resultater tegner et billede af en bevægelse i de diskursive formationer, som ligeledes afspejler en bevægelse i det sociale arbejdes vidensgrundlag. En lignende udvikling kan spores i de styringsteknologiske og sociale bevægelser, samt det øgede fokus på at sikre høj reliabilitet og kontekstuafhængige kategorier og effektmålinger, der har influeret på de videnskabelige transformationsprocesser i det socialvidenskabelige og psykiatriske vidensgrundlag, som blev analyseret i analysens første del. Nikolas Rose (2007) identificerer en lignende epistemologisk forandring i de biologiske videnskabsdiscipliner under overskriften 'optimeringsteknologier', som han relaterer til udviklingen i de *biologiske* videnskabsdiscipliners transformationsproces. Rose skriver herom:

Måske er det ikke for meget at påstå, at en epistemologisk forandring er ved at finde sted. Den "biologi", der blev til i det nittende århundrede, var en "dybde biologi". Den forsøgte at afdække de underliggende organiske love, der lå bag og determinerede lukkede, levende systemers funktion. Men den moderne biologi arbejder, i det mindste delvist, i et "fladere" felt med åbne kredsløb. Jeg ved godt, at dette virker modintuitivt – at referere til "gener" er da at tilskrive det virkelige grundlag for vores menneskelige natur til fænomener, som hører til i den dybeste af alle dybder, er det ikke? Og alligevel mener jeg, at den moderne genteknologis sandhedsdiskurs ikke længere betragter gener som de skjulte entiteter, der determinerer os (Rose 2009:42).

Rose henleder ligeledes i "Livets politik" (2009) udviklingen til det han definerer som en ny ontologi i form af et genetisk personbegreb hvor Rose fremhæver en sammenhæng mellem det 21. århundredes ontologi om mennesket og de problemdefinitioner, forståelser og forklaringer disse afføder, og den makropolitke styringsteknologiske konstruktion af subjektet som autonomt, fornuftigt, ansvarligt og selvrealiserende som vi er vidne til i disse år (Rose 2009:176). Rose definerer denne sammenhæng således:

I denne forstand mener jeg, at den moderne genetik, på trods af populariserende og pseudofilosofiske fremstillinger, er begyndt at operere i en "affladet" verden, en verden af overflader snarere end dybder. I postgenetikens fremvoksende forklaringssystemer bliver den genetiske kode ikke længere opfattet som en dyb struktur, der forårsager eller determinerer, men snarere som blot et sæt relæer i komplekse forgrenede og ikke-hierakiske netværk, udløbere og forbindelser (Deleuze 1988; Rose 2009:177).

Roses videnskabelige betragtninger, såvel som mine egne i analysens del 1, vedrører de epistemologiske transformationsprocesser der kan identificeres i de styringsteknologiske

diskurser. I denne udvikling etableres en bestemt iagttagelse og konstruktion af sociale og psykiatriske problemer, der i det følgende beskrives som en bestemt ontologisk opfattelse af mennesket og dets problemer, samt deres løsning. Nikolas Rose fremhæver i den forbindelse de fremvoksende forklaringsystemers komplekse forbindelser og sammenhænge, der, som Rose definerer det, stadigvæk er uklare:

Jeg ved ikke, hvordan de her fladheder er forbundet, men der sker uden tvivl noget interessant her: et epistemologisk og teknologisk skifte (Interview Rose 2007b)

Det væsentlige er at når sociale og teknologiske bevægelser, som analyseret i det foregående, baseres på en kategorisering og inddeling af sociale- og psykiatriske problemer ud fra det der defineres som objektiv og empiristisk observation og klassifikation af fremtrædelsesformer og symptomer, frem for abstrakte teoretiske spekulationer om ætiologi, årsager og mekanismer, så konstrueres styringen som en diskurs, der forventes at 'styre på overfladen', og dermed uden om fagenes helt grundlæggende substantielle grundlagsdiskussioner. Der konstrueres således et styringsteknologisk socialt og psykiatrisk interventionsfelt, der kan fungere uden om teoretisk refleksion omkring hvad sociale problemer, psykisk sundhed, eller psykisk sygdom *er*. 'Talens funktion' i interaktionen med den sindslidende tager i samme periode en form der ikke er rettet mod at forstå eller blotlægge individets baggrund, liv eller sociale og personlige sammenhænge der har ført til mistrivsel, 'dysfunktion' eller sygdom, eller til beboernes aktuelle funktionsniveau på de socialpsykiatriske institutioner, men er rettet mod individets fremadrettede motivation for forandring.

Som grundlag for RCT-designet og en evidensbaseret praksis er det, som det fremgik af analysens del 1, en forudsætning at det som skal behandles kan defineres klart. Det ontologiske og epistemologiske fundament for en mere præcis, sikker og effektiv konstruktion af basale kategorier af målgrupper bliver hermed central for etableringen af klinisk og praktisk evidens. De epistemologiske og ontologiske retningslinjer for etableringen af sådanne sikre og effektive og, ideelt set, objektive diagnostiske tests, medførte at disses idealer for videnskabelig klarhed muliggør at psykiatriens grundlagsdiskussioner i højere grad tilsidesættes til fordel for empiristiske idealer om analytisk klarhed gennem deskriptive definitioner og observation i den diagnostiske praksis. Transformationen i psykiatriske diagnostiske kategorier og problemdefinitionsprocesser må således betragtes i en historisk

sammenhæng som en kombination af (mindst) to sociale, videnskabelige og teknologiske bevægelser der dels udgøres af psykiatrifagets videnskabelighed, transformation og legitimitet og dels af et bredere makropolitisk samfundsmæssigt styringsbehov. Analysens del 2 tegnede således et billede af de analyserede styringspraksissers komplekse betydning for de menneskesyn, sygdomsmodeller, vidensformer og behandlingsmetoder, vi ser i dag.

## Opsummering

Det blev i analysens del 1 og 2 tydeligt hvorledes sociale og teknologiske løsninger faldt sammen i tiden fra starten af 1980'erne og frem og tegnede konturerne af et paradigmatisk skift eller brud i den aktuelle vidensudvikling, den danske social- og sundhedspolitik og de sociale og psykiatriske indsatser, samt den ontologi og de sociale og psykiatriske problemer der fremtræder i denne udvikling. Det paradigmatiske skift fremtrådte i sammenhæng med historisk skiftende forståelser af psykisk sygdom, samt den psykiatriske videnskabeligheds og definitionsprocessers institutionelle forankring og transformation, som rækker langt ud over, og alligevel er sammenfaldende med, et sundheds- og socialpolitisk behov for sikker viden og effektive behandlingsmetoder og indsatser. Det interessante er, at det ligeledes blev tydeligt i analysen, hvordan det oplevede skift referer til sociale og psykiatriske problemstillinger og ontologi.

På baggrund af afhandlingens del 2, kan det konkluderes, at der inden for det socialpsykiatriske og psykiatriske område er mange forskellige bud på hvad sociale eller psykiatriske problemstillinger *er*, og hvad psykiatri og socialpsykiatri *er*, eller *bør* være, men at der samtidig kan konstateres en manglende overordnet teoretisk referenceramme for disse betragtninger. Der synes således at eksistere et manglende kendskab til, og viden om, psykiatriske problemstillinger sociogenese, om bio-psyko-social vidensakkumulation, integration og syntese af forskellige vidensformer, samt begrænsede forskningsmæssige kræfter der beskæftiger sig med en dybde-ontologisk nuancering og øget forståelse for den kompleksitet der kendetegner sociale og psykiatriske problemstillinger opkomst, eksistens og forandringsprocesser. I afhandlingens sidste del diskuteres rækkevidden af forskellige discipliners vidensproduktion i forhold til det genstandsfelt der undersøges. Med en analytisk opmærksomhed på hvorledes en fremtidig videnskabelig interesse i at vurdere hvorvidt ”kortet”, i både styring, viden, forskning og praksis, stemmer overens med ”terrænet” og kan

facilitere den sociale og psykiatriske vidensudvikling og erkendelsesgrundlag, diskuteres i afhandlingens sidste del, hvordan et blik for ontologiske modeller, samt dybde- og overfladeperspektiver i det sociale og psykiatriske arbejdes forskning, erkendelsesgrundlag og praksis, er et indspark, og opfordring, til at (re)vitalisere denne diskussion.

## Del 3

---

### **Bidrag til det sociale og psykiatriske arbejdes erkendelsesgrundlag og fremtidige vilkår for begrebsdannelse og praksis**

#### *Afsluttende diskussion*

I det følgende diskuteres analysens resultater i forhold til de ligheder og forskelle der eksisterer mellem, på den ene side, de ontologiske antagelser om mennesket som eksisterer bag nutidens handlings- og præstationsteknologiske løsninger i den sociale og psykiatriske praksis og, på den anden side, de ontologiske antagelser der fremtræder i forskellige institutionelle kontekster i de erfaringer og oplevelser der udspiller sig i mødet med Den Anden, samt i de sindslidendes egne fortællinger.

#### **Ontologiske modeller og helhedssyn**

På baggrund af de forgående analyseafsnit opstilles to forskellige ontologiske modeller, der er baseret på forskellige forståelser og forklaringer, kausalitetsforhold, menneskesyn og ontologiske antagelser vedrørende essensen af det psykiatriske og sociale problem (psykiatriske lidelse) som de institutionelle tiltag forventes at behandle, løse, eller kompensere for, men som begge kan betegnes 'helhedsorienterede'. Modellerne opsummerer og eksemplificerer endvidere analysens resultater og tydeliggør de forskellige ontologiske positioner, der er fremkommet gennem analysens dele, samt forskellen på dybde- og overfladeperspektiver i det sociale og psykiatriske arbejdes praksis og styringsgrundlag. Disse modeller er:

##### **1. *Et post-ontologisk menneske- og helhedssyn***

Den første model udledes på baggrund af analysens resultater, som opkomsten af et nyt styringsteknologisk post-ontologisk helhedssyn, og en post-ontologisk opfattelse af mennesket, livet og det sociale og psykiatriske problem, og dermed et livsbegreb som ikke består af dybder, men af overflader og forbindelser.

## 2. *Et dybde-ontologisk menneske – og helhedssyn*

Den anden model udledes på baggrund af brugere og praktikers oplevelser og erfaringer, som en model der, via transfaktisk argumentation, i praksis støtter sig til forskellige forklaringer på hvorfor de sociale og psykiatriske problemer opstår, og hvordan de forstærkes, stabiliseres og forandres.

### **En post-ontologisk model**

For at starte med den første del, så har analysedelene 1 og 2 fungeret som en beskrivelse af en sammenhængende konstellation af bestemte styringsrelationer og disses forbindelse til bestemte vidensformer, konstruktioner af det sociale objekt, såvel som de mulige subjektpositioner der etableres. De styringsteknologiske diskursers historiske opkomstbetingelser, samt de styringsteknologiske og sociale bevægelser, har i den forbindelse vist sig at have konsekvenser for psykiatriens og socialpsykiatriens arbejdsvilkår og vilkår for begrebsdannelse og praksis. Med andre ord etableres i den sociale og styringsteknologiske proces bestemte iagttagelsesredskaber og særlige metoder og instrumenter til at afgrænse, kategorisere og diagnosticere det der anses som værende 'problematisk' ved individet. Jeg har således især hæftet mig ved problemdefinitionsprocessen og dermed den styringsteknologiske og historiske konstruktion af det sociale objekt, og jeg har lagt vægt på at undersøge hvorledes et praksisregime hviler på en helt bestemt diagnosticering af hvad der er problemer, og hvordan disse problemer skal forklares – samt de særlige strategier for problemløsning der etableres.

Disse analyser har gjort det muligt for mig at beskrive en række forskellige eksempler på handlings- og præstationsteknologiske løsninger som tilsammen har bidraget til at etablere det Dean (1999) betegner som en avanceret liberal styringsform, der har indeholdt en bestemt ontologi om mennesket i form af bestemte objektiveringsprocesser og problemdefinitioner, der refererede til et bestemt vidensgrundlag. Det post-ontologiske blik på mennesket og dets sociale og psykiatriske problemstillinger kan genfindes i de nye bio-psyko-sociale modellens implicite arbejdsdeling. Hvor de nye klassifikationssystemer er bygget op på en måde hvor det er muligt at koble en patients symptombillede sammen med en kategori i klassifikationssystemet uden hensyn til hvorvidt symptomerne er passende eller upassende i

den livssituation patienten befinder sig i, og hvor behovet for at etablere sociale støtteforanstaltninger, der på mest effektive vis formår at kompensere for de funktionsnedsættelser der følger af sindslidelsen, medfører dette, at karakteren og indholdet af det socialpsykiatriske vidensgrundlag og arbejde med sindslidende hermed bliver sammenfaldende med et praksis- og anvendelighedsfokus, rettet mod at behandle eller afhjælpe de sociale konsekvenser af sindslidelsen på mest effektive vis.

I de postontologiske bio-psyko-sociale modeller er indsatsen i mindre grad rettet mod at forstå og forklare det komplekse samspil af biologiske, psykologiske, sociale og samfundsmæssige mekanismer der muliggør, producerer eller virker ind på opkomsten af bestemte sociale eller psykiatriske fænomener, symptomer og problematiske fremtrædelsesformer, eller relationen mellem forhold og handlen i forståelsen for sociale forandringsprocesser, som det kom til udtryk i eksemplet med pigen med prostitution som problem. Det post-ontologiske menneskesyn etablerer derimod et rum for helhedsorienterede modeller på 'overfladen', hvor individets kognition og mulige handlingsregulering gør det muligt at regulere, mestre og forandre de sociale og psykologiske konsekvenser der er afledt af den individuelle genetiske eller biologiske sårbarhed, dysfunktion eller sygdom, og socialforskningen og socialpsykiatrien indtager i samme periode en funktion, hvis opgave er at understøtte, udvikle og kvalificere dette arbejde (Videnscenter for socialpsykiatri 2000).

De post-ontologiske problemdefinitioner forbliver dermed på overfladen, forstået således at det er problemets fremtrædelsesform, enten som et deskriptivt symptom der kan relateres til tidens klassifikationssystemer, eller en konkret funktionsniveaumåling, der bliver centrum for intervention og styring, og ikke de samfundsmæssige, sociale, psykologiske og biologiske relationer og sammenhænge der muliggør de sociale og psykiatriske problemers opkomst og karakteristika, og afledt heraf: sammenhængen mellem forhold og handlen i forståelsen for sociale forandringsprocesser. En sådan post-ontologisk opfattelse af mennesket og sociale og psykiatriske problemer er således ikke ensbetydende med at biologien, eller genets metafysik, som Rose definerer det, er blevet forladt, men derimod at det er blevet erstattet af et post-ontologisk menneskesyn i det sociale såvel som psykiatriske arbejde med sindslidende. Rose definerer udviklingen således:

Jeg vil ikke her påstå, at genets metafysik er blevet forladt. Men jeg vil hævde, at en sådan ontologi ikke står uimodsagt og bliver udfordret, og at disse udfordringer og forandringer vil akkumulere over det næste tiår. Det vil sige, at vi måske har

brug for at analysere den måde, genetikken og den genetiske risikotænkning kan optræde på i de former af personbegrebet, som er forbundet med en postontologisk opfattelse af livet, et livsbegreb, som ikke består af dybder, men af overflader og forbindelser (Rose 2009:177).

Dette forhold kan, som Rose beskriver (2007), betragtes som intuitivt modstridende. For hvis de biologiske, og afledt heraf; det bio-medicinske blik på mennesket favoriseres i den styringsteknologiske diskurs og videnskabelighed, som ovenstående citater skitserer, vil dette så ikke automatisk lede til endimensionelle, deterministiske og kausalrelationelle tilgange og forklaringer på sammenhængen mellem menneskets genetik og biologi, og adfærd, tænkning og handlen? Netop i denne logisk modstridende sammenhæng analyserede og definerede jeg det jeg betegnede som rokader i forholdet mellem et deterministisk og et voluntaristisk menneskesyn, hvor det interessante var hvorledes rokaderne i voluntaristiske og deterministiske menneskesyn havde historiske og styringsteknologiske opkomstbetingelser, der kan tilbageledes til ideologisk modsatrettede frigørelsesbegreber. Dette medførte en række udviklingstendenser, hvor etableringen af "det frie subjekt" ledte til en afstand til tidligere ideer om genetisk, social eller psykologisk determinisme og en afstand til ideer om psykiske sygdomme som kroniske og uhelbredelige. I stedet etableres et voluntaristisk post-ontologisk blik på mennesket baseret på adfærdstræning, oplysning og undervisning, på baggrund af antagelser om at der er en direkte sammenhæng mellem individets *erkendelse* og *handling*, og at det hermed er muligt at få de sindslidende og pårørende til at forstå, og ikke mindst tage ansvar for, de impulser der styrer deres adfærd og tænkning. Forskellen består i at konsekvenserne af den genetiske 'dysfunktion' eller de gener vi er udstyrede med nu betragtes som værende mulige for *individet* at ændre. Eller som Rose definerer det, får de sindslidende til

at tage ansvar for de hjerner, der er udstyret med, og agere derefter, og senere: Vi har alle fået ansvar for at forstå hvordan vores hjerne påvirker os, og hvilke fremtidige muligheder og risici den rummer (Rose i Holm Pedersen 2012).

Med et post-ontologisk menneske- og helhedssyn betragtes den sindslidende i højere grad i sin umiddelbare fremtræden og handlings- og tækningskorrigering anses, ikke kun en mulighed, men som et ansvar patienterne og de pårørende må lære at tage del i, gennem brugerinvolvering og medinddragelse, med henblik på patientens fremtidige recovery. Der fordres hermed en form for personlighed, hvor mennesket kan gøres moralsk ansvarlig for



sine fremtidige handlinger, og hvor den 'reinstallerede personligheds' 'raske del' kan gøres ansvarlig for en manglende kontrol af den 'syge del'.

Den aktuelle organisering og styring af psykiatrien synes således at have været i stand til at appellere til politisk uforenelige udgangspunkter, hvor forholdet mellem et deterministisk og et voluntaristisk menneskesyn i forhold til at opnå 'et bedre samfund' forskydes på måder hvor der etableres et mindre tydeligt fokus på kollektive processer for at transformere samfundet og tage hånd om, og ansvar for den enkelte, men den enkeltes overordnede forpligtigelse og ansvar overfor sig selv og ansvar for 'at komme sig' og ikke mindst ansvar over for samfundet, betones og fremstår, som Chruichak (1993;1994) definerer det, i højere grad som en politisk forpligtigelse. Forskellige socialpolitiske, velfærdsstatslige, ideologiske og styringsteknologiske diskurser synes således at løbe sammen i tiden fra 1980 og frem, og finder en fælles forankring. Som fremført af Mitchell Dean (1999), så blander de kritiske, alternative strømningers bekymring for statens og eksperternes undertrykkelse og overdrevne styring af individet sig med et neo-liberalt magt- og frigørelsesbegreb. Fælles er en kritik af paternalismen og favorisering af det selvrealiserende subjekt.

Som det fremføres af Mitchell Dean:

What is less often noted is the way in which these movements and their critiques of the welfare state in the name of autonomy came to be remapped onto the critiques of excessive government of neo-liberal thought. Where the political and cultural movements sought a utopian vision of the emancipated self, however, the neo-liberal critiques of the welfare state sought to redeploy the 'free-subject' as a technical instrument in the achievement of governmental purposes and objectives (Dean 1999:155).

Fra sidst i 1980'erne og frem ændrer det psykiatriske og sociale arbejde således karakter i retning af et mindre fokus på deterministiske forklaringsmodeller og på at forstå psykiske reaktioner i en samfundsmæssig, kulturel og social kontekst, til et fokus på den situation den sindslidende netop står i, og neoliberalistiske diskurser i form af selvstyringsredskaber og 'empowerment', 'recovery' og 'ability' idealer, begynder at influere på betydningsfastlæggelsen og indholdsudfyldelsen af ideerne.

Dele af de tidligere kontroversielle ideer kommer herefter til at indgå i en styringsteknologisk strategi, der lægger større ansvar over på individet, familien og lokalsamfundet, samt de nu decentrale organisatoriske enheder som udgør den samlede psykiatriske organisering. Mens

antipsykiatridebatten blev kritiseret for at pålægge familien og de pårørende en betydelig grad af skyld for problemets opståen, synes de enkelte familier nu i flere sammenhænge at blive pålagt en betydelig grad af ansvar for problemets løsning, blandt andet gennem forskellige governmentale styringsteknologiske løsninger og mikropraksisser. Der anlægges således en bestemt ontologisk forståelse for sociale og psykiatriske problemer gennem implementeringen af handlingsteknologiske styringspraksisser, baseret på politiske ønsker om brugerinddragelse og en tilsyneladende frihed til at vælge (Dean 2007:61).

Det interessante i denne sammenhæng er hvorledes det epistemologiske og teknologiske skifte samtidig etablerer bestemte former for sandheder, samt hvorledes bestemte styringsteknologier fremmer bestemte kapaciteter og kvaliteter, samt bestemte subjektpositioner. Det nye er at det ikke blot er borgernes kroppe, men ligeledes deres sjæl der er trådt ind i regerings-sfæren og den politiske regulering, som Dean (1999:76, og Rose 1996a:60) definerer det, hvorved individets selvopfattelse, holdninger og værdier er blevet et objekt for styring. Der er således tale om en mere generel forestilling om den aktive borger, der modsvarer en en mere generel tendens eller mentalitet, som Rose betegner 'regime of the self' (Rose 1996a:60). Denne mentalitet fungerer sammen med de avancerede liberale styringsformer på måder hvor det individuelle ansvar betones, og hvor den enkelte ansvarliggøres i forhold til at skabe 'det gode samfund'. Som Cruikshank definerer det, så knyttes den enkeltes livsprojekt sammen med løsningen af samfundets sociale problemer, og ikke omvendt:

Self-fulfilment is no longer a personal or private goal. According to advocates, taking up the goal of self-esteem is something we owe to society, something that will defray the costs of social problems, something that will create a "true" democracy (Cruikshank 1996:232).

Selvrealiseringsprojekter er således ikke kun for ens egen skyld, men fordi det 'at styre sig selv' ses som en afgørende forudsætning for det gode demokratiske samfund.

Relationen mellem person-situation eller mellem individ-samfund vendes således om, som Cruikshank (1996) definerer det, og ideerne om det frigjorte selv anvendes som et teknisk middel til at opnå styringsmæssige formål og målsætninger.

Hermed fremstår de psykoedukative programmer inden for psykiatrien, som en måde hvorpå samspillet mellem biologiske, sociale og psykologiske faktorer etablerer en ny ontologi om mennesket, der konstruerer subjektet som autonomt og fornuftigt, og som forudsætter

menneskets kapacitet som aktører der gennem oplysning, sygdomsindsigt og -erkendelse er i stand til at mestre de psykiatriske symptomer og den eventuelle funktionsnedsættelse. Det blev i den forbindelse tydeligt i analysen at sammenhængen mellem erkendelse og handling ikke er så lineær som det fordres i de psykoedukative programmer, og det blev tydeligt at hvis de komplekse sammenhænge og mekanismer, der skaber individets mulighedsbetingelser for at indholdsudfylde rollen som selvansvarligt og selvstyrende subjekt, overses i denne praksis, så opstod en afmagt blandt de professionelle i de udførende led, der knyttede sig til manglende muligheder for at støtte og fastholde vedvarende ændringer i patienternes situation. Der etableres dermed en modsætning mellem styringsmæssige intentioner, viden og praktikernes erfaringsgrundlag, som grundlæggende fremkom forvirrende for praktikere i det udførende led. Det blev hermed klart at rækkevidden af forskellige styringsteknologiske løsninger, problemforståelser og mikropraksisser bør vurderes og diskuteres konstruktivt i forhold til det genstandsfelt, de er rettet mod, som en vurdering af hvorvidt ”kortet”, forstået som den epistemologiske og styringsteknologiske transformation i problemdefinitioner og antagelser om mennesket, og det sociale og psykiatriske problems forandringsprocesser, stemte overens med ’terrænet’, som det kom til udtryk i patienters, beboeres og ansattes oplevelser af ’problemets’ ontologi i det levede liv, i de institutionelle sammenhænge og i det konkrete møde med Den Anden. Men samtidig blev det klart at viden om ’terrænet’ der kunne understøtte et sådant erfaringsgrundlag i praksis var begrænset.

### **Et dybde-ontologisk helhedssyn og opfattelse af mennesket, og sociale- og psykiatriske problemer**

Mens den post-ontologiske model blev udledt på baggrund af undersøgelsens analyse af de **epistemologiske** transformationsprocesser der kan identificeres i den styringsteknologiske konstruktion af sociale og psykiatriske problemer og disses forandringsprocesser som en post-ontologisk opfattelse af mennesket, livet og sociale og psykiatriske problemer, vil følgende refleksioner, der vedrører et dybdeontologisk helhedssyn, have to overordnede formål:

1. at synliggøre forskellen på ontologiske modeller og tilgange i det sociale og psykiatriske videns- og styringsgrundlag, såvel som de historisk skiftende

epistemologiske transformationsprocesser, for hermed at reflektere over hvordan den styringsteknologiske og videnskabelige udvikling kan begrebsliggøres på en måde der indfanger det erfaringsgrundlag som de sindslidende og praktikere gav udtryk for i det empiriske materiale.

2. at undersøge forskellene mellem, og mulighederne for, at integrere vidensformer og kausalitetsforståelser, hvor dybdestrukturer, der hidtil har været forbundet med begreber om årsag og determinans, der producerer, fastlåser og styrer individets adfærd og tankeprocesser, erstattes med nye dybde-ontologiske forklaringsmodeller, der ikke forfalder til reduktionistisk determinisme, men i stedet anser uerkendte dybdestrukturer som nødvendige for at etablere en bred tolkningsramme i mødet med Den Anden, der muliggør at forudsætninger, sammenhænge og strukturer som ikke er direkte observerbare inddrages i forskningsprocessen med et begrebs- og teoriudviklende sigte.

For begge punkter gør det sig gældende at den dybeste erkendelse kun er den der bliver på overfladen når diskursive styrings- og problemdefinitionsprocesser søges belyst i en analyse af praksisregimers konstruktion af sociale objekter, problemdefinitioner og diagnosticering af sociale og psykiatriske problemer, samt de særlige strategier for problemløsning der etableres. Men den dybeste erkendelse er ikke den der bliver på overfladen hvis ambitionen derforuden er at begribe den sociale virkelighed og det sociale eller psykiatriske og sociale problems opkomst, eksistens og forandringsprocesser for hermed at etablere nye muligheder for begrebsdannelse og praksis, der kan facilitere det sociale og psykiatriske arbejdes fortsatte begrebs- og teoriudvikling, praksis og erkendelsesgrundlag. Bhaskar udtrykker dette på følgende måde:

Scientifically significant generality does not lie on the face of the world, but in the hidden essence of things (1978:227).

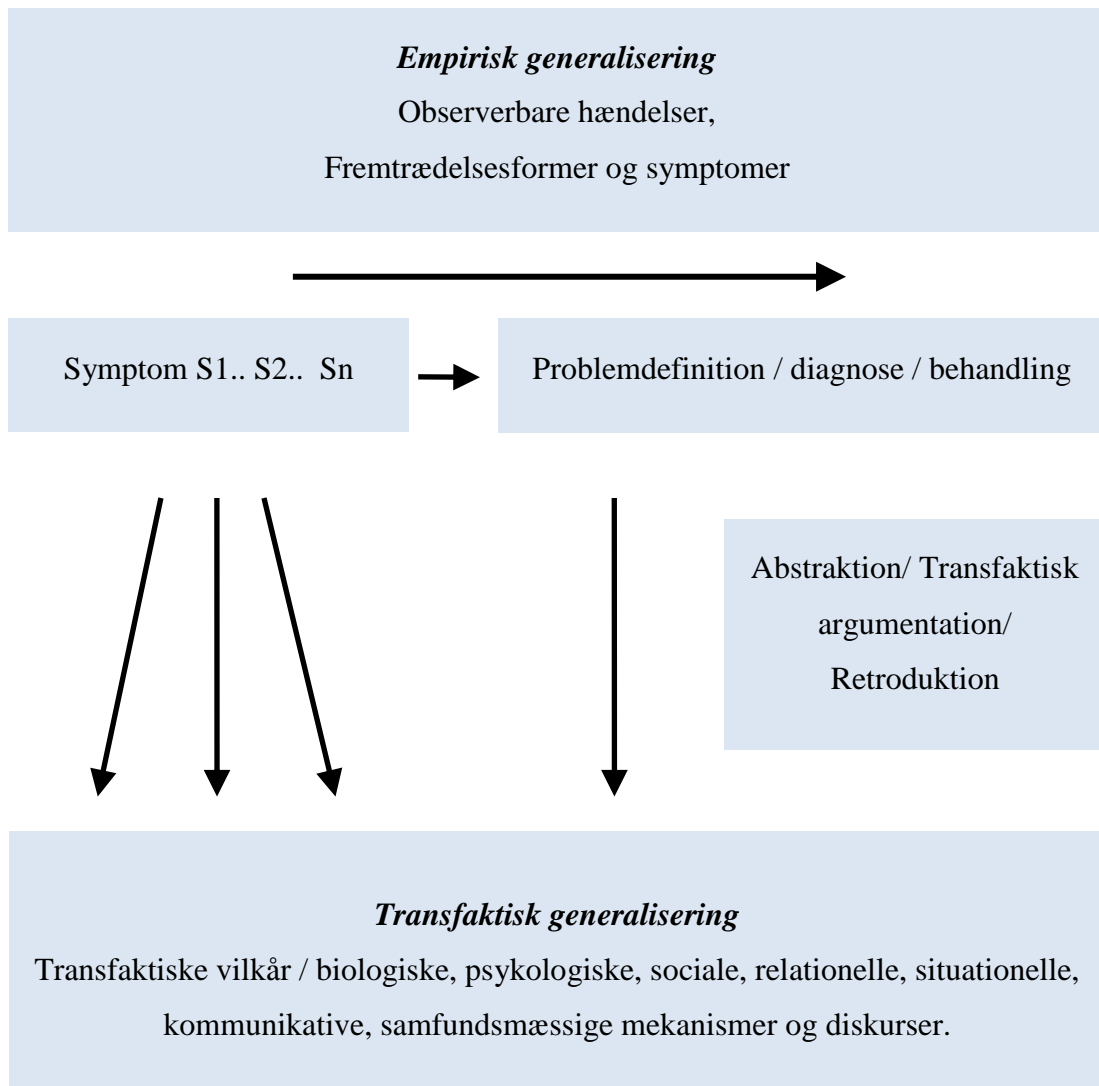
Mulighedsbetingelserne for analytisk generaliserbarhed henledes, i dybde-ontologiske forklaringsmodeller, som de kommer til udtryk i realismen, i stor udstrækning til transfaktiske vilkår, til forudsætningerne for at et objekt kan være hvad det er – eller mere konkret; forudsætningerne for at sociale eller psykiatriske symptomer fremkommer i netop den form

som de gør på et givent tidspunkt. Der etableres hermed en distinktion mellem fremtrædelsesformer og jævnlige forekommende symptombilleder, eksempelvis ADHD-symptomer som er i eksplosiv vækst i disse år, og de grundlæggende eller konstituerende egenskaber. Indlejret i disse to fokusområder (hhv. fremtrædelsesformer og konstituerende egenskaber) eksisterer det jeg har valgt at betegne som forskellen på overflader og dybder i viden, forskning og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde. Vores adgang til viden om konstituerende egenskaber i betydningen: *hvorfor* et bestemt socialt eller psykiatrisk problem eller symptom har netop den fremtrædelsesform som vi kan observere, går således gennem transfaktisk argumentation og det jeg i det følgende vil beskrive som en retroduktiv slutningsform, hvor der (gen)etableres en ontologisk dybde i forskning, viden og praksis. Med udgangspunkt i det konkrete forsøges således, gennem abstraktion, at udlede hændelsens konstituerende egenskaber. Vi bevæger os dermed fra det umiddelbart observerbare, fremtrædelsen, symptomet, fra det empiriske domæne - til strukturernes og mekanismernes domæne. Dette vil blive grundigere gennemgået i det følgende. Det væsentlige er her at konstituerende egenskaber betragtes som de vilkår der skal være til stede for at et socialt eller psykiatrisk problem, en hændelse, en relation, en institution eller andet fænomen, kan komme til udtryk for os præcis som det gør og ikke på en kvalitativt anden måde, og disse transfaktiske vilkår kan være mere eller mindre generelle.

Analysens forgående resultater tydeliggjorde to væsentlige forskelle i praksis på dels at opfatte Den Anden som unik og problemerne som helt særegne, og på den anden side at støtte indsatsen og interaktionen til retningslinjer der gælder for en bestemt gruppe af lidelser.

Samtidig blev der i praksis givet udtryk for en forskel på hvorvidt indsatsen rettes mod at lindre symptomet, eller hvorvidt indsatsen rettes mod at fjerne, identificere eller forstå subjektets ubevidste konflikter, betingede reflekser, intentionelle strategier, stress-reaktioner eller adaptive strategier der i praksis betragtes som værende mere grundlæggende at behandle, end fænomenets fremtrædelsesform. Det manglende dybde-ontologiske grundlag i mødet med Den Anden blev af skeptikere betragtet som medvirkende årsag til en social og psykiatrisk praksis hvor mødet med Den Anden ender i cirkelsluttende konklusioner som følge af en grundlæggende uklarhed for praktikere i de udførende led, såvel som for de sindslidende, vedrørende funktionsnedsættelsernes og sygdomskategoriernes relation til kontekstuelle meningssammenhænge i 'det levede liv' der kunne etablere en mere nuanceret forståelse for menneskelige og sociale forandringsprocesser.

Med udgangspunkt i analysens eksempler kan der opstilles to forskellige former for generalisering som kan udledes af hhv. et post-ontologisk menneske- og helhedssyn og et dybde-ontologisk menneske- og helhedssyn i forhold til forståelsen og forklaringen af de sociale og psykiatriske problemstillingeres opkomst, eksistens og forandringsprocesser:



**Figur 10 Former for generalisering**

(Ændret med inspiration fra Danermark et al 2007)

Det grundlæggende i figuren er en skelnen mellem figurens øverste del, der er de empiriske, observerbare kategorier, symptombilleder, fremtrædelsesformer og problemdefinitioner, og

figurens nederste del, der udgøres af abstrakte begreber, der gennem transfaktisk argumentation, begrebs- og teoriudvikling søger svar spørgsmål af typen: Hvad er dette udtryk for? Hvad må være til stede for at disse symptomer er mulige? Eller formuleret anderledes: Hvorfor kommer dette symptombillede til udtryk på netop dette tidspunkt, i netop denne kontekst og på netop denne måde?

I figuren illustreres de praktiske og analytiske forskelle og modsatrettede tendenser hvad angår individualisering og diagnosticering. I figurens øverste del fremtræder det postontologiske menneskesyn hvor overordnede kategoriseringer, diagnoser og funktionsniveaumålinger i stigende grad anvendes til at identificere og kategorisere større grupper med fællesdefineret sygdom, afvigelse eller manglende funktionsniveau. I figurens nederste del fremgår det artikulerede behov i de udførende led og blandt patienter og beboere, for at blive mødt og opfattet som individuelle og helt særegne, hvor symptombillederne søges forankret i en forståelse for 'det levede liv' og individets bagvedliggende forhold, livshistorie, ubevidste konflikter, betingede reflekser, adaptive strategier, eller subjektets intentionelle strategier og dermed de samvirkende sociale, relationelle, kontekstuelle, samfundsmæssige, psykologiske og biologiske karakteristika, der er unikke for det enkelte individ. Denne tendens synliggøres i figurens nederste del. Det væsentlige er her at konstituerende egenskaber i figurens nederste del betragtes som de vilkår der skal være til stede for at et socialt eller psykiatrisk problem, en hændelse, en relation, en institution eller andet fænomen, kan komme til udtryk for os præcis som det gør og ikke på en væsentligt forskellig måde. I de udførende led i praksis blev disse mekanismer ofte betragtet som det egentlige problem der skulle løses, og dermed ikke symptomerne i sig selv.

### **Post-ontologiske og dybde-ontologiske modeller – Hvad kan de hver især bidrage med?**

Begge former for generalisering i figuren er baseret på en definition eller antagelse om det sociale eller psykiatriske problems substantielle indhold, og der er nogle ontologiske antagelser knyttet til disse antagelser. Da de metodologiske betingelser for den styringspolitiske udvikling er enkelhed og transparens, synes en kompleksitetsreduktion af

såvel genstand såvel som intervention at have været en nødvendig styringspolitisk forudsætning i denne udvikling. De post-ontologiske problemdefinitioner vejleder organisatorisk, administrativt og fagligt om den fælles behandling og forudsiger sygdomsforløb, dvs. angiver prognosen for en bestemt 'gruppe af lidelser'. Hermed etableres en post-ontologisk forståelse, der foruden praktiske retnings- og handlingsanvisninger ligeledes tjener bestemte organisatoriske, politiske og administrative formål. De post-ontologiske problemdefinitioner baseres således i mindre grad på en interesse i at afdække de dybere sammenhænge, eller mekanismer, der har muliggjort eller produceret de observerede symptomer, eller som kunne etablere en forståelse for, og indsats rettet mod, de bredere kontekstuelle sammenhænge eller samfundsmæssige transformationsprocesser, der kan have medvirket til fænomenets fremtrædelsesform. Helbredelses- og forebyggelsespolitikens historiske og nuværende udformning kan således henledes til modellens niveauer. I den nuværende praksis fremstår behandling og sociale indsatser politisk som værende direkte afledt af diagnose og funktionsniveau i nuet, blandt andet gennem øgede krav om specialisering, hvor bestemte evidensbaserede behandlingsmetoder etablerer en umiddelbar kobling mellem diagnose og metode på baggrund af en forventning om at man hermed kan frembringe sikker viden om hvad der virker for en bestemt gruppe af lidelser. På denne måde er empiristisk generalisering en væsentlig forudsætning for de styringspolitiske målsætninger om en gennemsigtig og omkostningseffektiv offentlig sektor. Det komplekse net af præstationsteknologiske løsninger etablerer hermed mulighedsbetingelserne for en styringsteknologisk integration af ideologisk modsatrettede frigørelsesbegreber, der har indeholdt en bestemt post-ontologisk forståelse for mennesket, dets problemer, samt disses forandringsprocesser.

I denne historiske proces ses ligeledes en udvikling hvor 'øjet' erstatter 'øret' i problemdefinitionsprocessen og dermed også erstatter koblingen til det enkelte menneskes historie og liv, som det beskrives i den Børne- og Ungdomspsykiatriske praksis, såvel som den socialpsykiatriske praksis som en praksis der er mere fokuseret på problemerne "her og nu" og som en praksis der ikke "går ind og graver". Samtidig eksisterer der en erkendelse af at forandringsprocesser ikke opstår af sig selv, og i den forbindelse er 'talens' funktion som ledelsesteknologi opstået på måder hvor dialogen og talen med den sindslidende i denne periode antager en ny form, rettet mod at motivere beboeren til at konstruere konstruktive og



fremadrettede delmål og perspektiver for fremtiden i overensstemmelse med organisationens omverdenskrav og behov.

Problemdefinitionsprocessen forbliver dermed uden for frontpersonales, patienters og beboeres indflydelse i form af det der opfattes som en omsiggribende diagnosekultur, der på flere måder influerer på frontpersonalets handlingsrum i interaktionen med de sindslidende, og fastholder bestemte rolleforventninger til samspillet struktur. Det interessante er hvorledes talen som styringsteknologi (og ikke kommunikationsteknologi) synes at være baseret på antagelser om menneskets autonomi. De handlings- og de præstationsteknologiske styringstiltag etablerer dermed en indre modsætning, i form af en dobbelt-iagttagelse af den sindslidende som på én gang er unik og universel. En dybde-ontologisk epistemologi om situationelle, relationelle sammenhænge som har skabt symptomer på mistro, 'dysfunktionalitet' eller sygdom, udgrænses dermed til fordel for en anskuelse af den sindslidende i nuet, og en iagttagelse af den sindslidendes motivation for forandring. Det bliver hermed op til den sindslidende at skabe sin egen fortælling og ønsker for fremtiden, som en form for autentisk selvrealisering. Det interessante i forhold til denne afhandlings fokus er hvordan Rose (2007) ligesom Dean (1999) lægger vægt på at graden af individuel frihed, der etableres gennem ideer om 'det autonome subjekt', er uden historisk sidestykke. Og det synes, i forlængelse her, relevant at forholde sig til hvorvidt der er en bagside ved de subjektiveringsformer, der søges etableret gennem forskellige liberalistiske post-ontologiske styringsrationaler og praksisser, samt hvorvidt de samfundsmæssige styrings- og løsningsmodeller producerer nye sociale og psykiatriske udtryksformer, problemer og lidelser. Medfører de nye muligheder og krav til mennesket deres egne omkostninger? Det paradoksale er at et blik for sådanne sammenhænge kræver en dybde-ontologisk forståelse for de sociale og psykiske lidelser, herunder disse lidelsers, eller problemers, ætiologi og sociogenese. En forståelse som i 'Frihedens tidsalder', som Rose definerer vores tid, i højere grad udelades som nødvendige iagttagelsesredskaber.

Der eksisterer således et frigørelsesideal i talens funktion i den post-ontologiske model, hvor grundideén synes at være at talen fungerer frigørende hvis den udtrykker det autonome individs ønsker og fremtidsvisioner, mens en modsatrettet form for tale, der beskæftiger sig med en bestemmelse af problemets opkomst, eksistens og kontekstuelle, relationelle og individuelle forandringsmekanismer, i en dybde-ontologisk model, udgrænses fra iagttagelsen og betragtes som værende passé eller gammeldags.

I analysen blev det dog tydeligt at forskellige former for kausalitet, mening og kommunikation, såvel som objektive strukturer af de ansatte, såvel som brugerne, opleves som mulige kausale mekanismer, der muliggør, eller producerer, menneskers adfærd, handlinger og tænkning og dermed de, inden for psykiatrien, diagnosticerede symptomkomplekser, såvel som individets forandringspotentiale. Der eksisterede således modsatrettede tendenser og grundlæggende faglige forskelle på hvorvidt den grundlæggende praksis i mødet med Den Anden bør handle om at observere, beskrive, diagnosticere, og afledt heraf: *behandle* Den Anden, eller om man, for at udrede og behandle Den Anden, må bestræbe sig på at forstå og forklare *hvorfor* Den Anden udviser en, i den sociale kontekst personen indgår i, uacceptabel eller afvigende adfærd. Med dette sidste blik i mødet med Den Anden åbnes op for en bred tolkningsramme i mødet med Den Anden, hvor talen, semiosis, mening og kommunikation ligeledes kan betragtes som generative mekanismer der kan forstærkes, modificeres eller undertrykkes i en kompleks interaktion med andre mekanismer i åbne systemer. I flere af brugernes fortællinger fremkom den subjektive meningdimension som et væsentligt og uomgængeligt aspekt af det sociale liv. Samtidig viste analysen at det sammen med en humanistisk, subjektiv og intersubjektiv ontologi er væsentligt at medtænke samfundets mere objektive aspekters betydning for menneskets mulighedsbetingelser for hvordan, og på hvilken måde, den meningsfulde, autentiske og selvstyrende indholdsudfyldelse af begrebet 'frihed' kan etableres og gøre de psykiatriske patientgrupper i stand til at udøve de forventede selvpraksisser, som der lægges op til i den post-ontologiske model.

I ovenstående Figur 10 er disse sammenhænge forsøgt indkredset. Figuren er i forlængelse heraf baseret på en anerkendelse af at der eksisterer komplekse, lagdelte, eller stratificerede, uobserverbare dele af virkeligheden der influerer på vores tænkning og praksis. I figuren søges denne erkendelse indfanget ved at etablere en analytisk distinktion mellem transitiv viden og de intransitive mekanismer som denne viden omhandler. Dette bevirker at den sociale virkelighed hverken kan eller bør forstås som et sammenhængende hele der udelukkende er modtagelig overfor ét forklarende princip, én teoretisk tilgang, ét metateoretisk perspektiv eller én metodologisk tilgang. Figuren er således ikke tænkt som en afvisning af hverken den neuropsykiatriske forskningstradition eller de post-ontologiske videnskabelige retningers vidensproduktion og potentiale, tværtimod anses disse retningers vidensproduktion som både relevant og anvendelig, *såfremt* rækkevidden af de forskellige

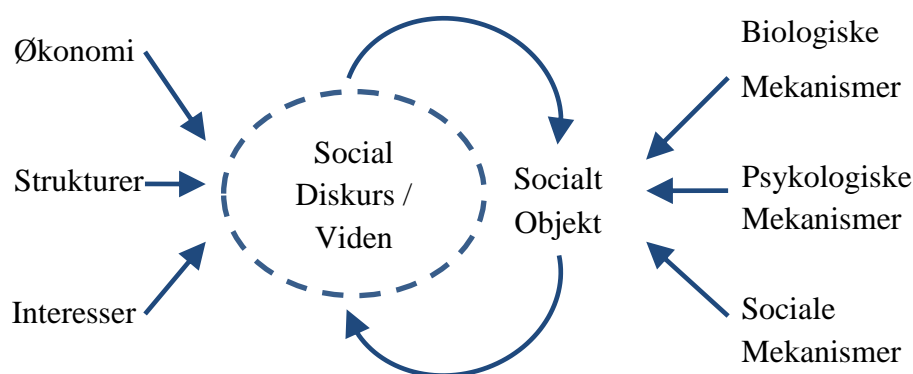
perspektivers erkendelse fremlægges og diskuteres konstruktivt i forhold til det genstandsfelt, fænomen, eller de mennesker og 'det levede liv' som vidensproduktionen er rettet mod. Hverken denne afhandlings resultater eller udtalelserne i praksis bør således læses som utryk for at alle psykiske symptombilleder meningsfuldt kan reduceres til sociale fænomener, men derimod at de postontologiske problemdefinitioner i deres nuværende form etablerer en grundlæggende sammenblanding af adaptive strategier, eksistentielle problemer, intentionelle handlingsmotiver, stressreaktioner, og biologiske eller genetiske individuelle dysfunktioner, som grundlæggende virker forvirrende for praktikere i de udførende led, og som i flere tilfælde fastholder, det den psykiatriske speciallæge definerede som, en 'vedligeholdende psykiatriforståelse', hos de implicerede personer.

For at begribe disse sammenhænge fremstår de styringsteknologiske post-ontologiske modeller, der har indgået i denne undersøgelse, begrænsende i deres nuværende udformning. Det post-ontologiske menneske- og helhedssyn kan således ikke imødekomme et behov for at fastholde vedvarende og mere langsigtede ændringer hos de sindslidende gennem viden om mekanismer, sammenhænge og diskurser der har ledt til problemets opkomst, eksistens og forandringsprocesser. Den præsenterede dybde-ontologiske model er blevet udledt som et forsøg på at begrebsliggøre det dybde-ontologiske erfaringsgrundlag der eksisterer blandt de sindslidende og blandt de ansatte. Den grundlæggende forskningsmæssige interesse handler med en dybde-ontologisk tilgang ikke udelukkende om at observere, beskrive, diagnosticere, og afledt heraf: *behandle* Den Anden, men om at forstå og forklare *hvorfor* Den Anden udviser en, i den sociale kontekst personen indgår i, uacceptabel eller afvigende adfærd, som grundlag for udformningen af den sociale og psykiatriske indsats. Hermed åbnes op for en bred tolkningsramme i mødet med Den Anden, hvor et centralt spørgsmål i mødet med Den Anden, fra foregående eksempel 1 er:

- Hvilke vilkår, forhold og sammenhænge eksisterer, for at X kan være hvad X er?, eller:
- Hvad gør X mulig?

Analysens resultater viste, at for at forstå og forklare hvad der gør X mulig, er epistemologisk erkendelse af problemdefinitionsprocessens afgrænsning af andre menings- og

betydningsystemer relevant. Samtidig fremkom problemdefinitions- og kategoriseringsprocesser i sig selv som mekanismer, der muliggør, eller producerer et bestemt psykopatologisk udtryk hos de implicerede personer. Problemdefinitioner (diagnoser) kan således betragtes som indeholdende en problemrepræsentation, og en subjektposition, baseret på en bestemt ontologi om mennesket, der samtidig indeholder handlingsanvisende svar og foranlediger til bestemte former for social og personlig forandring. I den tidligere præsenterede figur 4, (i det følgende betegnet Figur 11), fremgår dette forhold af den stiplede cirkel der omhandler den sociale diskurs og vidensproduktionen indenfor et bestemt domæne. Det forhold må derfor medtænkes, at samfundsmæssige styrings- og løsningsmodeller i sig selv er medskabere af en problematisering og diagnosticering af bestemte sociale- og psykiatriske udtryksformer, der kan fastholde en 'vedligeholdende psykiatristforståelse' og manifestere sig som problemer og lidelser.



**Figur 11 Viden, Videnskab og Virkelighed**

Men samtidig eksisterede i praksis, blandt de ansatte, en oplevelse af en række samvirkende mekanismer og sammenhænge mellem menneskets intrapsykiske liv og omverdensforhold, som et resultat af forholdet 'person-situation'. Som det kommer til udtryk i figurens højre side.

For at udvikle en nuanceret viden om relationer, sammenhænge og transfaktiske vilkår, der gør X mulig, blev slutningsformerne abduction og retroduktion i den dybde-ontologiske model beskrevet som slutningsformer, der muliggør, at forudsætninger, sammenhænge og strukturer, som ikke eksisterer på det der i realismen defineres som det empiriske niveau, inddrages i forskningsprocessen med et begrebs- og teoriudviklende sigte.

## **Teoriudvikling og begrebsdannelse**

Teoriudvikling og begrebsdannelse bliver med et dybdeontologisk perspektiv på mennesket og dets sociale og psykiatriske problemer, der fremkom i praksis, helt central. Det skyldes flere ting. Dels fremtræder vilkår, sammenhænge og forhold der, jf. ovenstående eksempel, gør X mulig, ikke som deskriptive fakta. Samfundsmæssige transformationsprocesser, sociale relationer, sammenhænge, meningsdimensioner, intentionelle handlemotiver og mekanismer der producerer eller muliggør X, kan således kun forstås og forklares via begreber – såfremt disse findes. Vidensudviklingen implicerer og forudsætter at vi udvikler en iagttagelse og et sprog for at forstå og forklare den menneskelige og sociale virkeligheds dybde-dimension og forandringsprocesser. Med fare for at gentage mig selv, adskiller et ontologisk dybdeperspektiv sig således fra den deskriptive kategorisering, som den kom til udtryk i den diagnostiske praksis i de sociale og psykiatriske institutioner, såvel som de kontinuerlige funktionsevne målinger i den sociale rehabiliteringspraksis, hvor problemets natur og sociogenese og sammenhængen mellem forhold og handlen, eller mellem indsats og recovery i flere tilfælde i analysen forblev ukendt. Med et ontologisk dybdeperspektiv skelnes således på den ene side mellem abstrakte begreber der søger at begrebsliggøre 'underliggende' mekanismer der betydningsfastlægger, muliggør eller producerer et bestemt fænomen, og på den anden side empiriske kategorier (Figur ), der sorterer og kategoriserer de observerbare dele af virkeligheden og empiriske kendetegn i forskellige kategorier, funktionsniveaumålinger, effektmålinger eller diagnoser. Den retroduktive begrebsudvikling bliver således af en anden form end den forskning og praksis der sætter navn på observerbare, deskriptive, målbare empiriske kategorier. Den retroduktive begrebsudvikling handler derimod om at udvikle det teoretiske sprog som kan facilitere en dybere forståelse og forklaring af den sociale virkelighed på forskellige abstraktionsniveauer (Bhaskar 1978:119). I afhandlingens historiske materiale synliggøres hvordan en dybde-ontologisk interesse i begrebs- og teoriudvikling forsvandt i det sociale og psykiatriske felt i den undersøgte periode, samt hvorledes denne udvikling kan henledes til bestemte sociale, teknologiske og managerialistiske diskurser og styringspolitiske målsætninger. Der kan hermed skimtes et praktisk og styringsteknologisk skift fra '**problemforståelser og problemløsninger i**

**dybden**', til **'problemløsning på overfladen'**. En udvikling som lidt provokerende kan betegnes som Det 21. århundredes symptombehandlingsdiskurs.

# Dybder og overflader i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde

---

## Afslutning

Afhandlingens første del er udsprunget af en undren over hvorledes viden udvikles og afvikles i det sociale og psykiatriske felt, samt hvorledes der sammenfaldende med (den manglende) videns- og begrebsudvikling kan identificeres en konstruktion af bestemte objekter, og dermed bestemte problemdefinitioner, forståelses- og forklaringsprog, der udgør et særligt observationspunkt hvorudfra de sociale- eller psykiatriske problemer iagttages.

Et væsentligt omdrejningspunkt i undersøgelsen har således været på et mere overordnet plan, bestående af et analytisk fokus på de *epistemologiske transformationsprocesser der kan identificeres i den styringsteknologiske konstruktion af sociale og psykiatriske problemer*, samt den konstruktion af basale kategorier som de styringsteknologiske løsninger bygger på og legitimerer, og hermed den ontologi om mennesket og det sociale og psykiatriske problem der historisk er blevet konstrueret i et netværk af begreber, teknologier, institutioner og praksisser. Hermed er det blevet belyst hvordan de måder vi styrer på muliggør opkomsten af bestemte 'problemdefinitioner, forståelser og forklaringer' af det sociale og psykiatriske problem. Det er i den forbindelse blevet tydeligt hvordan problemforståelser influerer på den psykiatriske videnskabelighed og transformation, problemforståelser og praksis på netop dette tidspunkt i historien, og dermed, med reference til Benny Lihmes lignelse (2008:30-31) influerer på vores 'søgen efter løsninger og forklaringer'.

Problemdefinitionsprocesser og transformationen i viden om sociale og psykiatriske problemer har dermed været central i analysen for at forstå de historisk skiftende forsøg på at betydningsfastlægge, artikulere og behandle sociale og psykiatriske problemstillinger. De historiske sammenhænge mellem iagttagelsen og diagnosticeringen af de sociale og

psykiatriske udtryksformer og de overordnede politiske løsnings- og styringsmodeller tydeliggør i afhandlingen hvorledes problemdefinitionsprocesser ikke blot kan betragtes som systemer der danner et overblik over diagnoser, symptomer og psykiatriske fremtrædelsesformer i den sociale og psykiatriske praksis, men ligeledes afspejler en transformation i den psykiatriske videnskabelighed og faglige fundament. Forskellige styringstiltags kausalitetsforståelse og videnskabsteoretiske ontologiske positioner bag de mere tekniske, praktiske og metodologiske argumenter der fremføres og er knyttet til blandt andet ud- eller afviklingen af de psykiatriske klassifikationssystemer, samt de senere års efterspørgsel efter evidensbaseret viden, er således blevet trukket frem i denne del af undersøgelsen.

I den samfundsmæssige, organisatoriske, videnskabelige og praktiske udvikling fremtræder helt bestemte måder at forstå, forklare og behandle sociale og psykiatriske problemer der, i de sociale og psykiatriske institutioner, medfører at visse former for adfærd bliver tillagt betydning som individuelle sygdomme, og det er hermed muligt at iværksætte bestemte psykiatriske eller psykosociale indsatser for en 'bestemt gruppe af lidelser' med henblik på at opnå bestemte styringspolitiske målsætninger.

Indsatsen er således af en form der rækker ud over bestræbelserne på at forstå eller forklare det konkrete problem, og i den forbindelse opstår spændinger og modsatrettede behov i de sociale og psykiatriske institutioner mellem intentioner om at opfatte børnene som unikke og helt særegne, og på den anden side eksisterende institutionelle eller styringsteknologiske behov eller forventninger om at børnenes eller de unges diagnoser kunne fungere handlings- og retningsanvisende for den 'bedste (evidensbaserede) standardiserede praksis' for netop *denne gruppe af 'lidelser, sygdomme eller problemer'*.

Det blev i undersøgelsen tydeligt hvorledes bestemte videnskabelige iagttagelsesredskaber og særlige metoder og instrumenter til at afgrænse, kategorisere og diagnosticere de sociale og psykiatriske problemer, privilegeres i den sociale og styringsteknologiske proces samt hvorledes problemdefinitioner fungerede retningsanvisende for hvilke teknikker der anses som anvendelige for at intervenere, forandre og forbedre det der anses som problematisk ved individet. Det jeg især hæftede mig ved i denne sammenhæng var selve problemdefinitionsprocessen, med særlig vægt på den styringsteknologiske og historiske konstruktion af det sociale objekt, hvor der kunne observeres en række *epistemologiske*



*transformationsprocesser i den styringsteknologiske begrebsudvikling og konstruktion af sociale og psykiatriske problemer.*

En væsentlig konklusion på baggrund af analysens resultater er i forlængelse heraf at teorierne der 'forsvandt' i perioden fra 1980'erne og frem i Danmark primært var det teoretiske grundlag for begrebs- og teoriudvikling rettet mod dybdeontologiske forklaringsmodeller. Derimod udvikles i samme periode et kvalificeret socialvidenskabeligt grundlag for afhjælpe *konsekvenserne* af den psykiatriske (biologiske, genetiske) lidelse på mest effektive vis, og socialpsykiatrien udviklede sig på dette grundlag i Danmark. Som sådan fik socialpsykiatrien en funktion som blev yderst væsentlig og presserende som følge af de sociale konsekvenser af decentraliseringen af den psykiatriske indsats, og der opstod nye teknologier til socialt og psykiatrisk arbejde i form af empowerment-programmer, motiverende samtaler og sociale kontrakter der samlet set, med reference til Foucault, kan beskrives som en ny diskursiv formation i form af nye institutioner, teknologier og praksisser som i denne periode producerer og reproducerer nye vilkår og former for begrebsdannelse og praksis, med særlig vægt på individet som selvhjulpent på trods af sin funktionsnedsættelse.

I disse nye problemdefinitioner og perspektiver der opstod i perioden fra 1980 og frem i Danmark ses konturerne af det jeg i analysens del 2 definerede som forskellige **ontologiske modeller** om mennesket og sociale og psykiatriske problemstillinger i forskning og praksis, hvilket blev uddybet i afhandlingens del 2, med særligt fokus på:

*Hvilke **ontologiske modeller** om sociale og psykiatriske problemstillingeres opkomst, eksistens og forandringsprocesser kan identificeres historisk og aktuelt i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde?*

Analysen pegede på hvorledes der fra 1980'erne og frem herhjemme er blevet etableret et post-ontologisk model om menneskets sociale og psykiatriske problemstillinger. Hvor det styringsteknologiske og videnskabelige fokus på udvikling af effektive metoder i det psykiatriske felt i denne sammenhæng henviser til en bestemt antagelse om den sociale, psykologiske og biologiske virkelighed hvor bestemte problemhorisonter bliver mulige for aktørerne at trække på, mens andre glider i baggrunden. Individets psykiske problem henledes i den forbindelse primært til en individuel dysfunktion, der betragtes som værende muligt for individet at ændre gennem nye handlingsteknologier, heriblandt de psykoedukative programmer inden for hospitalspsykiatrien og de motiverende samtaler som de kom til udtryk

i den specialiserede socialpsykiatri. Der lægges i de handlingsteknologiske mikropraksisser vægt på ressourcer og mestring, samt individets og de nære relationers motivation og engagement i forhold til aktivt at påtage sig et ansvar for denne forandringsproces. Der kan være mange positive mulighedsbetingelser i denne diskurs, blandt andet en afstand fra tidligere tiders forestillinger om psykiske sygdomme som kroniske og uhelbredelige, et fokus på ressourceperspektiver, håb og aktiv inddragelse i eget sygdomsforløb. Når fokus derimod er på afhandlingens tre centrale begreber viden, videnskabelighed og virkelighed bliver det på den anden side tydeligt hvorledes sociologien, socialpsykologien og socialvidenskaben inden for denne model fastholdes i en position hvis rolle er at udvikle viden rettet mod at afhjælpe *konsekvenserne* af det der defineres som den psykiatriske (biologiske, genetiske) lidelse, på mest effektive vis. Hermed opretholdes samspillet struktur og arbejdsdeling i den organisatoriske virkelighed.

## **Helhedsorienterede modeller på flere niveauer**

### **Definitionsragt eller behandling?**

Den post-ontologiske model og den dybde-ontologiske model synliggjorde hvorledes forskellige ontologiske modeller på forskellig vis *bidrager til vidensudvikling, integration og syntese af biologiske, psykologiske, samfundsmæssige og sociale vidensformer i teoretisk såvel som praktisk tilgang*. Det blev i den forbindelse klart at modellernes forskellige forståelser og forklaringer, kausalitetsforhold, menneskesyn og ontologiske forståelser og refleksioner vedrørende essensen af det sociale problem (psykiatriske lidelse) som de institutionelle tiltag forventes at behandle, løse, eller kompensere for, på forskellige måder kan betegnes 'helhedsorienterede'. Den post-ontologiske model og den dybde-ontologiske model eksemplificerede i forlængelse heraf forskellen på de ontologiske positioner, samt forskellen på dybde- og overfladeperspektiver i det sociale og psykiatriske arbejdes vidensgrundlag og praksis. Det blev i den forbindelse tydeligt hvorledes der med en post-ontologisk model etableres et rum for helhedsorienterede modeller på 'overfladen', hvor individets kognition og mulige handlingsregulering gør det muligt at regulere, mestre og forandre de sociale og psykologiske *konsekvenser*, der er afledt af den genetiske eller biologiske sårbarhed, dysfunktion eller sygdom, uden at specificere hvad denne 'sygdom' består i. Det post-ontologiske helhedssyn og bio-psyko-sociale konsensus og arbejdsdeling

synes således at tjene implicitte styringsteknologiske behov og en praktisk, såvel som videnskabelig, ansvarsdeling i en decentraliseret struktur, som det nye psykiatriske interventionsfelt fra 1980'erne udgøres af.

Samtidig stiller decentraliseringen og de nye organisatoriske strukturer krav om sammenhæng og integration af vidensformer i den almenpsykiatriske tænkning, hvilket nødvendiggør overvejelser omkring institutionernes funktion, vidensgrundlag, praksis og selvstændige positionering som fagfelt i denne udvikling. Socialpsykiatriens kamp for en højere status og et mere ligeværdigt samarbejde med hospitalspsykiatrien synes, på baggrund af analysens resultater, at være en kamp der kæmpes uden at socialpsykiatrien reelt kan opnå større indflydelse på problemdefinitionsprocessen, eller betydningsfastlæggelsen, af de sociale og psykiatriske problemstillinger. Den post-ontologiske models bevægelse væk fra en forskningsmæssig interesse i sociogenesiske forklaringsmodeller, ætiologi, samt udvikling af viden om sociale og psykiatriske problemstillings opkomst, eksistens og forandringsprocesser, samt den strenge adskillelse mellem teori og empiri, der ses i denne udvikling, medfører at andre paradigmers teoretiske forståelse for de psykiatriske symptomers eventuelle kontekstuelle forankring, udtryk og funktion ikke forudsættes for at iværksætte psykiatrisk udredning, diagnosticering og behandling. Den manglende styringsteknologiske og videnskabelige interesse i at beskæftige sig med kausalitetsforhold, ætiologi og sociogenese medfører, i forlængelse heraf, en cirkelsluttende bevægelse og en begrænsning af den umiddelbare kritik af det bio-medicinske paradigmes problemdefinitionsragt, som det fremkom i den dominerende post-ontologiske model.

En dybde-ontologisk helhedsorienteret model er af en anden art, hvis erkendelsesinteresse er rettet mod et andet ontologisk niveau, med baggrund i de forskellige multikausale antagelser om problemets ontologi som fremkom i praksis, blandt praktikere i de udførende led, og blandt de sindslidende. Der etableres inden for denne model en bevægelse 'i dybden', forstået som en vurdering af det individuelle sygdomsudtryk og substantielle grundindhold i de psykiatriske eller sociale symptomer, og dermed en mere kompleks og pluralistisk kausalitetsforståelse. En helhedsorienteret integration og syntese mellem forskellige vidensopfattelser rettes dermed mod at betydningsfastlægge og forstå og forklare de individuelle problematikker, sociale og kontekstuelle sammenhænge og mekanismer, der har muliggjort problemstillingen hos den enkelte. Med afsæt i en dybde-ontologisk model

tydeliggøres hvorfor en anvendelse af de diagnostiske kategorier og symptombilleder som den væsentligste handlingsanvisende viden som grundlag for bio-psyko-social vidensakkumulation, i praksis synes at formidle en grundlæggende sammenblanding af sociale, psykologiske og biologiske karakteristika og intransitive mekanismer, der fastholder bestemte problemdefinitioner, subjektpositioner og rolleforventninger til de sindslidende. Den dybde-ontologiske model synliggør samtidig en anden interesse i erkendelse af virkelighedens kompleksitet og transitive såvel som intransitive elementer og mekanismer. I analysen fremkom forskellige bud på hvorledes en bevægelse 'i dybden' muliggør at problemer og symptomer forsøges forstået og forklaret i en relationel, situationel kontekst, hvor symptombillederne ikke defineres som en tilstand knyttet til personen alene, men som et resultat af forholdet person-situation (Gannik 2008:50). De sociale eller psykiatriske problemer betragtes hermed som værende af en form hvor flere kausalitetsforståelser, niveauer og discipliner er nødvendige for at nuancere og begribe fænomenernes kompleksitet og definere feltets grund- og gyldighedsforhold på måder hvor overvejelser, der vedrører de etablerede kategoriers validitet, tages med i udformningen af kategorierne (diagnoserne). Den analytiske distinktion mellem det post-ontologiske menneskesyn og det dybde-ontologiske menneskesyn tydeliggør de ontologiske modellens forskelligheder og deres forskellige problemdefinitioner og måde at intervenere i forhold til psykisk sygdom på, og understreger forskellen mellem dybder og overflader i det sociale og psykiatriske arbejde. En styringsteknologisk understøttelse af den post-ontologiske model synes dermed at blive fanget i en indre modsætning, hvor de styringsteknologiske løsninger understøtter et viljefremmende og ressourceallokerende ansvar hos praktikere såvel som beboere 'i nuet', men hvor de 'bagudrettede mekanismer' og sammenhænge som i et komplekst samspil indholdsfylder de sindslidendes sociale eller psykiatriske problem, roller, kommunikation og identitetsdannelse, forbliver uafklarede 'baggrundsforhold', der ikke understøttes af en styringsteknologisk interesse i videns- og begrebsudvikling, der vedrører sammenhængen mellem disse *forhold*, og de sindslidendes fremtidige *handlen*.

## **Afhandlingens metodologiske bidrag til det sociale og psykiatriske arbejdes erkendelsesteoretiske grundlag**

I afhandlingen argumenteres for en ny åbenhed over for mulighederne og fordelene ved at kombinere forskellige perspektiver i et samlet design for hermed at begribe virkelighedens kompleksitet på en måde hvor grundlaget for dekonstruktiv kritik såvel som analytisk rekonstruktion bevares.

Afhandlingens afsluttende forskningsspørgsmål, der omhandlede et bud på *hvordan den styringsteknologiske og videnskabelige udvikling kan begrebsliggøres på en måde der bidrager til det sociale og psykiatriske arbejdes erkendelsesgrundlag og fremtidige vilkår for begrebsdannelse og praksis*, kan således besvares ved at vende tilbage til afhandlingens metodologiske opbygning og bud på hvorledes en 'realistisk governmentality-analyse' kan overskride den videnskabelige erkendelsesteoretiske rækkevidde og de analytiske begrænsninger, der fremtræder ved forskellige perspektivers vidensproduktion, uden herved at forlade den teoretiske indsigt og begrebsapparat som forskellige perspektiver præsenterer.

Når Rose således afslutter bogen 'Livets politik' med ordene:

De kritiske samfundsvidenskaber har også brug for at forstå, at den dybeste tanke er den, der forbliver på overfladen (Rose 2007:325),

fastholder han dermed dels et blik på diskurser, styringsteknologiske udviklingstendenser og transformationsprocesser i forholdet mellem viden, videnskabelighed og virkelighed, der ikke søger efter bagvedliggende årsager, interesser og strukturer der kan forklare de menneskelige, sociale, videnskabelige og styringsteknologiske forskydninger og der etableres en mere grundlæggende analytisk begrænsning i muligheden for at udvide og nuancere forståelsen for de sociale og psykiatriske lidelser.

Uden en sådan ekstern reference til, og indsigt i, de mennesker som det handler om, begrænses ligeledes muligheden for at vurdere meningsfuldheden og anvendeligheden af de styringspolitiske løsninger, og analyserne ender i en form for 'judgemental relativism', hvor alle diskurser og styringspolitiske tiltag i princippet bliver lige gode. Analyserne, såvel som de styringsteknologiske bevægelser, etablerer dermed en cirkelsluttende bevægelse, der gør det svært at træde ud af diskursen og vurdere meningsfuldheden og anvendeligheden af de

styringsteknologiske løsninger, og mulighederne for fremadrettet rekonstruktion bliver dermed begrænset.

Ved derimod at relatere de anvendte psykiatriske løsningsmodeller, håndteringsstrategier og behandlingsmetoder til de mennesker det handler om, og til det samfund vi lever i, relateres spørgsmålet om samfundsmæssig ansvarlighed til praksis, og der dukker et sæt af komplementære modpoler op omkring begreberne skyld og ansvar og voluntaristiske og deterministiske menneskesyn i sundheds- og socialpolitikken – såvel som i forskningen. Debatten om voluntarisme og determinisme, ansvar og skyld er således knyttet til spørgsmålet om årsager og kausalitet. Når fænomener, som i den diagnostiske praksis, eller i de randomiserede kontrollerede eksperimenter beskrives, forstås og behandles uafhængigt af konteksten, reduceres forståelsen for de komplekse, samvirkende mekanismer, som i den bestemte kontekst producerer eller muliggør det observerede fænomen, hvad enten fænomenet er psykiatriske symptomer, eller observerede effekter af bestemte interventionsformer.

Afhandlingens metodologiske opbygning søger at udfordre traditionelle paradigmatisk grænser for vidensproduktion og erkendelsesinteresser samt tidligere diskussioner og kontroverser mellem realistiske og konstruktionistiske perspektiver. Grænserne for de tilsyneladende divergerende og inkompatible realistiske og konstruktionistiske perspektivers vidensproduktion er blevet anvendt aktivt i et analytisk design, hvor forskellige perspektiver indeholder en forklaringskraft i forhold til forskellige dele af virkeligheden. Mens Foucaults og governmentality-analysens kritik er dekonstruktiv og ikke ontologisk, muliggør denne afhandlings indføring af realistisk ontologi et analysestrategisk skridt videre fra konstruktionistisk dekonstruktion til realistisk rekonstruktion, eller rekontekstualisering i afhandlingens del 2 og 3. Hermed etableres et muligt bud på hvorledes det er muligt at forholde sig metodologisk til de analytiske fordele såvel som begrænsninger som perspektiverne etablerer. Governmentality-studierne tilbyder et yderst anvendeligt begrebsapparat til analyser af styring i liberalistiske samfundsstrukturer, og jeg anser denne viden som uomgængelig i denne afhandlings analyse af den diskursive videnskabelige udvikling og epistemologiske transformationsprocesser der har præget det sociale og psykiatriske domæne. Men disse studier rummer også nogle analytiske begrænsninger, dels som følge af governmentalityanalytikkens frihedsbegreb hvor det forbliver utydeligt hvad genstandsfelts konstituerende egenskaber er, og dermed hvorledes en sammenhæng mellem

forhold, erkendelse og handlen kan etableres på måder hvor de implicitte frihedsidealere kan realiseres. Uden en sådan ekstern realistisk reference til de mennesker som det handler om, begrænses ligeledes muligheden for at vurdere meningsfuldheden og anvendeligheden af de styringspolitiske løsninger, konstruktioner af det sociale objekt, såvel som de subjektiveringsprocesser, der etableres.

Afhandlingen er således baseret på en betragtning om at epistemologisk kritik tilbyder et væsentligt analytisk redskab til at opløse den selvfølghelighed der præger visse organisatoriske, videnskabelige, styringsteknologiske og samfundsmæssige ændringer og udviklingstendenser. Samtidig anser jeg ikke kritik alene som værende grundlag for en fremadrettet udvikling. Som Kuhn påpegede (1962) har kritik alene aldrig ført til nogen større paradigmeændringer (Kuhn 1962). Paradigmeændringer kræver derimod et realistisk, frugtbart, forskningsegnet alternativ – en paradigmekandidat, som Brante pointerer (2006). Med udgangspunkt i den aktuelle governmentality-litteratur og den genealogiske analysestrategi, har denne undersøgelses ambition været at etablere et sammenhængende begrebsapparat, der kan begribe de historiske bevægelser i viden, videnskabelighed og vores forståelser for virkeligheden som er indlejret i de sociale og styringsteknologiske bevægelser i arbejdet med social og psykiatrisk behandling og rehabilitering på en måde hvor det udledte begrebsapparat anvendes som iagttagelsesredskab af brugernes og praktikernes oplevelser og erfaringer med et begrebs- og praksisudviklende sigte. Der etableres hermed et metodologisk alternativ baseret på en realistisk antagelse om at det er den virkelighed vi studerer der må være styrende for vores valg af metoder og tilgange. Metoder og teorier må således udvikles og nuanceres så de tilpasses den virkelighed vi studerer og ikke omvendt.

På baggrund af undersøgelsens resultater kan det afslutningsvis konkluderes at denne undersøgelse og afhandling ikke er udtryk for en ny sandhed i det sociale og psykiatriske arbejde med sindslidende. Den er snarere udtryk for at ”gamle sandheder”, betragtninger og erkendelser i mødet med Den Anden stadigvæk er centrale, men komplicerede at tackle. Afhandlingens- og undersøgelsens resultater peger desuden på at mulighederne er til stede for at udvikle en realistisk psykiatrisk videnskabelighed, der er i stand til at imødekomme de behov for mening og en mere nuanceret forståelse for det individuelle menneskes liv, historie, handle- og reaktionsmønstre, som de sindslidende og de ansatte i de udførende led efterlyser, og som er i stand til at udforske de sociale (re)habiliteringsindsatser, samt

hospitalspsykiatriens problemstillinger på det komplekse niveau hvor de befinder sig. Hvor en erkendelsesteoretisk interesse i at forstå hvad vi endnu ikke ved om de mennesker det handler om, er drivkraften i vidensudviklingen. Hvor problemdefinitionernes videnskabsteoretiske grundlag og konsekvenserne i behandlingen er i centrum. Og hvor der åbnes op for nye muligheder for at integrere vidensformer og kausalitetsforståelser på måder der anser uerkendte dybdestrukturer som adgangen til viden, ikke kun om sociale og psykiatriske problemer og de mennesker det handler om, men ligeledes om os selv og det samfund vi lever i.

Men samtidig viser afhandlingen, at udviklingen af et sådant erkendelsesteoretisk grundlag samtidig kræver en epistemologisk erkendelse af at bestemte vidensformers og problemforståelsers anerkendelse og gyldighed fremkommer i gensidige forbindelser med bestemte styringsteknologiske diskurser, der muliggør bestemte problemforståelser, beskrivelses- og forklaringsprog, og udelukker andre. Og at en forståelse for denne sammenhæng er væsentlig at medtænke i en samlet forståelse for den aktuelle sociale og psykiatriske videnskabelighed, og dennes funktion og transformation på netop dette tidspunkt i historien.



## Summary

---

The thesis "Depths and surfaces in management, knowledge and practice in social and psychiatric work" examines whether specific management technological processes bring about specific tools of observation and particular methods and instruments for outlining, categorizing and diagnosing social and psychiatric problems. In this context, my main area of focus is the process of problem definition and thus the management technological and historical construction of the social and psychiatric problem. In other words, I have focused on examining the historical and management technological construction of what constitutes problems, as well as the specific problem solving strategies established to intervene, alter and improve that which is considered problematic about the individual.

A significant part of the thesis consists of a fundamental scientific theoretical discussion of the possibilities and advantages of challenging traditional paradigmatic boundaries of knowledge production and interests. Particularly, the thesis challenges previous discussions between realistic and constructionist perspectives, and actively utilizes the limits of the knowledge production of the different perspectives in an analytical design in which different perspectives carry explanatory power concerning different aspects of reality. The methodological structure of the thesis thus constitutes a methodological suggestion as to how a 'realistic governmentality analysis' can transcend the scientific knowledge theoretical scope and the analytical limitations which arise from a traditional division of constructionism and realism, without abandoning the theoretical insight and the system of concepts supplied by the different perspectives. A particular area of focus is the analytical limitations of discourse and governmentality analyses in terms of conceptualizing the depth-ontological basis of experience of the mentally ill and the professionals in the field.

The empirical attention of the thesis is directed at:

- The emergence of the evidence-producing institutions as well as the knowledge which these institutions can produce
- The international classification systems (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, APA) and The International Classification of Diseases (ICD-10, WHO))

- The psycho-educative programs in the practice of hospital psychiatry
- The measurements of the level of functionality in the field of specialized socio-psychiatry, based on the Danish Quality Model (DDKM)
- Motivational conversations in the field of specialized socio-psychiatry

The thesis also includes a qualitative empirical data material made up by focus group interviews, observation and individual interviews in cooperation with the following institutions:

- The Social and Psychiatric unit as well as a quality department, with its thorough knowledge of the quality work in the social and psychiatric field
- A socio-psychiatric residential institution for adults
- A socio-psychiatric residential institution for children and adolescents
- A hospital psychiatric unit for children and adolescents
- Data from the Psychosis project. A database containing 90 qualitative interviews with patients, users and professionals in the field of treatment and social psychiatry in Denmark. The material was collected in the years 1997 -2010 with a particular focus on uncovering the self-perception, identity formation, social roles and relations and forms of communication of patients in the interaction with treatment professionals and the surroundings. The material was collected by Kjeld Høgsbro and Bent Rosenbaum in the years 1997-2010.

The thesis is divided into three parts, which examine:

The epistemological transformation processes which can be identified in the management technological construction of social and psychiatric problems

The ontological models of human beings and the social and psychiatric issues which are established as a management technological discourse as well as in research and practice at this point in time.

The significance of different ontological models for the accumulation of knowledge, integration and synthesis of different forms of knowledge in theoretical understanding as well as in practical approaches.

The thesis concludes with a discussion of how the historical and current management technological and scientific development can be conceptualized in a way that can contribute to the basis of knowledge and future conditions of concept-formation and practice of psychiatric work.

Thus, the thesis has focused significantly on a more general level in that there is a discourse analytical focus on the epistemological transformation processes that are identifiable in the management technological construction of social and psychiatric problems, as well as the construction of basic categories that the management technological solutions are based on and legitimize. In other words, there is a focus on the ontology of man and the social and psychiatric problem which has historically been constructed in a network of concepts, technologies, institutions and practices. In this way, it has been shown how the forms of management we choose enable the emergence of specific ‘problem definitions, understandings and explanations’ of the social and psychiatric problem. In the thesis, the historical connections between the observation and diagnosis of the social and psychiatric problems and the general political solutions and management models illustrate how processes of problem definition are not only to be seen as systems that create an outline of diagnoses, symptoms and psychiatric manifestations in the social and psychiatric practice, but also reflect a transformation in the scientific character and professional foundation of psychiatry. In this context, the examination has foregrounded the understanding of causality and scientific ontological positions of different management approaches, which are usually concealed behind the more technical, practical and methodological arguments which are presented, and which are connected to the development of the psychiatric classification systems as well as the demand for evidence-based knowledge of recent years, among other things.

One significant conclusion based on the results of the analysis is that in Denmark in the period from 1980 and onward, new problem definitions and new perspectives on the mentally ill arose, and that it is possible to glean two specific ontological models of man and of social and psychiatric issues in research and practice from this development. In the thesis, these models are presented as respectively a post-ontological general view and view of human

nature and a depth-ontological general view and view of human nature. The models illustrate fundamental differences between the three key terms in the thesis: knowledge, science and reality in the management and practice ideals that emerged in the aspects of the analysis. Based on the ontological models, the thesis discusses the practical and analytical differences and opposing tendencies that emerged from the empirical material, in which a complex network of action and performance technological solutions establish the conditions for a management technological integration of ideologically opposing concepts of liberation, which carry a certain post-ontological understanding of human beings, their problems and their processes of transformation, especially in recent years.

Practitioners describe a confusion of symptoms and functional defects which arise primarily out of societal, social and interpersonal relations with biological or cognitive individual dysfunctions, and they call for a scientific and practical recognition of the fact that knowledge of these connections is dependent on research and the development of concepts, theories or models which supply an interpretation of the concrete social or psychiatric issues and an idea of the mutual relations between the different structures, connections and mechanisms which have enabled or produced the psychiatric symptom image.

This opens up a wide frame of interpretation in the meeting with The Other, and the depth-ontological model emerges as a model which creates an opportunity for premises, connections and structures which are not directly observable to be applied in the research process with the purpose of developing concepts and theory.

The final part of the thesis returns to the methodological structure of the thesis, as well as its call to challenge traditional paradigmatic boundaries of knowledge production and interests. The limitation of governmentality analysis in terms of conceptualizing the depth-ontological basis of experience that exists among the mentally ill and the professionals in the field has been a significant area of focus. Another significant area of focus has been the possibility to transcend the knowledge theoretical scope of different perspectives in order to establish a methodological starting point to evaluate the meaningfulness and applicability of the management political solutions, as well as the possibilities and the premises for incorporating previously unrecognized connections and structures in the research process with the purpose of developing concepts and theory.

## Resumé

---

I afhandlingen ”Dybder og overflader i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde” undersøges hvorvidt der i en bestemt styringsteknologisk proces, etableres bestemte iagttagelsesredskaber og særlige metoder og instrumenter til at afgrænse, kategorisere og diagnosticere sociale og psykiatriske problemer. Det jeg især har hæftet mig ved i denne sammenhæng, er selve problemdefinitionsprocessen og dermed den styringsteknologiske og historiske konstruktion af det sociale og psykiatriske problem. Jeg har dermed lagt vægt på at undersøge hvorledes der historisk og styringsteknologisk konstrueres en bestemt diagnosticering af, hvad der er problemer, og hvordan disse problemer skal forklares – samt de særlige strategier for problemløsning der etableres for at intervenere, forandre og forbedre det der anses som problematisk ved individet.

En væsentlig del af afhandlingen består af en grundlæggende videnskabsteoretisk diskussion af mulighederne og fordelene ved at udfordre traditionelle paradigmatisk grænser for vidensproduktion og erkendelsesinteresser. I afhandlingen udfordres især tidligere diskussioner mellem realistiske og konstruktionistiske perspektiver, og grænserne for de forskellige perspektivers vidensproduktion anvendes aktivt i et analytisk design, hvor forskellige perspektiver indeholder en forklaringskraft i forhold til forskellige dele af virkeligheden. Afhandlingens metodologiske opbygning fremstår således som et metodologisk bud på hvorledes en ’realistisk governmentalityanalyse’ kan overskride den videnskabelige erkendelsesteoretiske rækkevidde og de analytiske begrænsninger der fremtræder ved en traditionel opdeling mellem konstruktionisme og realisme, uden herved at forlade den teoretiske indsigt og begrebsapparat som de forskellige perspektiver præsenterer. Især er diskursanalysens og governmentality analysens analytiske begrænsninger i forhold til at begrebsliggøre det dybde-ontologiske erfaringsgrundlag, der eksisterer blandt de sindslidende og blandt de ansatte, blevet diskuteret.

Afhandlingen er udformet med empirisk opmærksomhed på:

- Fremkomsten af de evidensproducerende institutioner, samt den viden disse institutioner er i stand til at frembringe
- De internationale klassifikationssystemer (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, APA) og The International Classification of Diseases (ICD-10, WHO)
- De psykoedukative programmer i den hospitalspsykiatriske praksis
- Funktionsniveau målingerne i den specialiserede socialpsykiatri, med baggrund i Den Danske KvalitetsModel (DDKM)
- Motiverende samtaler i den specialiserede socialpsykiatri

Herudover indgår et kvalitativt empirisk datamateriale i form af fokusgrupeinterviews, observation og enkelt-persons interviews i samarbejde med følgende institutioner:

- Psykiatri og Social enheden, samt kvalitetsafdelingen i en større dansk region med indgående kendskab til kvalitetsarbejdet indenfor det psykiatriske og sociale område.
- En socialpsykiatrisk døgninstitution indenfor voksenområdet
- En socialpsykiatrisk døgninstitution indenfor området børn og unge
- En hospitalspsykiatrisk enhed for børn og unge
- Data fra Psykoseprojektet. En database på 90 kvalitative interviews, med patienter, brugere og professionelle indenfor behandlings- og socialpsykiatrien i Danmark. Materialet blev indsamlet i årene 1997 - 2010 med særlig henblik på at afdække patienternes selvforståelse, identitetsdannelse, sociale roller og relationer og former for kommunikation i interaktionen med behandlere og omgivelser. Materialet er indsamlet af Høgsbro og Rosenbaum i årene 1997 – 2010.

Afhandlingen er bygget op som tre dele, hvor det undersøges:

- Hvilke epistemologiske transformationsprocesser der kan identificeres i den styringsteknologiske konstruktion af sociale og psykiatriske problemer
- Hvilke ontologiske modeller om mennesket og sociale og psykiatriske problemstillinger der etableres som en styringsteknologisk diskurs, såvel som i forskning og praksis på dette tidspunkt i historien – samt hvilken betydning forskellige ontologiske modeller har for vidensakkumulation, integration og syntese af forskellige vidensformer i både teoretisk forståelse og praktisk tilgang
- Afsluttende diskussion af hvordan den historiske og aktuelle styringsteknologiske og videnskabelige udvikling kan begrebsliggøres på en måde der bidrager til det sociale og psykiatriske arbejdes erkendelsesgrundlag og fremtidige vilkår for begrebsdannelse og praksis

Et væsentligt omdrejningspunkt i afhandlingen har således været på et mere overordnet plan, bestående af et diskursanalytisk fokus på de **epistemologiske** transformationsprocesser der kan identificeres i den styringsteknologiske konstruktion af sociale og psykiatriske problemer samt den konstruktion af basale kategorier som de styringsteknologiske løsninger bygger på og legitimerer, og hermed den ontologi om mennesket og det sociale og psykiatriske problem der historisk er blevet konstrueret i et netværk af begreber, teknologier, institutioner og praksisser. Hermed er det blevet belyst hvordan de måder vi styrer på, muliggør opkomsten af bestemte 'problemdefinitioner, forståelser og forklaringer' af det sociale og psykiatriske problem. De historiske sammenhænge mellem iagttagelsen og diagnosticeringen af de sociale og psykiatriske udtryksformer og de overordnede politiske løsnings- og styringsmodeller tydeliggør i afhandlingen hvorledes problemdefinitionsprocesser ikke blot kan betragtes som systemer der danner et overblik over diagnoser, symptomer og psykiatriske fremtrædelsesformer i den sociale og psykiatriske praksis, men ligeledes afspejler en transformation i den psykiatriske videnskabelighed og faglige fundament. Forskellige styringstiltags kausalitetsforståelse og videnskabsteoretiske ontologiske positioner bag de mere tekniske, praktiske og metodologiske argumenter der fremføres og er knyttet til blandt andet ud- eller afviklingen af de psykiatriske klassifikationssystemer samt de senere års

efterspørgsel efter evidensbaseret viden, er i den forbindelse blevet trukket frem og analyseret.

En væsentlig konklusion på baggrund af analysens resultater er, at der i perioden fra 1980 og frem i Danmark opstod nye problemdefinitioner og perspektiver på de sindslidende og at der i denne udvikling kan udledes især to **ontologiske modeller** om mennesket og sociale og psykiatriske problemstillinger i forskning og praksis. Modellerne blev i afhandlingen præsenteret som hhv et post-ontologisk menneske- og helhedssyn og et dybde-ontologisk menneske- og helhedssyn. Modellerne tydeliggør grundlæggende forskelle mellem afhandlingens tre væsentlige begreber: viden, videnskab og virkelighed i de styringspraksisidealer der fremkom gennem analysens dele. Med baggrund i de ontologiske modeller diskuteres de praktiske og analytiske forskelle og modsatrettede tendenser, der fremkom i det empiriske materiale, hvor et komplekst net af handlings- og præstationsteknologiske løsninger etablerer mulighedsbetingelserne for en styringsteknologisk integration af ideologisk modsatrettede frigørelsesbegreber der især de senere år har indeholdt en bestemt post-ontologisk forståelse for mennesket, dets problemer, samt disses forandringsprocesser.

Af praktikere i de udførende led beskrives en sammenblanding af symptomer og funktionsnedsættelser der primært handler om samfundsmæssige, sociale og interpersonelle forhold, med biologiske, eller kognitive individuelle dysfunktioner, og der efterlyses en forskningsmæssig og praktisk erkendelse af at viden om disse sammenhænge forudsætter forskning og udvikling af begreber, teorier eller modeller som tilbyder en tolkning af de konkrete sociale eller psykiatriske problemstillinger, og en ide om de interne relationer mellem de forskellige strukturer, sammenhænge og mekanismer, der har muliggjort eller produceret det sociale eller psykiatriske symptombillede. Hermed åbnes op for en bred tolkningsramme i mødet med Den Anden, og den dybde-ontologiske model blev udledt, som en model der muliggør, at forudsætninger, sammenhænge og strukturer som ikke er direkte observerbare inddrages i forskningsprocessen med et begrebs- og teoriudviklende sigte.

I afhandlingens sidste del vendes tilbage til afhandlingens metodologiske opbygning samt opfordring til at udfordre traditionelle paradigmatisk grænser for vidensproduktion og erkendelsesinteresser. Governmentality analytikkens begrænsning i forhold til at begrebsliggøre det dybde-ontologiske erfaringsgrundlag, der eksisterer blandt de sindslidende og blandt de ansatte i de udførende led blev især diskuteret, samt mulighederne for at



overskride forskellige perspektivers erkendelsesteoretiske rækkevidde for hermed at etablere et metodologisk udgangspunkt for at vurdere meningsfuldheden og anvendeligheden af de styringspolitiske løsninger, samt mulighederne og forudsætningerne for at ikke tidligere erkendte sammenhænge og strukturer inddrages i forskningsprocessen med et begrebs- og teoriudviklende sigte.

# Litteraturliste

---

## Bøger og artikler

Agamben, G. (1998): *Homo Sacer. Sovereign Power and Bare Life*. Stanford University Press

American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, third edition, Washington, D.C.

American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. Washington, D.C.

Andersen, Carsten & Anita Barfod (2000): *Kvalitet og holdninger i socialpsykiatrien*, Fagligt Netværk Socialpsykiatri

Andersen, Niels Åkerstrøm (1999): *Diskursive analysestrategier*, Nyt fra samfundsvidenskaberne, København

Andersen, Niels Åkerstrøm (1999): *Diskursive analysestrategier –Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*, Nyt fra Samfundsvidenskaberne, København

Andersen, Niels Åkerstrøm (2003): *Borgerens kontraktliggørelse*, Hans Reitzels Forlag, København.

Andersen, Svend Aage (2007): *Kritisk realisme som perspektiv i socialt arbejde*, Social Skriftserie, Via University College, Socialrådgiveruddannelsen i Århus

Andrew Barry, Thomas Osborne & Nikolas Rose (eds.) (2006): *Foucault and Political Reason. Liberalism, Neo-Liberalism and Rationalities of Government*, UCL Press, pp. 231-51.

Antoft, Rasmus, Michael Hviid Jacobsen, Anja Jørgensen & Søren Kristiansen (2007): *Håndværk og Horisonter Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*, University of Southern Denmark Studies in History and Social Sciences, vol. 336

Archer, M. S., R. Bhaskar, A. Collier, and T. Lawson, eds. (1998): *Critical realism: Essential readings*. Routledge. London

Bacchi. C.L (2009): *What's the problem represented to be?* Frenchs Forest: Pearson

Bachrach, L. (1978): *A Conceptual Approach to Deinstitutionalization* Hospital and Community Psychiatry vol. 29/9

- Baert, P. (2005): *Philosophy of the Social Sciences: Towards Pragmatism*. Cambridge: Polity Press.
- Bateson, G. (2005): *Mentale Systemers økologi*. København: Akademisk Forlag
- Bebbington, P. E. (ed): (1991): *Social Psychiatry* Transaction Publ
- Bennet, D. H. and Hugh L. F (ed): 1991: *Community Psychiatry – the principles*. Churchill – Livingstone
- Bhaskar, Roy & Tony Lawson (1998): “Introduction, Basic texts and developments” in: Margaret S. Archer m.fl. *Critical Realism. Essential Readings*. Routledge. London/New York.
- Bhaskar, Roy (1975): *A realist theory of science*, Harvester Press. London.
- Bhaskar, Roy (1978): *On the possibility of social scientific knowledge and the limits of naturalism*, Journal for the Theory of Social Behaviour 8 (1):1–28
- Bhaskar, Roy (1979/1989a): *The possibility of Naturalism. A Philosophical Critique of the Contemporary Human Sciences*. Harvester Press. Hassocks
- Bhaskar, Roy (1989b): *Reclaiming Reality. A Critical Introduction to Contemporary Philosophy*. Verso. London
- Bhaskar, Roy (1997[1975]): *A Realist Theory of science*, 2 udgave, Verso, London, New York
- Bhatti, J & H Foss Hansen & O. Rieper (2006): *Evidensbevægelsens udvikling, organisationsform og arbejdsform*. AKF. København.
- Bjerg, O. og K Villadsen (2006): *Sociologiske metoder: fra teori til analyse i kvantitative og kvalitative studier* Samfundslitteratur
- Boorse, C. (1997): *Health as a theoretical concept* Philosophy of Science;44:542-573
- Brandt, P. (2004): *Socialpsykiatri – Psykiatri på humanistisk grundlag*. Munksgaard.
- Brante, Thomas (2001): *Consequences of Realism for Sociological Theory- Building* Journal for the Theory of Social Behaviour 31:2 167-195
- Brante, Thomas (2006): ’Den nya psykiatrin: exemplet ADHD’ i: Hallerstedt: *Diagnosens makt – Om kunskab, pengar och lidande* Daidalos AB. Göteborg.

Brante, Thomas (2011): "Kampen om den korrekte diagnose og om hegemoni indenfor et professionelt felt: Videnskabsteoretiske og politiske aspekter" I: Bryderup, I.M (red): *Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik*. Hans Reitzels Forlag, København

Breakey, W.R et al (1996): *Integrated Mental Health Services – Modern Community Psychiatry*. Oxford University Press

Breggin, P.R. and Cohen, David. (1999): *Your Drug May be your Problem: How and Why to Stop Taking Psychiatric Drugs*. MA: Perseus books, Reading

Brinkmann, Svend (2003): *Psykotterapi som selvteknologi*, Matrix, 20, p 360-376

Brinkmann, Svend (2008): "To psykologier". I: Bo Møhl & Peter La Cour (red.): *Psyke & Logos*, Dansk Psykologisk Forlag, 29(1): 36-52

Brinkmann, Svend (2010): *Det diagnosticerede liv – Sygdom uden grænser*, Århus, Forlaget Klim

Bryderup, Inge Marie (2007): *Kvalitet i indsatsen over for socialt udsatte børn og unge – et historisk blik på normativitet i socialpolitik og forskning*. Social Årsrapport 2007, Kvalitet i den offentlige sektor.

Bryderup, Inge Marie (2008a): Socialpolitik, socialforskning og socialpædagogik. I: Bryderup, Inge Marie m.fl. (red) *Aktuelle udfordringer i socialpædagogik*. Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag. København.

Bryderup, Inge Marie (red) (2008b): *Evidence Based and Knowledge based Social Work*. Aarhus Universitetsforlag, Aarhus.

Bryderup, Inge Marie (2011): *Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik*, Hans Reitzels Forlag

Buch-Hansen, Hubert & Peter Nielsen (2005): *Kritisk Realisme*, Roskilde Universitets forlag

Burawoy, M. (1998): *The extended case method* Sociological Theory 16 (1): 4-33

Bush, Tor, Erik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen, Jan Ole Vanebo (2005): *Modernisering av den offentlige sektor*, Universitetsforlaget, Oslo

Bømler, Tina (2011): *Fra socialstat til kontrolstat* Hans Reitzels Forlag

Campbell, P. (1996): *The history of the usermovement in the United Kingdom*, In: Mental health Matters: A reader pp. 218-225. Mac Millan, Basingtoke

- Chalmers, Ian (2003): *Trying to do more good than harm in Policy and Practice: The Role of Rigorous, Transparent, Up-to-Date Evaluations*, Annals of American Political and Social Sciences, vol.589
- Cohen, David & Henri Cohen (1993): *Tardive Dyskinesia and Cognitive Dysfunction*, Academic Press
- Cohrane, Archie (1972): *Effectiveness and Efficiency - Random Reflections on Health Services*, Publication by the Nuffield Provincial Hospitals Trust
- Cooper, R. (2007): *Psychiatry and philosophy of science*, Stocksfield England Acumen
- Creaven, Sean (2001): *Marxism and Realism, A Materialistic Application of Realism in the Social Sciences*, London, Routledge
- Crowe, M. (2000): *Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2000, 7, 69–77
- Cruikshank, B. (1994): *The will to empower: technologies of citizenship and the war on poverty*, Socialist Review 23 (4): 29-55
- Cruikshank, Barbara (1996): *Revolutions Within: Self-Government and Self-Esteem*, in: *Revolutions within: Self-governance and self-esteem*. Economy and Society 22(3):327-355 (Article)
- Cruikshank, B. (1999): *The will to empower: Democratic citizens and other subjects*. Ithaca, NY: Cornell University Press
- Danermark, B. et al (1997): *Att förklare samhället*. Lund. Studentlitteratur
- De Vaus, David (2001): *Research Design, in Social Research*, Sage Publications, London
- Dean, Mitchell (1992): *A genealogy of the government of poverty*. Economy and Society 21 (3): 215-51
- Dean, Mitchell (1994): *Critical and effective histories: Foucault's methods and historical sociology*. Routledge. London.
- Dean, Mitchell (1998): *Questions of Method* In: Velody, I. & R. Williams (ed.) *The Politics of Constructionism* , SAGE Publications Ltd
- Dean, Mitchell (1999): *Governmentality Power and Rule in Modern Society*. SAGE Publications. London.
- Dean, Mitchell (2007): *Governing Societies*, Open University Press, McGraw-Hill Education, Berkshire, England.

Dean, Mitchell & K Villadsen (2012): *Statsfobi og Civilsamfund: Foucault og hans arvingers blik på staten* Nyt fra samfundsvidenskaberne. Frederiksberg.

Dyring, A. (1991): Tornet och omvärlden In: Dyring, A. (red): *Korsdrag I elfenbenstornet. Personliga bekännelser från femton forskare*. Carlssons. Stockholm.

Ekeland, Tor-Johan (2003): *Ein diagnose av psykiatri diagnoser* in Impuls nr 1

Ekeland, Tor-Johan (2004): *Autonomi og evidensbaseret praksis*, Senter for professionsstudier, Høgskolen i Oslo, Arbeidsnotat nr.6

Ekeland, Tor-Johan (2005): *Kvalitetssikring eller instrumentalistisk fejlgreb* i: Social kritik nr 102, 17 årgang, København, selskabet til fremme af social Debat (p34-47)

Ekeland, Tor-Johan (2007): *Psykoterapi – en kulturkritikk*. Matrix, 2 p101-21

Eribon, Didier (1991): *Michel Foucault*. MA Havard University Press. Cambrigde

Eriksson, Bengt Erik & Roger Qvarsell (Ed) (1997): *Hur skall själen läkas? Den psykiatriska vårdens förändringar*. Natur och kultur. Stockholm

Estroff, S. (1993): "Identity, disability and schizophrenia. The problem of chronicity". In: S.Lindenbaum and M.Lock (eds): *Knowledge, Power Practice, the Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Los Angeles, CA: University of California Press, pp. 247-287

Evidence-Based Medicine Working Group (Brian Haynes, David Sackett, Gordon Guyatt) (1992): *Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine*. JAMA.;268:2420–2425

Fairclough, Norman (1992): *Discourse and Social Change* Cambridge: Polity Press

Fairclough, Norman, R. Jessop & A. Sayer (2004): "Critical realism and semiosis", in: Joseph & Roberts (Ed): *Realism, Discourse and Deconstruction*, Routledge, p 23-42

Folgerø, Johannessen, Birte (2004): *Ledelse og evidens I det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering* Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnsstudier. Universitetsforskning. Bergen.

Foucault, Michel (1961): *Historie de la Folie. Dansk: Galskabens historie*. Det lille forlag 2003

Foucault, Michel (1967): *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. London: Tavistock

Foucault, Michel (1971): *Sindssygdом og psykologi*, København, Forlaget Rhodos

- Foucault, Michel (1972): *The Archaeology of Knowledge* Tavistock Publications Limited
- Foucault, Michel (1979): *Discipline and Punish: The Birth of the Prison (Surveiller et punir: Naissance de la prison Gallimard, 1975)*; Penguin Books, London
- Foucault, Michel (1980): 'Two lectures' i: *Power/knowledge*. The Harvester Press. Brighton.
- Foucault, Michel (1982): *The Subject and Power* in *Critical Inquiry*, Vol. 8, No 4. 777-795
- Foucault, Michel (1985): *The History of Sexuality I-III*. Vintage Books. New York.
- Foucault, Michel (1994): *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception* , Tavistock Publications
- Foucault, Michel (1997): Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault. In: P. Rabinow (ed.): *Ethics: Subjectivity and Truth: Essential Works of Foucault 1954-1984*, vol 1. Penguin Books. London. pp. 223-251
- Foucault, Michel (2001): *Fearless speech*, Semiotext (E) Foreign Agents
- Foucault, Michel (2003): *Galskabens historie i den klassiske periode*. Det lille forlag. København
- Foucault, Michel (2005): *Sindssygdomme og Psykologi*, Hans Reitzels Forlag,
- Foucault, Michel (2006): *History of madness*. Routledge. London.
- Gannik, Dorte Effersøe (2005): *Social sygdomsteori – et situationelt perspektiv*, Samfundslitteratur
- Gannik, Dorte Effersøe, (2008): *Virkelighed, teorier og metode i sygdomsforskningen*, Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund, Årgang 5, Nr 9
- Gergen, K.J. (1994):. *Realities and relationships: Soundings in social constructionism*. MA: Harvard University Press. Cambridge.
- Goffman, Erving (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life*. Doubleday.
- Greve, C. (2007): *Offentlig ledelse og styring* København: Jurist og Økonomforbundets Forlag
- Gråwe, R. (1991): *Et selvstendig liv. På vei til å bli bedre: Mestring av symptomer*, Psykiatrisk Institutt, Østmarka, Psokologisk Institutt, Lade, NTNU, Norge
- Guldbrandsen, K. (2007): *Samspill på tværs* Videnscenter for Socialpsykiatri

- Habermas, Jürgen (1996): *Den kommunikative handlen* Aalborg Universitetsforlag.
- Hacking, I. (1998): *Mad Travellers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illness*. Free Association Books. London.
- Hagen, R. (2006): *Nyliberalismen och samfunnsvitenskapene: refleksjonsteorier for det moderne samfunnet* Universitetsforlaget
- Hallerstedt, Gunilla (ed.) (2006): *Diagnosens makt: Om kunnskab, pengar och lidande*. Daidalos Göteborg.
- Hammersley, Martyn (1992): Ethnography and Realism, in Hubermann, A. Michael & Miles, Matthew B, (2002): *The Qualitative Researchers Companion*, Sage Publications
- Hammersley, Martyn & P. Treseder (2007): *Identity as an analytic problem: Who's who in 'proana websites'?*, Qualitative Research, 7, p 283-300
- Hammersley, Martyn (2009a): *Why Critical Realism Fails to Justify Critical Social Research*, Methodological Innovations Online 4(2): p 1-11
- Hammersley, Martyn (2009b): *Challenging Relativism The Problem of Assessment Criteria*, Qualitative Inquiry January 2009 vol. 15 no. 1 p 3-29
- Hansen, Hanne Foss, Olaf Rieper & Yosef Bhatti (2006): *Evidensbevægelsens udvikling, organisering og arbejdsform*, AKF
- Harder, M og Nissen, M (ed): (2011): *Helhedssyn i Socialt Arbejde* Professionsserien Akademisk Forlag
- Harré, Rom & E.R. Madden (1975): *Causal Powers – A theory of natural necessity*, Basil Blackwell, Oxford
- Harré, Rom (2002): *Social Structure and Social Change, Social Reality and the Myth of Social Structure*, European Journal of Social Theory February, vol. 5 no. 1 111-123
- Haynes, B., David Sackett & R. Smith (1995): *Evidence based medicine: a new journal to help doctors identify the information they need*. BMJ 1995;310:1085-6.
- Haynes, B., David Sackett, Gordon Guyatt (Evidence-Based Medicine Working Group) (1992): *Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine*. JAMA.;268:2420–2425
- Hede, A. & Andersen, D (2005): *Virker velfærden? –Et debatoplæg om evidens og velfærd*. København. Mandag morgen (p 1-28)



Hedegaard, Hansen (2011): "Konstruktion af diagnoser – en stædig rad eller infantil autist?" In: Bryderup, Inge (2011): *Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik*, Hans Reitzels Forlag

Heidegger, Martin (1999): *Ontology – The Hermeneutics of Facticity*, Indiana University Press, Indiana

Hempel, C.G. (1965): Fundamentals of taxonomy In: Hempel (ed.): *Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science*. Free Press. New York.

Hertz, Søren (2010) "There is a crack in everything, that's how the light gets in" In: Brinkmann, Svend (red.) (2010) *Det diagnosticerede liv*, Klim

Holmgren, Allan (2000): "Psykiatri som social-poetisk praksis : anerkendende afsæt", i: Larsen, Henrik Dybvad & Hans-Jørgen Andersen (Ed.) *Når rejsen er målet: metoder i socialpsykiatrisk praksis* Videnscenter for Socialpsykiatri

Horwitz, A.V. (2002): *Creating Mental Illness*. University of Chicago Press. Chicago.

Horwitz, A.V. & J.C. Wakefield (2005): *The age of Depression*, The Public Interest, 158 p 39-58

Horwitz, A.V. & J.C. Wakefield (2007): *The loss of sadness: How psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive disorder*. Oxford University Press. Oxford.

Houston, S. (2001): *Beyond Social Constructionism: Critical Realism and Social Work* in British Journal of Social Work 31, 845-861

Howe, David (1996): "Surface and depth in social-work practice", in: Parton, Nigel (Ed.) *Social Theory, Social Change and Social Work*, Routledge

Hudson. B.L (1982): *Psychiatric Work with Psychiatric Patients* Macmillan, London

Hviid Jacobsen, M. & Keith Pringle (2008): *At forstå det sociale - om sociologien i socialt arbejde og socialt arbejde i sociologien*, Akademisk Forlag

Hviid Jacobsen, M. & S. Kristiansen (2006): *Goffmans metaforer : om den genbeskrivende og rekontekstualiserende metode hos Erving Goffman* Sociologi i Dag Vol. 36

Høgsbro, Kjeld (1992): *Sociale Problemer og Selvorganiseret Selvhjælp i Danmark*. København: Samfundslitteratur.

Høgsbro, Kjeld (1994): *Dansk forskning vedrørende sindslidelser*. CASA

Høgsbro, Kjeld (1997): *Dansk forskning vedrørende sindslidendes forhold*. ISU.

- Høgsgbro, Kjeld (2000): *Den sindslidende og de lokale tilbud*, Dafolo
- Høgsgbro, Kjeld (2004): *Forskning vedrørende sindslidendes forhold i samfundet i Socialpsykiatriens kompleksitet*, Samfundslitteratur
- Høgsgbro, Kjeld (2004): *Socialpsykiatriens kompleksitet*, Samfundslitteratur
- Høgsgbro, Kjeld (2011): *Evidensbaseret praksis - forhåbninger, begrænsninger og muligheder*. Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund
- Høgsgbro, Kjeld (2012): *Social Policy and Self-Help in Denmark – A Foucauldian Perspective*, International Journal of Self Help and Self Care, Vol. 6, Number 1
- Joseph, Jonathan & John Michael Roberts (2004): *Realism Discourse and Deconstruction*, Routledge
- Jørgensen, Rosenberg, Mainz (2007): *Psykiatri, Forskning, teknologiudvikling og kvalitetsudvikling* Munksgaard
- Jørgensen, P, S. Bredkjær & M. Nordentoft (2006): *Psykiatriens udfordringer* FADLS Forlag
- Jørgensen, P, M. Nordentoft & P. Videbech (2009): *Håndbog i psykiatrisk forskning og evidens* FADLS Forlag
- Karlsen, M.P. & K. Villadsen (2007): *Hvor skal talen komme fra? Dialogen som omsiggribende ledelsesteknologi*, Dansk Sociologi, nr. 2, vol. 18.
- Kernberg, O.F. (1984): Diagnostic considerations. In O.F Kernberg (Ed.): *Severe personality disorders*: pp. 1-94. Yale University Press. New Haven
- Klausen, Kurt Klaudi (1998): *New Public Management i Norden Nye organisations og ledelsesformer i den decentrale vildfærdsstat*, Odense universitetsforlag, Odense
- Klausen, Kurt Klaudi (2007): *Moderniseringen af den offentlige sektor*, In: *Ledelse & Erhvervsøkonomi* , Vol. 71, Nr. 4, 01.12.2007, p. 171-172.
- Klerman, G.L. Vaillant, G.E., Spitzer, R.L. & Michels, R. (1984): *A debate on DSM-III* American Journal of Psychiatry; 141: p. 539-553
- Kragh, H. & S. A. Pedersen (1981): *Naturvidenskabsteori: Træk af debatten om naturvidenskab, teknologi og samfund* Nyt Nordisk Forlag. København.
- Kragh-Jespersen, P. (2005): *Mellem profession og management: ledelse i danske sygehuse* Handelshøjskolens Forlag

- Kristiansen, S. (2002): Det kvalitative kontinuum: om data og teoriudvikling i kvalitativ sociologi, i: Hviid Jacobsen, M, S. Kristiansen, A. Prieur (Ed.): *Liv, fortælling, tekst : Strejftog i kvalitativ sociologi* Aalborg Universitetsforlag.
- Krogstrup, Hanne Kathrine (2011): *Kampen om evidens - resultatmåling, effektevaluering og evidens*, Hans Reitzels Forlag
- Krogstrup, Hanne Kathrine & Else Stenbak (1994): *Socialpsykiatri mellem system og bruger*, Socialministeriet
- Kuhn, T.S. (1970): *The structure of scientific revolutions 2. ed.* Chicago: The University of Chicago Press.
- Kuhn, Thomas S. (1962): *The structure of scientific revolutions*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Kutchins, H. & S. Kirk (1997): *Making us crazy – DSM: The Psychiatric bible and the Creation of Mental Disorders*. The Free Press. New York.
- Kärfve, Eva (2006): "Den mänskliga mångfalden – diagnosen som urvalsinstument" In: Hallerstedt, Gunilla (ed.): (2006): *Diagnosens makt: Om kunskab, pengar och lidande*. Daidalos Göteborg.
- Laing, R. (1967): *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Penguin Books. London.
- Langager, Søren & Anton Sand Jørgensen (2011): "Diagnoser i udvikling – tendenser og konsekvenser i forhold til social- og specialpædagogik". In: Bryderup, Inge M. (red.) *Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik*. Hans Reitzels Forlag. (p. 17-38)
- Launsø, L, O. Rieber & L. Olsen (2011): *Forskning om og med mennesker: Forskningsstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* Nyt Nordisk Forlag. København.
- Laursen, F. (2011): Mennesket fra alle sider – Helhedssyn i et figurationsperspektiv i Haarder, M og Nissen M.A. (Ed.): *Helhedssyn i socialt arbejde*. Akademisk Forlag. København
- Lyotard, J.-F. (1984): *The postmodern condition: A report on knowledge* Minneapolis: University of Minnesota Press
- Le Fanu, J. (1999): *The Rise and Fall of Modern Medicine*. Carroll & Graf. London.
- Levine R, & M. Fink (2006): *The case against evidence based principles in psychiatry*. Medical Hypotheses (67): p. 401-410.

- Lewis, A.J.S. (1967b): *The state of psychiatry: Essays and addresses*. Routledge & Kegan Paul. London.
- Lewis, A.J.S (1967): *Inquiries in psychiatry: Clinical and social investigations*. Routledge & Kegan Paul. London.
- Lihme, B. (2008): *Invitation til socialpsykiatri* Akademisk Forlag
- Lipsky, M. (1980): *Street-level bureaucracy*, Russel Sage Foundation, New York.
- Littlejohn, C. (2003): *Critical realism and psychiatric nursing: a philosophical inquiry* Philosophical and ethical issues. Blackwell Publishing Ltd
- Mabeck, C. E. (2003): *Fedmeepidemiens uskyldige ofre*, in: *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, september: p. 1171-1175.
- Mainz, J, P. Jørgensen & R. Rosenberg (2007): *Psykiatri – Forskning, teknologivurdering og kvalitetsudvikling*. Munksgaard.
- Maxwell, Jones (1971): *Socialpsykiatri i praksis: begrebet terapeutisk fællesskab*, Gyldendals pædagogiske bibliotek
- Mayes, Rick & Allan V. Horwitz. (2005): *DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness* Journal of the History of Behavioral Sciences (Vol. 41): in press.
- Middleton, Hugh (2007): *Critical Psychiatry*, Mental Health Review Journal, Vol. 12 Iss: 2, p.40 – 44
- Møhl, Bo & Peter La Cour (2008): *Psyke & Logos*, 29(1), Dansk Psykologisk Forlag, p. 36-52.
- Mørch, Merete (et al) (1995): *Kognitive behandlingsformer*. Hans Reitzels Forlag
- Nielsen, Tabitha Wright (2009): *Viljen til at frigøre, En undersøgelse af empowerment i praksis* Dissertations in Social Work 35. Lund.
- Nissen, Maria Appel og Henrik Vardinghus-Nielsen (2009): ”Diskurs eller ekskurs? diskursanalysens sociologiske muligheder og begrænsninger”. In: *Håndværk og horisonter: tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. (Antoft. R et al. Ed) Syddansk Universitetsforlag, 2007. Odense. p. 161-188
- Nissen, Maria Appel (1995): *Behandlerblikket – Om sociale problemers tilblivelse, intervention og forandring i socialt arbejde med familier og børn med udgangspunkt i analyser af behandlingskommunikationen på døgninstitutioner for familiebehandling* PhD afhandling. Institut for Sociale Forhold og Organisation

Nissen, Maria Appel & Simon Skovgaard Møller (2006): Når virkeligheden ikke altid er evident, Uden for nummer – *Tidsskrift for forskning og praksis i socialt arbejde*, Journal 12, p. 4-21

Nissen, Maria Appel & Margit Harder (2011): *Helhedssyn i socialt arbejde*, Akademisk Forlag

Nissen, Maria Appel (2011): ”Socialiseringsforventninger i arbejdet med familier - rolle, institution og samfund”, i: Haarder, M & Nissen, Maria Appel (Ed.): *Helhedssyn i Socialt Arbejde* København, Akademisk Forlag

Olesen, S.P. (2007): *Tidens optagethed af ”evidens” – hvad gør den ved praksis i socialt og pædagogisk arbejde?* I VERA 39:8-17

Parnas, J. (1994): *Det skizofrene spectrum*. In: Hemmingsen, R., J. Parnas, A. Gjerris, N. Reisby &

Parr.S (2009): *Confronting the reality of anti-social behavior*, *Theoretical Criminology* 2009 13:363

Patil, T. & J. Giordano (2010): “On the ontological assumptions of the medical model of psychiatry: philosophical considerations and pragmatic tasks” In: *Philosophy, Etics, and Humanities in Medicine* 5:3

Pearson, M. (2007): *Systematic reviews in social policy: to go forward, do we first need to look back?* *Evidens & Policy* 3 (4): p. 505-526.

Pierce, Charles (1990): *Pragmatism och Kosmologi*. Daidalos. Göteborg.

Pekkala, E. & L. Merinder (2002): *Psycho education for schizophrenia*. The Cochrane Database of Systematic Reviews (2)

Petersen, A. (2007): *Depression – vor tidsalders vrangside* Doktoravhandling Örebro Studies in Sociology 10

Pichot, P. (1994): *Nosological models in psychiatry*. *British Journal of Psychiatry* 164,240

Pilgrim, D. (2007): *The survival of psychiatric diagnosis* in *Social Science and Medicine* 65, p. 536-547. Elsevier Ltd

Pilgrim, D. & A. Rogers (2005): *Social psychiatry and sociology* *Journal of Mental Health* 14 (4): p. 317-320

Poulsen, Henrik Day, Povl Munk-Jørgensen, Tom G. Bolwig (1988) *Psykiatri: en grundbog*, Munksgaard

- Prince, R. (1983): *Review of 'Comparative psychiatry by H.B.M Murphy'* Transcultural Psychiatric Research Review 20 p. 114-18
- Prior, D. (2007): "Continuities and Discontinuities" in: *Governing Anti-Social Behaviour*. Birmingham: University of Birmingham.
- Reznek, L. (1991): *The philosophical defence of psychiatry*, Routledge. London.
- Richard, Rorty (1989): *Contingency, irony, and solidarity*, Cambridge University Press, Cambridge-New York - Port Chester – Melbourne - Sydney
- Rieper, O. & H. Foss Hansen (2007): *Metodedebatten om evidens*. København: AKF.
- Rieper, O. & H. Foss Hansen (2006): *Evidensbevægelsens udvikling, organisering og arbejdsform – En kortlægningsrapport* AKF forlaget
- Riis, O. (2001): *Metoder på tværs om forudsætningerne for sociologisk metodekombination* Jurist- og Økonomforbundets Forlag
- Rose, N (1986a): 'Becoming neurochemical selves' in: N.Stehr (red): *Biotechnology, commerce and civil society*. New York: Transaction Press, p.89-128
- Rose, N (1986b): 'Psychiatry: The discipline of mental health' in: P.Miller & N.Rose (red): *The Power of Psychiatry*. Cambridge: Polity Press, p. 43-84
- Rose, N. And Miller, P. (1992): 'Political power beyond the state: problematic of government' *British Journal of Sociology* 43 (2): p.173-205
- Rose, N. (1996:12): – 'Inventing our selves: Psychology and the status quo. *American Psychologist*, 44 (5): p795-802):
- Rose, N. (1996a): *Inventing Our Selves. Psychology, Power and Personhood*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Rose, N. (1999): *Governing the soul: The shaping of the private self* (2<sup>nd</sup> ed):
- Rose, N. (1999a): *Powers of Freedom. Reframing Political Thought*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Rose, N. (2006): *Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice in BioSocieties* 1, 465-484
- Rose, N. (2007a): *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton University Press. Princeton, New Jersey, USA.
- Rose, N. (2007b): *Det biologiske selv* in *Turbulens Forum for samtidsrefleksion*

- Rose, N. (2009): *Livets politik: Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Rose, N. (2010): *Normality and pathology in a biomedical age*, Sociological Review, 57, p 66-83.
- Rose, N. (2012) i Holm Pedersen *Ansvar for egen hjerne*, (Interview med Rose), Asteriks, Aarhus Universitet, Marts, p12-15
- Rose, N and P. Miller (1992): *Political Power beyond the state: Problematics of Government* The British Journal of Sociology. Vol. 43, No.2. pp.173-205
- Rosenbaum, B. (1994): *Det er et bånd der taler* København, Gyldendal
- Rosenbaum, B. (2000): *Tankeformer og talemåder – en undersøgelse af skizofrenes udsigelse, tankeforstyrrelse og kommunikation* Multivers Aps Forlag
- Rosenbaum, B. (2004a): ”Psykiatriens aktuelle videnskabelighed” i: Aagaard, Lars and Brock, Steen; *Videnskabens ansigter* Forlaget Philosophia. Aarhus. P.78-95
- Rosenbaum, B. (2004b): ”Sindslidelse som dialog”. In: Høgsbro, Kjeld (2004): *Socialpsykiatriens kompleksitet*, Samfundslitteratur, p.55-73
- Rosenberg, R. (1986): *Om videnskabsteoriens nødvendighed i psykiatri*. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift 40: 3-13
- Rosenberg, R. (2007): ”Videnskabsteori og etik” In: Jørgensen, P., J. Mainz & R. Rosenberg (Ed.): *Psykiatri – Forskning, teknologivurdering og kvalitetsudvikling* Munksgaard
- Ross, A (1979): *Opgør med antipsykiatrien*. Bibl Læger 1979; 171:241-68
- Røvik, Kjeld Arne (2007): *Trender og Translasjoner - Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*, Universitetsforlaget
- Sackett, D.L., W.M.C. Rosenberg, J.A.M. Gray, W.S. Richardson (1996): *Evidence based medicine: What it is and what it isn't*. Br Med J.;312:71–72
- Sadler, J.Z., Hulgus, Y.F.& Agich, G.J., (1994): *On values in recent american psychiatry classification* The Journal of Medicine and Philosophy; 19: 261-277
- Sadler, J.Z, O.P. Wiggins & M.A. Schwartz (1994): *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*. John Hopkins University Press. Baltimore.
- Sayer, Andrew (1992): *Method in social science: a realist approach, second edition*. Routledge. London. xii + 316 pp.

- Sayer, Andrew (2000): *Realism and Social Science*. Sage, London/Thousand Oaks/New Delhi
- Scheff. T. J (1966): *Being mentally Ill, A Sociological Study* Aldine, Chicago
- Seemann. J (1996): *Når organisationer skal samarbejde – Distriktspsykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer* Munksgaard
- Shorter, E. (1997): *A history of psychiatry*. New York: John Wiley & sons.
- Simons, H (2004): *Utilizing Evaluation Evidence to Enhance Professional Practice*.  
Evaluation 10 (4): 410-429.
- Smith, John K. & Phil Hodkinson (2009): *Challenging Neorealism: A Response to Hammersley*, Qualitative Inquiry, January 2009 15: 30-39
- Sommerfeld, Peter (Ed.) (2005): *Evidence Based Social Work – Towards a New Professionalism?* Peter Lang. Zürich.
- Spitzer, R.L (1981): *DSM III Casebook*, American Psychiatric Publications,
- Spitzer, R.L, & J.C. Wakefield (1999): ‘*DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: Does it help solve the false positives problem?*’ American Journal of Psychiatry, 156 (12): p 1856-1864
- Spizer,R,L. (1981): *The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: a reformulation of the issue* American Journal of Psychiatry: 138:210-215
- Stacey, R.D. (2010): *Complexity and Organizational Reality –Uncertainty and the need to rethink management after the collapse of investment capitalism 2<sup>nd</sup> Edition* London and New York. Routledge
- Stephens, G.L. & G. Graham (1994): “Voices and selves”. In J.Z.Sadler, O.P Wiggins, & M.A. Schwartz (Eds): *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*. John Hopkins University Press. Baltimore – London. (pp 176-192)
- Stickley, T. (2006): *Should service user involvement be consigned to history? A critical realist perspective* in: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13, 570-577. Blackwell Publishing Ltd
- Taylor, C (1986): “Foucault on freedom and truth”, In D.C. Hoy (ed.): *Foucault: a critical reader*. Basil Blackwell. Oxford.
- Taylor, C and White,S (2000): *Practising Reflexivity an Health and Welfare – making knowledge* Open University Press
- Terkelsen, T. B. (2009): *Subjectivity*, 27, 195-216. Palgrave-journals



- Topor, Alain (2001): *Managing the contradictions. Recovery from severe mental disorders*. Stockholm University, Stockholm
- Uggla, B.K (1994): *Kommunikation på bristningsgränsen*.Symposion. Stockholm.
- Vallgård, S. & A. Krasnik (2007): *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik* Munksgaard. Danmark
- Velody, I & R. Williams. (1998): *The Politics of Constructionism* , SAGE Publications Ltd
- Videnscenter for Socialpsykiatri (2000): *Kvalitet i socialpsykiatrien*.
- Villadsen, Kaspar, T. Gruber & S. Bengtsson (1998): *Socialpolitiske strategier: På tværs af frivillige og offentlige organisationer*. Socialforskningsinstituttet. København.
- Villadsen, Kaspar (2002): *Michel Foucault og kritiske perspektiver på liberalismen*, Dansk Sociologi, Vol 13, No 3
- Villadsen, Kaspar (2004): *Det sociale arbejdes genealogi: om kampen for at gøre fattige og udstødte til frie mennesker* København: Hans Reitzel
- Villadsen, Kaspar (2005): *Dansk socialhistorie – marxistisk eller genealogisk historieskrivning?*, udgivet på hjemmesiden: [www.historie-nu.dk](http://www.historie-nu.dk)
- Villadsen, Kaspar (2006): ”Genealogi som metode - fornuftens tilblivelseshistorier” i: Bjerg.O. og Villadsen, Kaspar (Ed.) (2006): *Sociologiske metoder: fra teori til analyse i kvantitative og kvalitative studier* Samfundslitteratur
- Villadsen, Kaspar (2007): ”Foucault; Den bevægelige velfærds kritik” i: Mik-Meyer.N. og Villadsen.K (Ed.): *Magtens former* Hans Reitzel Forlag. København:
- Vinnerljung, Bo (1999): ”Den sociale arv”, in: Denvall & Jacobson (Ed.):(1999): *Hverdagsbegreber i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag. København. p. 81-108
- Wad, P (2000): *Kritisk Realisme* Grus, vol 60 p.53-69
- WHO (World Health Organisation) (1996): *International Statistical Classification of Diseases 10 rev, Vol 1*, WHO. Geneva
- WHO (World Health Organisation) (2001): *Mental health: New Understanding, new hope*.WHO. Geneva.
- WHO (World Health Organisation) (2004a): *Mental health of children and adolescents: Briefing paper for WHO European Ministerial Conference on Mental Health*. Finland, 12-15.jan WHO. Geneva

- WHO (World Health Organisation) (2004b): *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options, summary report*. WHO. Geneva
- WHO ICD-10 1994: *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser – klassifikation og diagnostiske kriterier*. Munksgaard. København.
- Wifstad, Åge (2008): *External and Internal Evidence in Clinical Judgment: The Evidence-Based Medicine Attitude*. The Johns Hopkins University Press
- Wifstad, Å. & Foss, T. (1990): *Krise på avveie. Viteskapsteoretiske problemer i dagens psykiatri* Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift: 44:489-493.
- Wifstad, Å. (1991): *Helhetsforståelse og kommunikasjon*. Filosofi for klinikere, Tromsø: ISM skriftserie nr. 18.
- Wifstad, Å. (1997-2001): *Vilkår for begrebsdannelse og praksis i psykiatri – En filosofisk undersøgelse*. Tano Aschenhoug – Universitetsforlaget.
- Wilkinson, Richard & Kate Pickett, (2009): *The Spirit Level*, Penguin
- Wing, J. K (1978): *Reasoning about madness* Cambridge University Press, Cambridge
- Wright, Colin (2004): "Limited incorporation or sleeping with the enemy – Reading Derrida as a critical realist" In: *Realism Discourse and deconstruction*, Joseph, Jonathan and John Michael Roberts (ed) Routledge Studies in Critical Realism, Routledge
- Wulff, Henrik R., Stig Pedersen & Raben Rosenberg (1986): *Philosophy of medicine*. Blackwell. Oxford.
- Wulff, Henrik R., Raben Rosenberg & Stig Pedersen (2001): *Medicinsk filosofi*, Gyldendals/Munksgaard. Danmark

## Politiske dokumenter

Campbell Collaboration [www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org)

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV): [www.cemtv.dk](http://www.cemtv.dk)

Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (2010):, *Resultatdokumentation for Socialpsykiatrisk institution 2 2010/2011*

<http://www.aarhus.dk/~media/Dokumenter/MSB/SOC/Organisation/Effektstyring/Resultatdokumentationsskema-unge-juni-2010.pdf>

Cochrane Collaboration: [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)

Danske Regioner (2009) *Dansk kvalitetsmodel på det sociale område* (Danske Regioner)

[http://www.regioner.dk/Social/Kvalitet+i+sociale+tilbud/~media/Filer/IT%20og%20Kvalitet/Diverse/Dansk\\_kvalitet\\_smodel\\_det\\_sociale\\_omrade\\_opdateret\\_maj\\_2009.ashx](http://www.regioner.dk/Social/Kvalitet+i+sociale+tilbud/~media/Filer/IT%20og%20Kvalitet/Diverse/Dansk_kvalitet_smodel_det_sociale_omrade_opdateret_maj_2009.ashx)

Danske Regioner (2009) *Kvalitet på regionernes sociale tilbud* (Danske Regioner)

[http://www.regioner.dk/Social/Kvalitet+i+sociale+tilbud/~media/Filer/IT%20og%20Kvalitet/Diverse/Kvalitets%20foilder\\_net.ashx](http://www.regioner.dk/Social/Kvalitet+i+sociale+tilbud/~media/Filer/IT%20og%20Kvalitet/Diverse/Kvalitets%20foilder_net.ashx)

Danske Regioner (2010/2011). *Benchmarking af psykiatrien 2010*

<http://www.regioner.dk/%C3%98konomi/Benchmarking/~media/Filer/Social%20og%20psykiatri/Benchmarking%20af%20psykiatrien%202010.ashx>

Danske Regioner (2011): *Kvalitet I psykiatrien-ny dagsorden for diagnostik og behandling,*

Danske Regioner 2011

De Sociale Indikatorprogrammer:

[http://www.socialkvalitetsmodel.dk/de+sociale+indikatorprogrammer+\(sip\)](http://www.socialkvalitetsmodel.dk/de+sociale+indikatorprogrammer+(sip))

Den Danske Kvalitetsmodel, (2007), Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS

Dansk Kvalitetsmodel på det sociale område – Model (2007)

[http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2007/December/~//media/migration%20folder/upload/filer/social%20og%20opsykiatri/kvalitetsmodel\\_social\\_web.pdf.ashx](http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2007/December/~//media/migration%20folder/upload/filer/social%20og%20opsykiatri/kvalitetsmodel_social_web.pdf.ashx)

Den Danske Kvalitetsmodel:

<http://www.regioner.dk/Sundhed/Kvalitet+og+forskning/Den+Danske+Kvalitetsmodel.aspx>

Den Sociale Kvalitetsmodel: <http://www.socialkvalitetsmodel.dk/>

EvidenceNetwork: <http://www.evidencenetwork.org/>

Fagligt netværk for socialpsykiatri 2000 [www.sus.dk/files/Downloads/FNP\\_2000.pdf](http://www.sus.dk/files/Downloads/FNP_2000.pdf)

Høringsvar Psykiatriplan Region Midt. Den offentlige høring og høring i MED organisationen.

<http://www.regionmidtjylland.dk/psykiatri+og+social/planer+og+aftaler/opdateret+psykiatriplan+2011/psykiatriplan+2008/psykiatriplan+i+h%c3%b8ring/h%c3%b8ringsvar?>

Høringsvar af akkrediteringsstandarder for sygehuse, Den Danske Kvalitetsmodel:

<http://www.regioner.dk/Sundhed/Kvalitet+og+forskning/~//media/Filer/IT%20og%20Kvalitet/Høringsvar%20%20%20version%20af%20akkrediteringsstandarder%20for%20sygehuse%20Den%20Danske%20Kvalitetsmodel.ashx>

Modelskitse Dansk Kvalitetsmodel på det sociale område (2007)

[http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2007/December/~//media/migration%20folder/upload/filer/social%20og%20opsykiatri/kvalitetsmodel\\_social\\_web.pdf.ashx](http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2007/December/~//media/migration%20folder/upload/filer/social%20og%20opsykiatri/kvalitetsmodel_social_web.pdf.ashx)

Nordic Campbell (NC2): [www.nc2.dk](http://www.nc2.dk)

Nordic Cochrane Center: [www.cochrane.dk](http://www.cochrane.dk)

Psykiatriplan for Region Nordjylland (Maj 2008) Udgivet af Planlægningskontoret, Planlægning, Kvalitet og Analyse

Psykiatriplan Region Midt (2008)

<http://www.regionmidtjylland.dk/psykiatri+og+social/planer+og+aftaler/opdateret+psykiatriplan+2011/psykiatriplan+2008>

Psykiatriplan Region Midt (2010)

Psykiatriplan Region Midt (2011)

<http://www.regionmidtjylland.dk/psykiatri+og+social/planer+og+aftaler/opdateret+psykiatriplan+2011>

Psykiatriskole vest (2009)

[http://www.regionmidtjylland.dk/files/Politik/Udvalg/Midlertidigt%20udvalg%20for%20sociale%20forskelle%20i%20sundhed/Opl%C3%A6g%20fra%20Bjarne%20Yde-27\\_01\\_09.pdf](http://www.regionmidtjylland.dk/files/Politik/Udvalg/Midlertidigt%20udvalg%20for%20sociale%20forskelle%20i%20sundhed/Opl%C3%A6g%20fra%20Bjarne%20Yde-27_01_09.pdf)

Referenceprogram for behandling af ADHD (2008), BUP-DK

[http://www.bupnet.dk/media/ADHDReferenceprogram080508\\_jsb\[1\].pdf](http://www.bupnet.dk/media/ADHDReferenceprogram080508_jsb[1].pdf)

Regeringen (2002), *Sund hele livet*

<http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/F7BABB17699E42B4A11623E137D73D0C.ashx>

Regeringen (2004) *Det nye Danmark*

[http://www.sm.dk/data/Lists/Publikationer/Attachments/373/regeringens\\_udspil.pdf](http://www.sm.dk/data/Lists/Publikationer/Attachments/373/regeringens_udspil.pdf)

Rose, N. (2007) *Det biologiske selv* in Turbulens, Forum for samtidsrefleksion

[http://www.turbulens.net/temaer/livkropog\\_teknologi/?article=55](http://www.turbulens.net/temaer/livkropog_teknologi/?article=55)

Socialstyrelsen (2008) *Kognitiv behandling – kort fortalt*

<http://www.servicestyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/udgivelser/bladet/2008/nr.1-tema-dokumentation/kognitiv-behandling-kort-fortalt>.

Sundhedstyrelsen (2009) *Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet*

<http://www.sst.dk/publ/Publ2009/CFF/Forskningspraksis/SamarbejdeForskningPraksis2009.pdf>

Villadsen, K. (2005) *Dansk Socialhistorie – marxistisk eller genealogisk historieskrivning* in Historie Netmagasinet. [www.historie-nu.dk](http://www.historie-nu.dk)

Villadsen, K og Dean, M (2012): Governmentality Kursus

<http://www.cbs.dk/Forskning/Forskeruddannelser/Alle-ph.d.-kurser/Ph.d.-kurser-paa-CBS/PhD-Courses-2012-Fall/Foucault-Governmentality-and-Critique-analytical-strategies-for-critique-of-power-8-10-October-2012>

---