



---

# MENNESKET BAG KITLEN

---

En begivenhedsfilosofisk dekonstruktion af psykiatriens faglige etos



KANDIDATAFHANDLING, CBS, CAND.MERC.PSYK.  
UDARBEJDET AF ÁSA HREFNUDÓTTIR, 260185-XXXX  
Vejledt af Ole Fogh Kirkeby

## ABSTRACT

---

From the foundation of Ole Fogh Kirkeby's theory of event, this thesis investigates how meaning and values are constructed within the different paradigmatic areas in the field of psychiatry. Despite the efforts made by the prevailing paradigm, the biomedical model of disease, to prove a biological origin of mental disease, the field still awaits tests that can be applied in the clinic. This has given ground for critics, spearheaded by psychosocial conceptions of psychiatry, to challenge the underlying assumptions and scientific methods of the biomedical model, blaming the model for being inhumane, reductionist, medicalizing and even corrupt.

Using Kuhn's theory of scientific revolutions, I argue, that the psychosocial and biomedical paradigms perceive the same phenomena with profoundly different conceptions of perception, with the result being, that they are unable to comprehend the position of the other. In compliance, these conceptions stem from "pre-scientific" assumptions rooted in beliefs about the world, which's scientific grounds can reasonably be doubted.

To challenge the perceptions of the paradigms I draw upon Kirkeby's theory of event. From this perspective, both "mental illness" and "treatment" can be perceived as events, that the divergent paradigms are trying to give meaning. This construction of meaning, however, can be grasped prematurely, leading to misconceptions of the depth of the event. With Kuhn in mind, it is merited to question the basic epistemological approaches to what we can reasonably *know* about the grounds of mental illness and how it is treated.

Departing from the hermeneutic school of thought, I argue, that "sciences" are never value-free. To unfold the underlying values, I make use of an approach I refer to as *deconstructive interpretation*, to unravel "the human" from "professional assumptions". The intention is, to incite the employee to consciously reflect upon the value construction of her field.

To aid the employee's reflection, I propose using Kirkeby's protreptic, as the foundation of protreptic is to liberate by reflecting upon basic values. The intention is, that the employee should liberate herself from the structures of her field, to be able to assist her patients to liberate themselves from the structures of mental illness. As a final point of this dissertation, I will give a concrete example of a protreptic conversation.

Key words: Event philosophy, hermeneutics, deconstructive interpretation, protreptic,

## INDHOLDSFORTEGNELSE

---

<b>Abstract</b>	<b>2</b>
<b>0 Læsevejledning</b>	<b>5</b>
0.1 Ord og begreber	6
<b>1 Indledning</b>	<b>7</b>
1.1 Problemfelt	12
1.2 Problemformulering	14
<b>2 Specialets metodiske fremgang</b>	<b>16</b>
2.1 Teoretisk motivation	16
2.2 Videnskabsteoretisk forankring	17
2.3 Basis for empiriindsamling	18
<b>3 Det psykiatriske felt</b>	<b>19</b>
3.1 Psykiatriens historiske strukturer	20
<b>4 Faglige paradigmer og psykiatrisk videnskab</b>	<b>25</b>
4.2 Det psykiatriske felt og dets meningsangivere	27
4.3 Paradigmer og videnskabsforståelser	27
4.4 Faglige etos i institutionelle strukturer	31
4.5 Det psykiatriske arbejde	33
4.6 Afrunding: 3 paradigmer	36
<b>5 Fortolkning af det psykiatriske felt</b>	<b>37</b>
5.1 De faglige etos	37
5.2 <i>Quadrige</i>	38
5.3 Fortolkningslæsning af de enkelte paradigmer	41
5.4 Afrunding	44
<b>6 Introduktion til begivenheden</b>	<b>45</b>
6.1 <i>Eventum tantum som non-aliud</i>	46
6.2 <i>Alma-begivenheden og proto-begivenheden</i>	50
6.3 Afrunding	51
<b>7 Introduktion til protreptik</b>	<b>52</b>
7.1 Hvad er protreptik?	53
7.2 En protreptisk udfordring: <i>Gæst eller vært</i>	57
7.3 Afrunding	62

## MENNESKET BAG KITLEN

<b>8 Den protreptiske samtale</b>	<b>63</b>
8.1 <i>Protreptik som dialog</i>	63
8.2 <i>Samtale mellem protreptiker og sygeplejerske</i>	65
<b>9 Konklusion</b>	<b>69</b>
9.1 <i>Perspektivering</i>	71
<b>11 Litteraturliste</b>	<b>72</b>
11.1 <i>Artikler og bøger</i>	72
11.2 <i>Artikler fra online kilder</i>	75

## 0 LÆSEVEJLEDNING

---

I specialet bruger jeg Ole Fogh Kirkebys protreptik, som er en filosofisk samtalepraksis, der blandt andet beror på undersøgelser af ordenes oprindelse eller deres etymologi. Det kræver en række opslag, og ofte endda adskillige opslag per ord. For at lette læsevenligheden uden at gå på kompromis med formalia har jeg valgt en model, hvor jeg nedenfor angiver, hvor jeg har slået hvilke former for ord op.

Etymologi af danske ord: Gyldendals etymologiordbog

Etymologi af engelske, græske og latinske ord: [www.etymonline.com](http://www.etymonline.com)

Oversættelser af latinske og græske ord: [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com), <http://latin-dictionary.net/> og <https://translate.google.com/?hl=da>

En anden udfordring har været oversættelsen af citater. Jeg har som udgangspunkt foretrukket at oversætte fremmedsprogede citater til dansk, alene for at lette læsevenligheden. I enkelte tilfælde vælger jeg at lade et citat forblive på engelsk, da noget af den oprindelige mening ellers ville gå tabt. Som eksempel vil jeg fremhæve: "*Psychiatry is not neurology; **it is not a medicine of the brain.***". En direkte oversættelse af "a medicine of the brain" kunne lyde "en hjernens medicin", men det er dårligt dansk, og jeg synes derfor at den oprindelige mening er bedst bevaret i det originale engelsk.

### 0.1 ORD OG BEGREBER

---

Jeg finder det nødvendigt at redegøre for en række centrale begreber, som jeg specialet igennem gør brug af, for herigennem at afklare, hvad jeg mener med det sagte.

”**PSYKIATRIMEDARBEJDERE**” er en samlet betegnelse af alle de faggrupper, der på den ene eller den anden måde har et virke i den psykiatriske praksis. Hvis jeg behandler specifikke faggrupper gør jeg det med benævnelse af deres faglighed, f.eks. ”psykolog” eller ”læge”.

”**PATIENTER**” betegner de mennesker, som psykiatrien yder behandling af. Jeg har gjort mig overvejelser om hvorvidt ordet har unødvendige negative konnotationer, og om det implicit begunstiger nogle perspektiver på behandling og forfordeler andre, men jeg synes ikke, at der nødvendigvis er et bedre alternativ. Ordet patient stammer fra PIE-roden *pei\**, som betyder ”at skade”. En patient er altså en der er skadet, og eftersom psykiatriens formål er at behandle uanset, hvordan skaden opfattes, synes jeg det er passende. Patient er desuden det mest almindelige begreb i behandlingspsykiatrien.

”**SAMTALEN**” kan både være formaliseret som den terapeutiske samtale og mere uformel som f.eks. en samtale mellem to patienter i opholdsstuen. I nærværende speciale behandler jeg samtalen som en begivenhed, og selvom den terapeutiske samtale kan kræve mere af de tilstedeværende, er den ikke nødvendigvis mere betydningsfuld end en hvilken som helst anden samtale.

”**PSYKISK SYGDOM/LIDELSE**” bruger jeg bredt som en samlet betegnelse for alt, der kan diagnosticeres. Bemærk her, at såkaldte ”grænsepatienter” ofte diagnosticeres til trods for, at de ikke til fulde opfylder kriterierne for at have en psykisk sygdom. Jeg har ikke fagligheden til at vurdere, hvornår noget er en behandlingskrævende psykisk sygdom, eller hvornår individets udfordringer er af eksistentiel karakter. Så medmindre jeg eksplicit laver en distinktion, så dækker ”psykisk sygdom/lidelse” det, der diagnosticeres.

---

# INDLEDENDE AFSNIT

---

## 1 INDLEDNING

---

I anledningen af psykiatriens 200 års fødselsdag skildrer *The British Journal of Psychiatry* psykiatriens oprindelse. Ordet ”psykiatri” er først defineret af den tyske læge Johann Christian Reil, da han ser et behov for et medicinsk speciale, hvis grundpræmisser baseres på, at psyke og soma<sup>1</sup> hænger sammen, og at psykiatri og medicin er uadskillelige (Marneros, 2008, s. 1). Han understreger kraftigt, at psykiatri er et medicinsk speciale, og ”[...] advarer filosoffer (med termen refererer han hovedsageligt til sin tids psykologer) om ikke at forsøge at indordne psykisk sygdom under en form for filosofisk psykologi” (ibid., s. 1). ”Psykiatri” er da også sammensat af *psyche*, der kommer fra oldgræsk *psūkhē* og betyder ”sind”, samt *-iatri*, der kommer fra græsk *iatrós* og betyder ”læge”, afledt af *íáomai*, der betyder ”at hele”, og således får vi betydningen: ”lægelig helbredelse af sindet”. Dette sind der helbredes, er, ifølge Reil, udsprunget af et ”forstyrret” eller ”fragmenteret” selv, og det er lægens arbejde at forsøge at genoprette sindets og selvets balance (Kaplan, 2012, s. 158). Til behandling af sindet kan lægen gøre brug af medicin og psykoterapi. Psykoterapi hos Reil, er et medicinsk speciale på linje med kirurgi og medicin, og det er ”[...] en medicinsk psykologi, specifikt til lægens behov” (Marneros, 2008, s. 3). Denne definition udfordres imidlertid af vor tids psykologer, der, trods Reils advarsel, stiller spørgsmålstegn ved forestillingen om psykiatri som et rent medicinsk speciale.

### PSYKIATRI – PSYKEN I KROPPEN

I en artikel skrevet af Eva Secher Mathiasen (2015), der er formand for Dansk Psykologforening, citerer hun et blog-indlæg skrevet af speciallæge Henrik Day Poulsen, der ekkoer Reils pointe om, at psykiatri er et medicinsk speciale: ”[Vi skal] stoppe med at tro, at [...] psykologer [...] kan erstatte

---

<sup>1</sup> Sind og legeme

speciallæger. Tror man det, er vi virkelig på en farlig glidebane.” (ibid.). Som modsvar skriver formanden:

”Man skulle tro, at en speciallæge i psykiatri med ansættelse på Psykiatrisk Center København havde en lidt større faglig indsigt i, hvad det egentlig er, psykologer i psykiatrien kan og ikke kan. [...] **Det er lodret forkert, at psykologer ikke har kompetence til at diagnosticere psykiske lidelser.**” (min markering, ibid., s. 1), og endvidere, at “[...] psykologer er den eneste faggruppe i psykiatrien med en grunduddannelse i psykens udvikling og patologi.”, og at lægerne “[...] til sammenligning bruger [...] hele deres grunduddannelse på at studere knogler, blod, væv og andre dele af kroppen” (ibid., s. 1).

Mathiasen laver således en distinktion mellem *lægefaglighed*, som hun sætter lig med ”at studere knogler, blod, væv og andre dele af kroppen” og *psykologfaglighed*, som ”den eneste faggruppe i psykiatrien med en grunduddannelse i psykens udvikling og patologi”. Herigennem anfægter hun, at den psykiske komponent i psykiatriske lidelser kræver en psykologisk indsigt udover det, som den lægefaglige psykoterapi kan favne, og at lægefagligheden ikke har samme faglige kompetence udi psyken som psykologer. Men psykoterapien har svære kår, og som Mathiasen påpeger i en anden artikel, så vælges “[...] den medicinske udvej på patienters angst og depressionsproblemer stadig alt for ofte [...] frem for samtaler” (Mathiasen, 2012). Det er en kritik, der bakkes op af patienter, hvis oplevelse er, at den medicinske behandling har gjort mere skade end gavn (Runciman, 2012; Sylow & Bjarnhof, 2014), af medierne, der især har haft fokus på sager om decideret overmedicinering (Drachmann & Goos, 2012; Graversen, 2015; Hemmingsen, 2012), af fagfolk, som den kontroversielle dr.med. Peter Gøtzsche (2015; Rasmussen, 2015), og af forskere, der påpeger, at til trods for, at de medicinske præparater ikke ser megen udvikling og ikke har forbedret sig synderligt siden de først kom på markedet, så prioriteres forskning i medicin over forskning i psykoterapi (Friedman, 2015; Kleinman, 2012; Oute & Ringer, 2014). De argumenter, som Reil udsagde i et forsøg på at legitimere psykiatrien som et anerkendt medicinsk speciale, er altså 208 år efter stadig til debat, og særligt lægefagligheden kritiseres for, ikke at anerkende de *psykosociale* aspekter ved psykiske lidelser (Friedman, 2015; Bracken et al, 2012; Jensen, 2003). Kritiske røster hævder, at lægefagligheden er inhuman (Goffman m.fl. i Brinkmann, 2015, s. 39), medikaliserende<sup>2</sup> (Aho, 2008,

---

<sup>2</sup> ”To medicalize the human condition is to apply a diagnostic label to various unpleasant or undesirable feelings or behaviors that are not distinctly abnormal but fall within a gray area not



s. 245f) og sågar korrumperet af interessekonflikter med medicinalindustrien (Gøtzsche, 2015, s. 155; Bracken et al, 2012, s. 431).

## PSYKIATRI – POSITION OG MAGT

Ifølge en artikel af psykiatrisk sygeplejer Jeppe Oute og psykolog Agnes Ringer (2014), er kritikken af den lægefaglige psykiatri et tegn på en ”legitimitetskrise”, og det er især brugen af de medicinske psykofarmaka, som volder problemer. De fremhæver, at flere undersøgelser peger på, at psykofarmaka ikke er en endelig løsning på de psykiske lidelser, og herunder kan nævnes Whitaker, der mener, at ”medicin skaber patienter” (Brinkmann, 2014) samt Gøtzsche, der pointerer, at patienterne ville være ”bedre stillede” hvis psykofarmaka blev fjernet fra behandlingen (Gøtzsche, 2014). Ifølge Oute & Ringer har lægemiddel-forskere og psykiatere forsøgt at de-legitimere Gøtzsches forskning med angreb mod hans videnskabelige troværdighed og sågar selve hans person, hvilket de ser som et udtryk for, at ”[...] der er tale om en regulær magtkamp om retten til at definere psykisk lidelse og normalitet” (Oute & Ringer, 2014, s. 1f). Denne ”magtkamp” synes også afspejlet i en af de ovenfor citerede artikler om Reil, hvor professor i medicin og tidligere formand for American Psychological Association fremhæver Reil som et ”forbilledligt eksempel” i en tid, hvor der er ”konstante forsøg” på at ”underminere psykiatriens basis”, og at ”[...] vi [psykiatere, red.] skal stå fast for at forsvare vores territorium.” (Kaplan, 2012, s. 158).

Debatten, som den skitseres ovenfor, synes netop at have karakter af at være en kamp om magt og position. På den ene side står psykiaterne, der har behandlingsansvaret, og dermed retten til at diagnosticere og udstikke en plan for behandling (Dansk Psykiatrisk Selskab, 2011). Hvis der åbnes op for, at psykiatri ikke længere er et rent medicinsk speciale, kan psykiaterne risikere, at de må dele deres position og ledelsesansvar med andre faggrupper. Men det virker nu en smule søgt, at debatten kommer til at handle om, hvilken faggruppe der ”ejer” retten til at definere, hvad psykisk sygdom er, og hvordan den bør behandles. Ude i venteværelset sidder nemlig ”hver femte dansker i den arbejdsdygtige alder” og har, ifølge beskæftigelsesministeriet, ”psykiske problemer” (Olsen, 2013).

---

*readily distinguishable from the range of experiences that are often inescapable aspects of the fate of being human” (Chodoff i Aho, 2015, s. 247).*

## MENNESKET BAG KITLEN

Men definitionen af, hvad psykisk sygdom er, har rigtig meget at gøre med, hvor mange der lider af den:

*”Hvis sygdom ikke blot er en biologisk tilstand, men en forskel mellem kroppens faktiske tilstand og den tilstand, som den kunne være i, dersom den blev behandlet, så er sygdom også en social tilstand, og så skaber læger nye sygdomme, hver gang de skaber nye behandlinger” (Thyssen, s. 45).*

Med andre ord, så skabes der psykiske lidelser, når ”almindelige ikke-medicinske aspekter” og ”afvigelser fra normalen” medikaliseres (Aho, 2008, s. 247) og patologiseres (Brinkmann, 2015, s. 41). Debatten har altså ikke kun relevans for faggrupperne der står til at miste eller vinde retten til at diagnosticere, men for alle potentielle patienter og mere generelt for vores samfundsstruktur. Det gør sagens kerne enormt kompliceret. ”Psykiatere” kan f.eks. ikke, som jeg ellers har gjort ovenfor, skæres over en kam. Mange psykiatere er ”bestyrtede” over graden af manglende biologisk evidens for de psykiske diagnoser (Aho, 2008, s. 247f), men de sættes i svære situationer, når diagnoser ikke blot har en faglig funktion. Diagnoser tjener mange andre formål. F.eks. kan nævnes, at man må have en diagnose for overhovedet at være berettiget til behandling (Rose, 2015, s. 18), for at være berettiget til at forsikringselskaber kan udløse refusion (ibid.; Aho, 2008, s. 254) og for at kunne få adgang til diverse velfærdsydelser, særlige uddannelsesstilbud eller løn under sygdom, hvis man er i arbejde (Rose, 2015, s. 18f). Den faggruppe, der bestemmer, hvordan psykisk sygdom skal defineres, bestemmer ikke bare kriterierne for, hvem der kan betragtes som ”syge”, og hvem der kan legitimeres som behandlere, men definerer også hvem, der har ret til behandling.

## LÆGEVIDENSKABENS LEGITIMITET OG DEN PSYKOSOCIALE UDFORDRING

Når ovenstående problemstilling er interessant i et afhandlingsarbejde inden for psykologi og erhvervsøkonomi, så er det fordi, at de interne stridigheder faglighederne imellem er med til at delegitimere det psykiatriske arbejde, og sætter yderligere en kæp i hjulet for den generelle kompetenceudvikling. I en artikel udgivet af *Nordisk Psykologi*, peger Gitte Lundin Jensen (2003) på, at hverken læger eller psykologer evner at gøre gavn af den viden, som det konkurrerende paradigme besidder, og at: *”[d]ette medfører en negligering af ressourcer på begge sider og er derfor ganske uheldig for den generelle kompetenceudvikling inden for psykiatrien.”* (ibid., s. 265). Hvor lægerne især udfordres på legitimitet, udfordres psykologerne på at opnå anerkendelse, og de må ofte

kæmpe for at skabe en identitet omkring og frihed til at praktisere deres faglighed (Blanchard & Barlow, 1976, s. 331f). Helt grundlæggende er psykologer og psykiatere uenige om rolle- og arbejdsfordeling (Schindler et al., 1981), hvilket den refererede debat mellem Mathiassen og Day Poulsen også bevidner. En udfordring er, at hvor den lægefaglige model opfatter medicin som den primære behandling og psykoterapi som et supplement, opfatter de psykosociale forståelser psykoterapeutiske og sociale interventioner som den primære behandling og medicin som et eventuelt supplement (Wyatt & Livson, 1994, s. 120). Men når det er lægen der egenrådigt sidder på magten og har det endelige behandlingsansvar, så fremmes en ensidet psykiatristforståelse, der, som vist, ikke tillader meget plads til andre forklaringsmodeller.

Alt dette har, om noget, sat fokus på psykiatrien. I et væld af artikler på de etablerede medier og i forskningsregi advokeres for, at den psykiatriske sygdomsforståelse ikke længere er tilstrækkelig til at imødekomme de opgaver og ansvarsområder, som kræves af videnskab og praksis (Engel, 1989, s. 38), idet psykiatrien grundlæggende er i tvivl om definitionen af sit eget fundament (Morgan, 2015, s. 141). Men til trods for, at der findes et væld af alternative psykiatristforståelser, så synes de ikke at have formået at skubbe nævneværdigt til den herskende lægefaglighed (ibid., s. 146). Et helt basalt problem er, at forståelserne er så forankrede i faglighedernes grundværdier, og at tillade en anden forklaringsmodel kræver, at man forlader sin egen fagligheds mest basale forståelsespositioner (Jensen, 2003).

## ET FORSØG PÅ AT LØSE KONFLIKTERNE MELLEM LÆGER OG PSYKOLOGER

I et forsøg på at forstå, hvad der ligger til grund for de konflikter, som psykologer og læger har indbyrdes, lod Blanchard & Barlow en gruppe psykologer få øget indflydelse på deres arbejdsgange og frihed til selv at udfolde deres faglige kunnen uden hensyntagen til psykiaternes vanlige praksis (1976, s. 332). Fund fra forsøget bekræfter, at konflikterne der opstår typisk handler om rollefordeling og ansvar (ibid.). Imidlertid peger konklusionen af studiet på, at til trods for at problemerne er funderet i det faglige samarbejde, så løses konflikterne bedst gennem individuel interaktion (ibid., s. 338), og således ved at mennesker mødes frem for, at fagligheder støder sammen. Dette fund tyder på, at der er en grundlæggende interesse blandt de forskellige fagligheder, som ikke nødvendigvis er så langt fra hinanden, som meget af debatten ellers bærer præg af. Bag kitlerne er alle psykiatrimedarbejdere mennesker, hvis grundlæggende ønske er, at befri deres patienter fra det greb, som de psykiske lidelser har taget om dem. Så til trods for, at de faglige positioner tilbyder

forklaringsmodeller, forståelser og normer for psykiatrimedarbejderens arbejde, der er divergente, så er der en menneskelig faktor, et håb om at kunne hjælpe, som går på tværs af de forskellige fagligheder, selvom *betydningen* af ”at hjælpe” med stor sandsynlighed er divergerende. Spørgsmålet er nu, om der findes en måde, hvorpå man kan sætte faglighederne i parentes, uden at det psykiatriske arbejde kompromitteres, så psykiatriens medarbejdere kan mødes om at hjælpe de patienter, som trods alt er dem, det hele handler om.

### 1.1 PROBLEMFELT

---

I dette speciale vil jeg analysere, hvordan der gennem *faglige etos* skabes mulige forståelsespositioner for, hvad psykiske lidelser er, og hvordan de behandles. Med ”faglige etos” henviser jeg til den græske betydning af *ethos*, der betyder ”sædvane”, ”moralsk karakter” og ”disposition”, og henviser således til, hvad der karakteriserer de enkelte fagligheder, hvad der for dem forstås som sædvane. Lægens etos er anderledes end sygeplejerskens og psykologens etos, og en læge forventes at agere anderledes end en psykolog. Disse forskellige forståelsespositioner repræsenterer ikke kun divergerende ætiologiske<sup>3</sup> opfattelser, men påvirker medarbejderens sociale rolle: ”*Den model som hver enkelt psykiatrimedarbejder følger, guider implicit eller eksplicit klinisk forståelse, intervention og rolleforholdet med patienter.*” (Wyatt & Livson, 1994, s. 120). En anden vigtig komponent bliver således, hvordan faglige etos harmonerer med *personlige værdier*. ”Personlige værdier” skal ikke forstås som en konkret medarbejders værdier, men som et generelt billede af, at hvor etik er et felts konsensus om hvilke værdier, der praktiseres, så vil en medarbejders personlige værdisæt have betydning for, hvordan hun knytter an til den etik. De personlige værdier kan altså meningsudfolde de faglige etos på forskellig vis.

Lad mig give et eksempel: I 2014 kommer den daværende regeringen med et udspil, der skal sikre en indsats for ”ligeværd” i psykiatrien (Regeringen, 2014). Baggrunden er, at næsten hver tredje der er i kontakt med psykiatrien oplever negativ forskelsbehandling, hvilket forklares med, at der er behov for en ”kulturændring” (ibid., s. 8f). Udover at kulturen kan fremme eller hæmme værdier som

---

<sup>3</sup> Ætiologi forklarer årsagen til noget, og bruges inden for lægevidenskaben til at betegne læren om sygdommenes årsager hvad end de er genetiske eller miljømæssige (gyldendal).

ligeværd, hvilket jeg vil vende tilbage til, så er ligeværd noget, der praktiseres mellem mennesker, og det er patienten der skal opleve, at psykiatrimedarbejderen synes, at de er lige meget værd.

Lægens faglige etos er funderet i lægeløftet, der afsiges af nyuddannede læger, og selvom løftet ikke er juridisk bindende, er det en forudsætning for, at lægen må praktisere. Et udsnit lyder: ”[...] *efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn* [...]” (min markering, Hansen, 2013). Lægegerningen baseres på et skøn, der lover at gøre sine medmennesker mest gavn. Behandling foregår som hovedregel kun med patientens samtykke, men eftersom psykiatriske patienter kan mangle ”sygdomsindsigt” tillader psykiatriloven at anvende tvang (Sundheds- og ældreministeriet, 2016). Lægen må altså skønne, hvorvidt en patient mangler ”sygdomsindsigt” og hvorvidt det vil være ”et svigt” ikke at yde behandling (ibid.). Som jeg viste i indledningen, vælges medicin alt for ofte over samtale, og det er tankevækkende, når en analyse viser, at interaktionen mellem personale og patienter er den mest typiske hændelse, der går forud for vold og aggression (Bedre Psykiatri, u.å.). Hvor ”lægens skøn” på den ene side er en faglig vurdering af, hvorvidt det ville være et svigt af patienten ikke at behandle, er dette skøn også funderet i en afvejning af, hvorvidt ”der er tid til samtale” eller om patienten blot skal medicineres. I denne sammenhæng må lægen vurdere, om ligeværd er at fjerne lidelsen fra et menneske i formodet nød eller om ligeværd er at respektere det andet menneskes personlige integritet. Jævnfør det faglige etos, er begge definitioner af ligeværd, og lægens personlige værdier og præferencer, kommer således til at spille en rolle for, hvilken form for ligeværd, han i situationen vælger at knytte an til. Igen, det er ikke den konkrete læges valg, der er interessant i denne sammenhæng, men det er derimod de *mulige* værdiformationer, som allerede er indeholdt i de faglige etos, og det er disse, jeg søger at udvinde.

Et andet aspekt der påvirker, hvordan der knyttes an til de faglige etos, er de *institutionelle strukturer*. I ovenstående eksempel om ligeværd, argumenteres der for, at der er behov for en ”kulturændring”, hvis grundessens skal hvile på en forståelse af, at mennesker med psykiske lidelser kan komme sig. Dette sker ud fra en forståelse af, at de politiske rammer der sættes, yder indflydelse på, hvilke værdier det bliver muligt at praktisere. Ligeværd forudsætter at der er tid til at drage omsorg for patienten og til at samtale. Politisk styring tillader i højere eller mindre grad, at der afsættes tid til samtale, når der stilles krav om f.eks. effektivitet. De institutionelle strukturer er altså konstituerende for det mulighedsrum, hvori etik og værdier praktiseres, og dette rum ændrer sig, når Nick Hækkerup (Socialdemokraterne) afløses af Sophie Løhde (Venstre), og når fokus flyttes fra *ligeværd* (Regeringen 2014) til *lighed* (Venstre, u.å.).

Men på denne vis yder faglige etos, personlige værdier og institutionelle strukturer indflydelse på, hvordan det psykiatriske arbejde praktiseres og herunder på, hvordan patienten mødes i behandlingen. Det åbner op for mindst to spørgsmål, hvor det første går på, hvordan de faglige paradigmers grundforståelser indvirker på fagets etos, og dernæst hvordan psykiatrimedarbejderen navigerer mellem de forskellige forståelser og positioner. Dette speciale kan læses som et teoretisk bidrag til ovenstående, når jeg svarer på følgende problemformulering:

### 1.2 PROBLEMFORMULERING

---

**Hvordan indvirker faglige paradigmers grundantagelser på de metodiske tilgange til behandling af psykiske lidelser og dermed på det psykiatriske arbejde? Og hvordan finder medarbejderen mening og sammenhængskraft i krydsfeltet mellem institutionelle strukturer, faglige etos og personlige værdier?**

---

## METODISKE OVERVEJELSER

---

Dette speciale motiveres af Ole Fogh Kirkebys teori om begivenheden. Motivationen for at vælge begivenhedsfilosofien er funderet i et ønske om at arbejde med et teoretisk greb, der så at sige lader mig komme ”bag om” skellet der hersker mellem de forskellige forståelsespositioner, for herigennem at behandle emnet uden at se problemet gennem en specifik faglig optik. Her vælger jeg at anskue ”psykisk sygdom” og ”behandling” som begivenheder, der er forskudt i tid og sted. Dermed ophæves forestillingen om, at ”psykisk lidelse” er at finde i enten sjæl eller legeme eller som et rent *naturligt* eller rent *mentalt* fænomen: *”Det naturlige og det mentale konfronterer os ikke klart og separat således at en simpel konstatering ville være tilstrækkelig til at sige: her er naturen, og her, som noget fuldstændigt andet, er sindet. Tværtimod, hvad der først synes åbenlyst adskilt, viser sig ved nærmere overvejelse at være obskurligt sammenflettet, gennemtrængende hinanden på måder, der er meget svære at forstå.”* (Husserl i Welsh, 2014, s. 20).

Som Husserl her udtrykker, er der ikke nogen simpel adskillelse, eller forbindelse, mellem naturlige og mentale fænomener, hvilket blot understreger feltets kompleksitet. Således bilder jeg mig heller ikke ind, at jeg har svarene på, hvad psykisk lidelse er, og hvordan det behandles. Men som jeg senere vil vise, så er begivenhedsfilosofien funderet i at ophæve skellet mellem det rent naturlige og det rent mentale, idet begivenhedsfilosofien, som den præsenteres af Ole Fogh Kirkeby er en ”jagt” på den ”absolutte immanens”, der ikke indebærer nogen distinktion mellem ”indenfor” og ”udenfor” eller mellem ”det naturlige” og ”det mentale” (Kirkeby, 2010). Ved at ophæve dette skel fremkommer et mulighedsrum, der ikke bare er åbent for, hvad patienten allerede er, men også for, hvad hun kan blive. Jeg vender tilbage til dette senere. Først vil jeg her præsentere en kort redegørelse for *specialets metodiske fremgang*.

### 2 SPECIALETS METODISKE FREMGANG

---

I det følgende vil jeg redegøre for specialets metodiske fremgang. Jeg har noget uortodoks valgt at lægge ud med det metodiske overblik, eftersom dette ligeledes viser specialets overordnede struktur og dets bevægelser. Da specialet er forholdsvist teoritungt, har jeg valgt at lade beskrivelserne af teori flyde sammen med de egentlige analyser, og teorierne vil således blive introduceret løbende. Her følger en kort oversigt over specialets *teoretiske motivation* efterfuldt af refleksioner over *videnskabsteoretisk forankring og basis for empiriindsamling*.

#### 2.1 TEORETISK MOTIVATION

---

Med Kuhns *teori om videnskabelige revolutioner* (2012) vil jeg analysere det nuværende psykiatriske felt og herigennem redegøre for de mest centrale paradigmer, der er med til at *meningsudfylde* de psykiatriske etos. Løbende undervejs i analysen vil der fremkomme et analyserbart felt, hvis karakteristika jeg tager med videre. Det særligt interessante er at forstå, hvilke værdier og meningstilskrivelser de enkelte paradigmer motiveres af.

For at indfange en flerdimensionel dybde af de fremkomne værdier, introducerer jeg den hermeneutiske fortolkningsmodel *quadrige* (Jørgensen, 2005). Min brug af *quadrige* har til hensigt at fremhæve og sammenligne forskellighederne ved de enkelte paradigmers grundlæggende værdier, så jeg kan komme nærmere en *forståelse* af de psykiatriske etos samt de værdier, de baseres på.

Den teoretiske metode jeg bruger, har jeg valgt at benævne *dekonstruerende fortolkning*. Jeg bruger ”dekonstruktion” i en ikke-derridask forstand, til at udlede de værdier og meningstilskrivelser der fungerer som et empirisk fundament for specialets anden halvdel. Her udfordrer jeg de eksisterende paradigmers forståelser af ”psykisk lidelse” og ”behandling” ved at inddrage begivenhedsfilosofien (Kirkeby, 2010).

Slutteligt vender jeg mig mod protreptikken, som jeg vil præsentere som en mulig model for at styrke psykiatrimedarbejderens refleksive processer og dermed fordre hende til at navigere med større frihed og kompetence mellem de forskellige paradigmers forståelsespositioner.



## 2.2 VIDENSKABSTEORETISK FORANKRING

---

Jeg bruger en dekonstruerende fortolkning med den hensigt, at gøre det ”åbenlyse” tvivlsomt. Med det åbenlyse henviser jeg til de paradigmatisk forståelsespositioner, der så naturligt indfanger deres eget blik og dermed forkaster andre mulige forståelser. Fordi der findes så mange divergerende forståelser af, hvad psykiatri er, og især, bør være, finder jeg det relevant at holde ”rummet for mulige forståelser” så åbent som muligt. Således bruger jeg her dekonstruktion i en ikke-Derridask forstand, og lader ”dekonstruktion” være noget andet og mere end ”kun teksten” (Egholm, 2014, s. 158), hvorfor den suppleres med *fortolkning*.

### HERMENEUTISK FORTOLKNING

Udgangspunktet for hermeneutikken er, at man frem for at søge en enkeltstående forklaring, som i de naturvidenskabelige tilgange, søger at forstå, ”[...] hvordan de involverede individer opfatter bestemte fænomener og begivenheder ud fra et perspektiv, der er forankret i det konkrete sted og den konkrete tid” (Egholm, 2014, s. 90). Vejen til forståelse går, ifølge hermeneutikken, gennem *fortolkning*. Fortolkning er at afdække de menings- og betydningskonstruktioner, der ligger skjult i tekst, tale eller tegn (ibid., s. 91 & 157). Det er centralt for den hermeneutiske metode, at man tager udgangspunkt i ”fordomme” og ”forforståelser” for herigennem at udvide forståelsen af det felt man studerer (ibid.). Hermeneutikken ville sige, at videnskab aldrig er værdifri, idet forskere altid har en forforståelse (ibid.), men det er netop denne forforståelse, som er interessant i denne sammenhæng, idet det netop er de psykiatriske forståelsers værdier, som jeg er interesseret i.

Helt konkret ønsker jeg således at dekonstruere de faglige etos, så ”mennesket” og den ”faglige position” adskilles i tilstrækkelig grad til, at mennesket bliver bevidst om, at hun indtager en faglig position, og således kan reflektere over, hvordan hun knytter an til denne. Jeg føler det påtvunget mig at nævne, at jeg naturligvis er bevidst om, at også jeg knytter an til de faglige etos ud fra mine personlige værdier. For at imødekomme og udfordre dette, har jeg haft den hermeneutiske cirkel (Egholm, 2014) i baghovedet, og jeg har således løbende udfordret mine egne forforståelser ved hele tiden at holde delen op mod helheden og helheden op mod de enkelte dele (ibid.).

### 2.3 BASIS FOR EMPIRIINDSAMLING

---

Formålet med empiriindsamlingen er at danne et overblik over det, som jeg kalder ”det psykiatriske felt”, ”helheden”, og herunder de faglige paradigmer, ”de enkelte dele”, som feltet udgøres af. Herved indtager jeg et analyserende metaperspektiv, hvor den empiriske genstand er *meningsdannelser* og *forståelsespositioner* inden for det psykiatriske felt. Med meningsdannelser refererer jeg ikke til, hvordan konkrete meninger dannes, men hvilke meninger det potentielt er muligt at danne. Dette indfanger et abstrakt niveau af forståelsespositioner, som giver mig adgang til at udvinde de grundlæggende værdier, hvoraf de består. For ikke at starte ”ude i det blå”, tager jeg udgangspunkt i værdierne som de formuleres inden for det psykiatriske felt, som jeg tilgår gennem et diskursivt felt bestående af forskningsartikler, udgivelser fra fagorganisationer og andre interessenter, debatoplæg og artikler i medierne, samt offentligt tilgængelige rapporter og publikationer udgivet af psykiatrien.

Der ligger en udfordring i at anlægge et sådant metaperspektiv på en analyse af formulerede værdier, idet værdierne potentielt kan praktiseres anderledes end intenderet. Hertil kommer, at de formulerede værdier kan misforstås, de kan bevidst ikke blive fulgt eller andre processer eller rammebetingelser kan hindre deres udfoldelse. Men da de formulerede værdier danner basis for strategiudvikling og styring, vil de øge indflydelse på måden hvorpå psykiatri praktiseres, om end det først er i andet eller tredje led eller indirekte gennem de ledelsesteknologier, der anvendes.

Det kan siges, at være en svaghed ved specialet, at jeg ikke direkte adspørger psykiatrimedarbejderne om deres værdier og forståelser af det psykiatriske arbejde. Det kunne jeg have gjort, hvis jeg alternativt havde valgt at lave en empirisk analyse og dermed selv indsamle førstehåndsdataba, ved hjælp af f.eks. en fænomenologisk metode. Den fremkomne empiri vil i den henseende være mere deskriptiv, og den ville netop indfange værdierne, som de praktiseres. Ulempen ville være, at det ville være svært at indfange de videnskabelige dele af psykiatrien, herunder hvilke antagelser der gøres inden for forskningsområdet, hvilket er hovedårsagen til, at jeg har valgt det første. Empiriindsamlingen er altså styret af den teoretiske metode, som jeg har valgt for specialet.

---

## ANALYSENS FØRSTE DEL

---

For at besvare problemformuleringens første del, ”**Hvordan indvirker faglige paradigmers grundantagelser på de metodiske tilgange til behandling af psykiske lidelser og dermed på det psykiatriske arbejde?**”, bringer jeg først en redegørelse af det *psykiatriske felt*. Jeg finder en sådan redegørelse nødvendig for, at jeg kan begribe de centrale paradigmer og deres historiske tilblivelser. Således er redegørelsen et fundament for det videre arbejde, da jeg tager de fundne paradigmer med i analysens næste niveau. Herfra introducerer jeg Kuhns paradigmebegreb og andre centrale begreber fra hans teori om videnskabelige revolutioner (2012). Det er min hensigt at skabe en forståelse for, hvilke grundantagelser, der motiverer de forskellige paradigmer, samt for hvordan det udfordrer det psykiatriske felt, at dets paradigmer strides internt. Men først, som lovet, lidt historie.

### 3 DET PSYKIATRISKE FELT

---

*”Samtlige menneskelige aktører forsøger at kontrollere begivenhedens betydning, hvilket medfører at dens mening får karakter af en konstruktion.”* (Kirkeby 2013).

I det følgende vil jeg fremanalysere, hvordan ”psykiske lidelser” og ”behandling” konstrueres gennem den mening, som de tillægges i de faglige etos. Jeg tager udgangspunkt i en kort historisk gennemgang af psykiatriens udvikling for herigennem at trække tråde til, hvad der kendetegner nutidens psykiatri. Formålet er, som tidligere nævnt, at gøre det åbenlyse tvivlsomt. Hvor det åbenlyse udmønter sig gennem de institutionelle strukturer og faglige etos, beror tvivlsomheden på det faktum, at de begivenheder der konstrueres, blot er mulige betydningsformationer og således ikke endegyldige sandheder. Det interessante er at finde frem til de værdier, der styrer meningsdannelsen, men det kræver en forståelse af det psykiatriske felt som et hele, som afsnittet hermed indledes med en beskrivelse af.

### 3.1 PSYKIATRIENS HISTORISKE STRUKTURER

---

Det er svært at forstå psykiatriens praksis uden at se den i et historisk perspektiv. Få videnskaber er som psykiatrien underlagt stigma, hvilket blandt andet gives som årsag til, at unge læger vælger specialet fra til fordel for mere anerkendte specialer (Kleinman, 2012). Det er et dilemma, som kun kan forstås i en større kontekst, hvor en årelang kamp for at blive anerkendt som et medicinsk speciale kan være en forklaring på, at mange psykiatere er utilbøjelige til at vige fra en biomedicinsk forklaringsmodel. I en gennemgang af psykiatriens historie fra før Reil begrebsliggjorde den til i dag, ligger mit fokus således på, hvad der tidligere har været meriterende for de psykiatriske forståelser. Her vil jeg især fokusere på ætiologiske antagelser om psykiske lidelser, tilgange til behandling og hvordan disse påvirker det psykiatriske arbejde og relationen mellem behandler og patient. Afsnittet er inddelt i overskrifter, der betegner periodernes overordnede tematisering. Efterfølgende samler jeg de væsentligste temaer fra historien op og perspektiverer dem til nutidens psykiatri.

#### MARGINALISERING, MORAL OG NORMALITET

Tiden før det lægevidenskabelige indtog i psykiatrien er indfanget af Foucaults *Galskabens historie*, der undersøger udviklingen fra ”galskab” til ”sindssygedom”, og hvordan psykiatrien igennem dette skifte berettiges (Raffnsøe et al., 2009, s. 22).

I den mørke middelalder opleves galskaben som en modsætning til normalen, som ”fornuftens ufornuftige modstykke” (Qvesel, 2011), og på denne vis vidner ”de gale” om det etablerede samfunds morale og menneskesyn, som var præget af fornuft og rationalitet. Fordi de gale forventedes at være hinsides fornuften, havde de ikke en plads i samfundet. De blev set på som ikke-mennesker, og det var derfor naturligt, at de ikke skulle leve blandt menneskerne. I renæssancen udvikler forståelsen sig til, at de gale rigtignok er mennesker, men ikke ”normale” mennesker (Qvesel, 2011). Det sker med en forståelsesforskydning fra ”galskab” til ”sindssygedom” eller ”sindslidelse”, og det lidende sind indespærres som en enklave i samfundet med henblik på at ”afrense” det, så det igen kan blive moralsk og normalt (ibid.). Med denne forflytning sker et skifte fra voldelig fysisk afstraffelse til sanktionering. Det er et vigtigt element i Foucaults historiske blik, for til trods for, at man med psykiatrien begyndte at behandle de sindslidende med større ”humanitet”, er hans pointe, at metoderne nok er udskiftede, men at magtstrukturerne fortsat hersker, og han forholder sig særdeles kritisk til dette formodede humane. En af disse magtstrukturer beskriver han som værende ”et nyt

blik”, der udmønter sig ved at lægen objektivt bedømmer de sindslidende (Rafnnsøe, 2009, s. 95f). De sindslidende bliver rigtignok befriet fra deres lænker, men må i stedet udholde lægernes moraliserende og bedømmende blikke af, i hvilken grad de afviger en antaget normalitet. Med dette indfanges essensen af Foucaults magtforståelse, der indebærer, at magt kan være tilsigtet så vidt som utilsigtet (ibid.). Lægens intention har altså ikke nødvendigvis været at afrette patienten, men magtpåvirkninger er, ifølge Foucault, uundgåelige i sociale relationer, og gennem lægens blik på patienten, opstår en norm for, hvad der er henholdsvis normalt og ikke-normalt.

## DE LÆGEVIDENSKABELIGE ”REVOLUTIONER” OG ANSTALTSPSYKIATRIEN

Som vi bevæger os ind i den sidste halvdel af 1800-tallet kæmper psykiatrien for at blive anerkendt og institutionaliseret som et ”lægevidenskabeligt speciale” (Madsen 2009, s. 90). Den lægevidenskabelige institution markeres gennem anstalter som centrum for ”moralsk behandling” og gennem forskning og forsøg udført på det fysiske legeme. De første forsøg man gør sig, er baseret på forståelser af de psykiske lidelser som udsprunget af det fysiske legeme. I forsøg på at behandle og finde frem til, hvor i kroppen psykiske lidelser er, eksperimenteres der med malariainficeret blod, der fører til høj feber og chokbehandlinger med blandt andet insulin<sup>4</sup>. Herudover yder man en stor indsats for at finde synlige forandringer i hjernen på sindslidende gennem obduktioner, men det lykkes ikke at finde et somatisk udspring for de psykiske lidelser, og ”*somatospostulatet forbliver et postulat*” (ibid., s. 90).

I 1950’erne kommer de første psykofarmaka på markedet, og de betegnes af psykiatrien som en ”behandlingsmæssig revolution” (Lægemiddelindustriforeningen, 2011, s. 9). Sygdomsforståelsen er i disse år funderet i, at sindslidelserne opfattes som legemlige sygdomme, der ytrer sig gennem sjælelige symptomer (Madsen 2009, s. 90). Til trods for at medicinen hjælper på anerkendelsen af psykiatrien som et lægeligt speciale, er det fortsat ”anstalten” eller institutionen, der står i centrum for behandlingen (ibid., s. 97). Der hersker en grundlæggende opfattelse af, at medicin ikke er

---

<sup>4</sup> Det malariainficerede blod fører til bedring for halvdelen, men for mange uheldige sjæle fører behandlingen til dødsfald. I 1941 gøres der status over chokbehandlingerne med horrible resultater: Ud af 162 patienter med skizofreni, der behandles med insulin er kun 4 symptomfrie, og ud af 782 skizofrene cardiazolbehandlede patienter er ni raskmeldte (Madsen 2009).

## MENNESKET BAG KITLEN

helbredende i sig selv, og derfor må suppleres med ophold og opdragelse inden for institutionens rammer. Her lå fokuset på ”moralsk behandling”, der udmønter sig gennem at lægen som ”en højere fornuft”, har til opgave at opdrage patienten : ”*Den moralske Behandling bestaar væsentlig i en af Humanitet og fornuftig Kjærlighed gennemtrængt, med Alvor og Fasthed overholdt, og paa den Enkeltes Individualitet nøje beregnet Opdragelsessystem, som først og fremmest berøver Patienten den tøjlesløse Raadighed over sine Handlinger, og nøder ham til at finde sig i de Indskrænkninger, hans nye Opholdssteds love udkræve, og til i Et og Alt at rette sig efter en højere fornufts uindskrænkende Bydende*” (Madsen, 2009, s. 97f). Lægen italesættes i citatet som en højere fornuft, som kan udvikle opdragelsessystemer tilpasset de syge individer. Det er en forståelse, der rummer et billede af den gode forælder, der må irettesætte det uvorne barn. Hvor lægen tidligere var bedømmende, indtræder han nu i en rolle som behandlende og opdragende, og hans påvirkning af patienten bliver mere direkte gennem psykoterapeutisk behandling.

## PSYKOTERAPI OG SOCIALPSYKIATRI

Op til 1950’erne er det altså den lægelige psykoterapi og herunder forståelsen af, at det er det fysiske legeme, der er sygt, selvom symptomerne udmønter sig i sjælelivet, der er herskende. Psykiaterne gør hvad de kan for at beholde retten til egenrådigt at praktisere psykoterapi ved at tage patent på metoden, som værende et medicinsk speciale tilhørende lægefagligheden, og ved at forsøge at undertrykke konkurrerende parter (Buchanan, 2003, s. 225). Men lægefagligheden udfordres især af Freuds psykoanalyse, der kan præsentere en teori om sjælelivet, der ikke oprinder i det fysiske legeme (ibid.) Det indleder en kamp om position mellem psykiatere og psykologer, og fordi deres ætiologiske forståelser er diametrale modsætningsforhold er det svært at nå til enighed. Imidlertid er især psykologien under forsat udvikling, og parallelt med stridighederne med psykiaterne, strides psykologerne indbyrdes, idet adfærdsterapien udvikles og udfordrer psykoanalysens videnskabelige basis (Miller et al, 2013). Problemet er for alle parter, at ingen kan komme med endegyldige forklaringer og beviser for, hvad psykisk sygdom er, og hvordan den behandles (Buchanan, 2003). Selv inden for faglighederne er der stor uenighed om, hvilke forklaringsmodeller psykiatrien bør bero sig på, som det f.eks. giver sig til udtryk hos psykiateren George Engel: ”*Den dominerende model for sygdom i dag er biomedicinsk, og den efterlader intet rum inden for sin ramme til de sociale, psykologiske og adfærdsmæssige dimensioner af sygdom.*” (1977, s. 37).

I den biomedicinske model hersker fortsat en forestilling om *asylet* eller anstalten, som værende centrum for al psykiatriske praksis. Inden for disse rammer hersker de to divergerende forestillinger om psykisk sygdom som havende enten et legemligt eller sjæleligt ophav. I 1970'erne begynder en omstilling inden for psykiatrien, som senere fører til den model, som vi kender i dag (Madsen, 2009, s. 97). I denne omstilling træder en ny forklaringsmodel frem, den såkaldte socialpsykiatriske model, der baserer sin forståelse på mennesket, som et socialt væsen, der "[...] lever og liver op i andres nærvær [...]" (ibid., s. 98). Socialpsykiatrien udfordrer særligt anstaltsforståelsen, og kritiserer den for at føre til: "[...] asocial responsløshed med institutionssyndrom og social invalidering til følge." (ibid., s. 99). En vigtig pointe i socialpsykiatrien er, at mennesker med psykiske lidelser kan komme sig, og således sker der en forskydning af fokus fra anstalten til de psykisk lidendes hverdag, hvor patientens hjemlige liv spiller en vigtig rolle for, at man kan blive rask (ibid.). En anden vigtig forandring ligger i, at behandlingen i højere grad begynder at tage form af at være samskabende, idet relationen mellem behandler og patient vinder fokus. Hvor lægen tidligere var en tydelig ekspert og "giver" af behandling, sættes der yderligere fokus på, hvordan behandlingen modtages af og indvirker på patienten.

## UDVIKLING, ANDERKENDELSE OG ANSVAR

Et kernebegreb inden for socialpsykiatrien er *social responsivitet*, der betegner en villighed til at møde andre mennesker gennem sociale relationer og interaktioner (Madsen, 2009, s. 98). Responsivitet har samme slægtskab som det engelske ord for ansvar, *responsibility*, og der ligger altså indlejret i begrebet, at den sociale interaktion mellem behandler og patient er en samskabende proces, som kræver begges medvirken (ibid., s. 99), hvilket er et radikalt skift i menneskesyn fra tidligere tiders psykiatri. Blødere værdier såsom *anerkendelse* begynder at vinde indpas, og der argumenteres for, at *udviklingsorienterede relationer* bæres af "indføling" med, og gennem en "særlig indstilling" til den anden (ibid., s. 100). Der er her tale om behandlerens basale menneskesyn, og om i hvilken grad hun opfatter patienten som et selvstændigt individ, der evner at tage ansvar for sin egen situation. Men det er også nye krav til den sindslidende, der "[...] som andre med problemer af forskellig art [skal] påtage sig ansvaret for selvindsigt og selvudvikling." (ibid., s. 100). Hermed udfordres lægens ekspertrolle for alvor, og der stilles spørgsmålstegn ved, om ikke det er patienten, der er den egentlige ekspert i sit levede liv, hvorimod behandleren "blot" er ekspert i de metodiske tilgange til behandling.

### 3.1.1. AFRUNDING: OVERSIGT OVER PSYKIATRIEN I DAG

---

Som det ses af ovenstående, kan psykiatriens udvikling læses som en udvikling af menneskesyn. Fra de sindslidende som ikke-mennesker, over de sindslidende som amoralske mennesker, til de sindslidende som syge mennesker. Herudover er særligt tre faglige blik relevante: *Det lægevidenskabelige blik*, der primært baserer sin sygdomsforståelse på individets legeme og biologi, *det psykoterapeutiske blik*, der primært baserer sin sygdomsforståelse på individets sjæleliv og selvforhold, samt *det socialpsykiatriske blik*, der primært ser individets sociale liv som genstand for intervention. I det følgende vil jeg kategorisere disse tre blik som værende paradigmer inden for det psykiatriske felt, som jeg vil analysere med udgangspunkt i Kuhns teori om videnskabelige paradigmer. Således vil jeg vende mig mod *det psykiatriske felt og dets meningsangivere* i en analyse, der har til hensigt at udvinde de herskende paradigmers værdikonstruktioner. Herefter forholder jeg mig til *psykiatriens institutionelle strukturer*, når jeg ser på, hvordan de er rammesættende for, hvad der inden for feltet opfattes som legitimt.



## 4 FAGLIGE PARADIGMER OG PSYKIATRISK VIDENSKAB

---

Det er en udpræget forståelse, at videnskab er ”kumulativ”, hvilket vil sige, at ny viden bygger oven på eksisterende viden, så vi hele tiden kommer tættere på en videnskabelig ”sandhed” (Egholm, 2014). Forskningspsykiatrien er primært funderet i det lægevidenskabelige paradigme, der bygger på den forståelse, at psykisk sygdom på en eller anden måde er indlejret i det fysiske legeme. I takt med at nye teknologier har begavet os med instrumenter, der synes at kunne kortlægge hjernens funktioner, er håbet, at man kan påvise de psykiske lidelsers legemlige ophav. Det er således forskning i biologi og neurovidenskab der prioriteres og lettest finansieres, men til trods herfor findes der endnu ikke nogen biologisk test, som den kliniske psykologi kan gøre brug af (Kleinman, 2012, s. 421). Det gør den videnskabelige gren af psykiatrien ganske irrelevant for både den kliniske psykiatri og for de generelle udviklingstendenser inden for feltet (ibid.). Hurdlen er, at man i klinikken må bero sig på samtale og iagttagelse af objektive faktorer, hvilket er metoder, som der generelt mangler videnskabeligt belæg for. De nye teknologier har altså ikke bidraget væsentligt til feltet, og det får mange til, med rimelighed, at stille spørgsmålstegn ved psykiatriens fundament, og om psykiske lidelser oprinder fra det fysiske legeme. Men det lægevidenskabelige paradigme står stærkt, og en kumulativ videnskabsforståelse taler for, at vi hele tiden kommer tættere på sandheden. Men hvordan kan vi vide, om noget er sandt?

### 4.1 KUHN'S VIDENSKABELIGE PARADIGMER

Ifølge Kuhn er videnskab ikke kumulativ (Egholm, 2014, s. 51). Tværtimod skifter videnskaben mellem forskellige forskningsparadigmer og dermed mellem forskellige sandhedskriterier for, hvad videnskabelig viden er. En vigtig pointe hos Kuhn er, at forskellige videnskabelige paradigmer ikke taler samme sprog, og deres viden kan således ikke bygges oven på hinanden (ibid., s. 52). Det kaster et interessant blik på den psykiatriske debat, hvor det er tydeligt, at de paradigmatisk positioner ikke forstår hinanden. Med udgangspunkt i Kuhns *paradigmebegreb* vil jeg således undersøge det psykiatriske felts paradigmatisk forståelser med henblik på at forstå, hvordan de faglige etos konstrueres. Her skelner jeg bevidst mellem ”paradigme” og ”faglige etos”. Paradigme hos Kuhn har to betydninger, og står således både for en *verdensanskuelse* og et *videnskabssyn* (ibid., s. 53). Hvor førstnævnte er en fælles idé om, hvad verden er og kan være, er sidstnævnte et udtryk for, hvordan et videnskabeligt felt danner konsensus omkring, hvad der undersøges, hvordan det undersøges og

hvordan problemer løses (ibid.). De faglige etos adskiller sig ved at være forankrede i en fælles konsensus om værdier og menneskesyn og i højere grad at være funderede i etiske forankringer, der ikke bare præger forståelser, men også det psykiatriske arbejde og mødet med patienten. Hvor paradigmebegrebet indfanger den videnskabelige proces, indfanger de faglige etos i højere grad den menneskelighed, der sættes i spil når behandler og patient mødes. Noget forenklet og let karikeret, kan distinktionen siges at ligge i mellem ”in-lab” og ”out-lab”<sup>5</sup>.

Således er der to grene af interesse: (1) hvordan adskiller de forskellige psykiatriske paradigmers forståelser sig fra hinanden? (in-lab), og (2) hvordan påvirker det behandlingen af de psykisk lidende? (out-lab). Førstnævnte indfanger jeg med Kuhns paradigmebegreb, hvorigennem jeg vil fremanalysere de eksisterende paradigmers forståelsespositioner. Her er det vigtigt at understrege, at forståelsespositionerne kun er *mulige*, og der findes potentielt andre måder at knytte an til og praktisere de enkelte paradigmer. Med det in mente vil jeg vende mig mod den sidstnævnte gren af interesse og undersøge, hvordan de faglige paradigmer påvirker de faglige etos for det psykiatriske arbejde. Her søger jeg ikke et empirisk svar. Det kunne jeg have gjort, men i så fald ville jeg fjerne muligheden for det mulige. Det interessante er nemlig ikke, hvordan psykiatrimedarbejderen knytter an til de faglige etos her og nu, men hvilke mulige forståelsespositioner hun potentielt kan knytte an til. Et sådant blik vil kunne danne basis for en reflektiv proces, som kan understøtte psykiatrimedarbejderens bevidsthed om, hvordan og med hvilke forståelser, hun navigerer inden for det psykiatriske felt. Jeg er med andre ord på jagt efter de værdier, som motiverer de forskellige forståelser, og det er disse, som jeg søger at udvinde.

---

<sup>5</sup> In-lab og out-lab refererer til henholdsvis fund der gøres i laboratoriet og den virkelighed der eksisterer uden for laboratoriet. Der er flere videnskabelige krumspring forbundet med at applikere in-lab resultater på out-lab omstændigheder, da der umuligt kan tages hensyn til alle faktorer, der eksisterer uden for laboratoriet.

## 4.2 DET PSYKIATRISKE FELT OG DETS MENINGSANGIVERE

---

I *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion* beskriver Brinkmann og Petersen (2015, s. 7f), at vi lever i en *diagnosekultur*, hvor diagnoser bruges til at begribe det ubehag, der er så almenmenneskeligt: ”*Diagnosekulturens væsentligste træk er et særligt psykiatrisk blik på menneskelig lidelse og afvigelse, der om ikke udvisker andre forståelser (moralske, religiøse, sociale, psykologiske osv.), som tidligere har haft større betydning, så dog nok er ved at overskygge dem.*” (Brinkmann i *ibid.*, s. 8). I det følgende vil jeg indfange dette ”særlige psykiatriske blik”, hvordan det adskiller sig fra paradigme til paradigme og på hvilke værdier det er funderet. Herfra bevæger jeg mig over i en dekonstruerende fortolkning af disse værdiformationer med fortolkningsmodellen *quadriga*.

## 4.3 PARADIGMER OG VIDENSKABSFORSTÅELSER

---

*[N]ormalvidenskab betyder forskning solidt baseret på en eller flere tidligere videnskabelige præstationer, præstationer der, af nogle bestemte videnskabelige fællesskaber, for en tid anderkendes som et fundament for fremtidig praksis.*” (Kuhn, 2012, s. 10)

”Paradigmer” legitimerer de problemer, metoder og løsninger, som et videnskabeligt felt bliver enige om. Ifølge Kuhn baseres ”normal-videnskaber” på de indledende resultater, som pionerer af feltet fandt gennem iagttagelser og erfaringer (*ibid.*), og det er gennem denne paradigme-forståelse, at mennesker studerer det felt, som de senere kommer til at praktisere (*ibid.*, s. 11). Ved at studere medicin, lærer lægen, hvordan en læge tilgår problemet ”sygdom”. Den biomedicinske model dominerer feltets grundforståelser, som er centrerede omkring patologien. Hvis det samme menneske havde valgt at læse til sygeplejerske, så havde hun i stedet lært sygeplejerskens færdigheder ud fra en grundantagelse om, som det ligger i ordet, at patienten skal plejes ud fra en værdi om omsorg. Det kan således ikke overraske, at når lægen møder patienten, ser hun sygdom, og når sygeplejersken møder patienten, har hun fokus på, hvordan hun bedst kan yde omsorg. ”Sygdom” og ”omsorg” kan i sig selv indeholde mange aspekter, hvilket jeg senere vender tilbage til.

### HVAD ADSKILLER ET PARADIGME FRA ANDRE?

Inden for det psykiatriske paradigme har lægefagligheden været så toneangivende, at den påvirker de andre fagligheders forståelser. Dette skal ses i lyset af, at det er lægen der har retten til at diagnosticere og udstikke behandling, hvorfor de andre fagligheder til dels har måtte indordne sig. Hertil kommer, at det primært har været gennem den lægefaglige terminologi, at det har været muligt at vinde legitimitet. Så når ”lægefagligheden” klandres for at være eksempelvis inhuman, så er det ikke nødvendigvis et udtryk for, at lægen er det. Psykolog- eller sygeplejerskefagligheden er ligeledes muligvis, men ikke nødvendigvis, noget andet eller mere humant. Dette ses i en analyse af psykiatriens hverdagspraksisser, hvor man indledningsvist kunne formode, at behandlingspsykiatrien primært ville være præget af det lægevidenskabelige paradigme og socialpsykiatrien af de psykosociale paradigmer. Imidlertid er dette skel ikke at finde i virkeligheden, hvor det er de lægevidenskabelige forståelser der er herskende i begge fora (Petersen, 2013). Der er således ikke meget der tyder på, at praksis tillader en særlig stor indlevelse i patienten, idet de forklarende forståelser er så dominerende. Men hvad er bedst for patienterne? Jeg formoder det må handle om graden af krise, hun er i, men ideelt set, må psykiatrien kunne begge dele, idet forståelse tillader muligheden for, at patienten ikke kun er, men også kan blive til noget andet.

Kuhns forståelse af *paradigme* dækker over fælles antagelser og verdensanskuelser samt argumenter, som accepteres af et videnskabeligt fællesskab (Kuhn, 2012). Videnskaben ændrer sig, gennem omvæltninger i den videnskabelige forståelse, i såkaldte paradigmeskift. Kuhn beskriver, hvordan videnskaber processuelt gennemløber tre faser. *Den før-paradigmatiske periode*, hvor man mangler et centralt paradigme, kommer først. Det følges af *den normalvidenskabelig periode*, hvor forskere arbejder på at udvide det centrale paradigme. Idet kontroverser opstår og det centrale paradigme udfordres af ny viden, opstår en krise, hvor videnskaben afviser et tidligere paradigme for at etablere et nyt, hvilket betegnes *den revolutionære periode* (ibid.). Her er det vigtigt at bemærke, at Kuhns teori er baseret på hans virke som fysiker, og at hans iagttagelser af den videnskabelige udvikling er funderet i naturvidenskabelige fagligheder (Egholm, 2014, s. 53). Inden for naturvidenskaben opereres med ”generelle lovmæssigheder”, og basis for erkendelse og vidensproduktion er baseret på, at der er kausale årsagssammenhænge. (Andersen, 2003, s. 27). Et eksempel herpå er tyngdekraften, hvor det, at et æble falder mod jorden, direkte kan forklares med gravitation, hvilket resulterer i tyngdekraften. Store dele af det lægevidenskabelige paradigme søger mod sådanne lovmæssigheder, som er motiveret af naturvidenskabelige forklaringer (Murkherjee, 2015). I psykiatrien opfattes psykiske lidelser i det lægevidenskabelige paradigme som ”interne patologier”,

der kommer til udtryk som symptomer i individet (Aho, 2008, s. 246). Målet for psykiatrien bliver i lægens optik at diagnosticere og kategorisere de psykiske lidelser for herigennem at ”symptombehandle” de gener individet har (ibid.). Hvis det lægefaglige paradigme anskues som det centrale paradigme i psykiatrien, kan teknologiske paradigmer, som f.eks. neurovidenskaben, siges at være udvidelser af lægevidenskaben. Nye metoder skaber nye muligheder for undersøgelser, som bidrager til udvidede forståelser. Her er det imidlertid en udfordring, at resultaterne lader vente på sig, og således er det svært at se, at der reelt er fremkommet ”ny” viden, som støtter op om de lægefaglige forståelser. Vi ved blot, at det endnu ikke er sikkert, hvorfra i kroppen de psykiske lidelser oprinder.

#### NATUR- ELLER SOCIALVIDENSKAB?

Som jeg tidligere har behandlet, er der sået en del tvivl om, hvorvidt psykiatrien kan defineres som en naturvidenskabelig videnskab. Det udfordres, som jeg viste i indledningen især af psykologer, der taler for at fremhæve psykens komponenter af psykisk lidelse. Andre røster påstår, at de psykosociale faktorer er så vigtige, at psykiatrien måske nærmere bør anskues som en psykosocial videnskab. De psykoterapeutiske paradigmer er altså ikke alene om at udfordre den lægefaglige ontologi. Blandt andet findes der retninger inden for fysioterapien (Olesen, 2003) og sygeplejerskeforskningen (Holm & Severinsson, 2011), der advokerer for, at det lægefaglige paradigmes sygdomsforståelse er forenklet og for mekanisk/biologisk til at indfange de dele af psykiatrien, der beror på den menneskelige faktor. Hvor det lægefaglige paradigme beror på at kunne *forklare* fænomener, beror de psykosociale paradigmer på *forståelse* (Andersen, 2003, s. 26f). Hvad der, ifølge Andersen, særligt adskiller de to er, at de forstående tilgange opfatter ”fænomenet” eller ”personen”, der analyseres, som værende en del af en større ”*kulturel, social og historisk sammenhæng*” (ibid., s. 27). Det er altså ikke blot fænomenet i sig selv, der er interessant for analysen, men ligeledes den mening og betydning, som fænomenet tilskrives (ibid.), og således er det ikke nødvendigvis forklaringen af psykisk sygdom der er relevant, men derimod den mening den tilskrives, samt de værdier, som denne forståelse er baseret på.

Når Kuhn applikeres på social- og sundhedsvidenskaben, er det relevant at overveje, om teorien overhovedet er gyldig. Først og fremmest gælder det sandhedskriteriet, der er baseret på ”forståelse”, og der kan således ikke som i naturvidenskaben være et endegyldigt facit. Derfor kan man heller ikke tale om, at der er ét paradigme, som udelukker alle andre, da ingen kan siges at have fat i ”den

sandeste" forståelse, og socialvidenskaberne har således ofte karaktertræk der minder om den før-paradigmatiske periode (ibid., s. 57). Så til trods for, at det lægevidenskabelige paradigme plæderer for, at det er det mest centrale paradigme, så vidner de mange psykiatريفorståelser om, at psykiatrien endnu ikke er trådt ind i den normalvidenskabelige periode, men fortsat er præget af den præ-videnskabelige periode, hvor forskellige paradigmer forsøger at udkonkurrere hinandens forståelser.

### INTERNE STRIDIGHEDER

Det er kendetegnende for den præ-videnskabelige periode, at interne stridigheder fylder meget og tager meget fokus (Kuhn, 2012). Psykologer har generelt set en grundlæggende antipati mod naturvidenskaben, da biologisk tænkning vurderes som værende for simplistisk eller for at være decideret fejlagtig og udgøre en trussel mod sociale og etiske betragtninger (Jensen, 2003, s. 271). Ligeledes synes nogle biologisk orienterede teoretikere at opfatte dele af psykologien, herunder psykoanalysen og fænomenologien, som en trussel mod den videnskabelighed, som de selv tilstræber (ibid.). Udfordringen er, at to forskellige kriterier sættes op for videnskabelighed, henholdsvis et "socialt og etisk hele" samt "videnskabelighed". Så hvor de naturfaglige videnskabsmetoder forenkler et hele for at sikre videnskabelighed, søger socialvidenskaben at samle dette hele for at sikre den fulde forståelse. Udfordringen er, at det i begge tilfælde synes at være tilfældet, at *"[...] en anerkendelse af den anden position nødvendigvis vil ske på bekostning af egne centrale værdier og idealer, og denne indstilling kan måske også være med til at forklare den fortsatte paradigmeopsplitning"* (Jensen, 2003, s. 271f). Opfattelsen bunder dog i, at fokus rettes entydigt på en potentiel fejlagtig brug af det andet paradigme, hvilket i nogle tilfælde selvfølgelig kan være sandt, men dermed ikke nødvendigvis er det i alle tilfælde. I hvert fald generaliseres der, når det biologiske paradigme opfattes som reduktionistisk og den psykologiske teori som uvidenskabelig (Jensen, 2003, s. 272).

Der er forskel på de videnskabelige metoder inden for det biologiske og det psykologiske paradigme, hvilket øger indflydelse på, hvad der reelt kan erkendes inden for begge områder, og der findes ikke en enkelt metode, der evner at registrere det mentale og det naturlige område samtidigt (Jensen, 2003). Så i vores erkendelse, og når vi går videnskabeligt til værks, er vi, ifølge Jensen, underlagt et erkendelsesniveau, der adskiller krop og sind, til trods for, at der er bred anderkendelse for, at man ikke kan adskille psyke og soma (Jensen, 2003). Således får vi, at *"[...] de nævnte parter iagttager og beskriver de samme fænomener fra hvert sit udgangspunkt."* (Jensen, 2003). For det lægefaglige paradigme er det udgangspunkt, som jeg tidligere har benævnt videnskabelighed, altså forklaringer,

der kan bevises. Værdien for det lægevidenskabelige paradigme er, om fænomenet er målbart, og om det kan testes videnskabeligt. Ifølge Kuhn, er en udfordring for socialvidenskaberne at skelne mellem, hvad der er videnskab, og hvad der ikke er (Paton 2014), hvilket muligvis kan forklare, hvorfor det er så svært for de psykosociale paradigmer at vinde legitimitet. Men grundlæggende set, er ”videnskabelighed”, som den forstås af det lægefaglige paradigme, ikke en værdi for de psykosociale paradigmer. De psykosociale paradigmer beror sig tværtimod på en model, hvor målbare erstattes med kontekst og forståelse. Således har vi basis for psykiatriens interne stridigheder, men de kan ikke stå alene. Det er nemlig ikke kun paradigmerne imellem, at der opstår stridigheder, det er også mellem de enkelte fagligheder og deres omverden, som jeg her benævner, *de institutionelle strukturer*.

#### 4.4 FAGLIGE ETOS I INSTITUTIONELLE STRUKTURER

---

Det, som jeg her betegner *de institutionelle strukturer* indfanger psykiatrien som institution, og de kulturelle og historiske elementer af, hvad vi i dag kender som psykiatri. Herunder hører også de ledelsesmæssige og politiske beslutninger der styrer den formelle psykiatri. Det gælder styringsredskaber såsom LEAN (Region Hovedstaden Psykiatri, 1, u.å.) og akkreditering (Region Hovedstaden Psykiatri, 2, u.å.), der begge er en del af den effektiviseringsstrategi, der går under navnet *New Public Management*, som har formet psykiatrien gennem årtier (Ringgaard, 2013). Strukturer som disse ændrer ved de rammer, inden for hvilke det psykiatriske arbejde finder sted, hvorigennem værdier som kvalitet redefineres, hvilket jeg vil vende tilbage til. En anden vigtig forandring der sker er, at effektivitet og ensretning gøres til målsætninger for psykiatrien, hvilket influerer på de former for behandling der er at foretrække. F.eks. kan man have mange flere patienter i medicinsk behandling sammenlignet med den tid, som det vil tage at tilbyde psykoterapi. Således indvirker de institutionelle strukturer på de faglige etos, og er med til at sætte rammer for, hvilke af de forskellige paradigmer, der lettest vinder legitimitet.

#### EFFEKTIVISERING

I nyere tid vinder politiske styringsrationaler indpas over, hvordan psykiatrien i dag praktiseres (Madsen, 2009, s. 100), og som så mange andre offentlige institutioner, er psykiatrien blevet effektiviseret med *New Public Management* værktøjer hentet fra det private erhvervsliv (Ringgaard, 2013). Disse moderne effektiviseringsstrategier og nye ledelsesteknologier udfordrer psykiatriens klassiske fagligheder, ved at ændre på en basal forståelse af, hvad eksempelvis *kvalitet* er. På Region

Hovedstadens Psykiatri hjemmeside kan man læse sig til, at den akkrediteringsmodel, som psykiatrien følger, ændrer på kvalitetsopfattelsen, som: ”[...] bevæger sig væk fra, at behandling og pleje hviler på sundhedspersonalets individuelle hukommelse.” (Region Hovedstadens Psykiatri, 2, u.å.), og at ”[...] det er vigtigt, at der er et system, der hjælper personalet med at udføre plejen og behandlingen ens.” (ibid.).

Det er udviklinger som denne, der får psykiatrimedarbejderne til at råbe vagt i gevær, som det er tilfældet, når 50 læger og psykologer fra børnepsykiatrien går sammen i et åbent brev til politikerne og argumenterer for, at krav om effektiviseringer udfordrer fagligheden i sådan en grad, at det fører til overmedicinering og manglende diagnostisk redelighed (Kjeldtoft, 2016). I lighed hermed, viser en undersøgelse foretaget af Dansk Sygeplejeråd, at 58% af psykiatriens sygeplejersker tilkendegiver, at ydelsesstyringen giver dem dårligere mulighed for at yde ”faglig forsvarlig sygepleje” (Richter, 2016). Dommen lyder: ”Konsekvensen af ydelsesstyringen er [...], at de svageste patienter lades i stikken, og den bedste behandling bliver fravalgt. Det fører til fejlbehandling, genindlæggelser og forværring af patienternes tilstand.” (ibid.). Udover den åbenlyse utilfredshed der må ligge i ikke at kunne gøre sit arbejde ordentligt, er det svært at undgå, at strukturer som denne ikke kommer til at indvirke på det rent faglige. Eftersom det er systemet der betaler ydelserne, er det i forretningsterminologien også systemet, der kan betragtes som ”kunden”, hvilket fjerner fokus fra patientens behov (Petersen, 2013). Men til trods for, at utallige faglige røster påpeger disse problemer, holdes der fra politisk side fast i mere effektivitet og mere styring. I kølvandet på den ovennævnte debat om børnepsykiatrien, har psykiatrien påpeget, at den har brug for flere penge, og at det fortsat er et problem, at den forfordeles i forhold til somatikken (Vaaben, 2016). Sundhedsminister Sophie Løhde svarer igen med et ønske om endnu mere styring (ibid.), og påpeger, at læger alt for længe har fået ”alt for lang snor” (Saietz, 2016).



#### 4.5 DET PSYKIATRISKE ARBEJDE

---

I krydsfeltet mellem faglige etos, paradigmatisk forståelse og institutionelle strukturer, må det psykiatriske arbejde nødvendigvis finde sted. I indledningen beskriver jeg, hvordan psykiatribegrebet først så dagens lys i 1808, hvor Reil advokerer for, at psykiatrien er et lægefagligt speciale på linje med kirurgi og farmakoterapi. I dag assisterer, udover sygeplejerskerne, et væld af andre fagligheder behandlingen herunder psykologer, ergoterapeuter, fysioterapeuter og social- og sundhedsassistenter. Hver af disse fagligheder er indfanget i deres egen ”ekspertise”, og ser på den psykiatriske behandling som en del af deres eget felt. Lægerne ser efter sygdomsmanifestationer, psykologerne på sindet og selvet, sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne på omsorg og pleje, og fysio- og ergoterapeuterne på genoptræning og rehabilitering i henholdsvis det fysiske legeme og i hverdagslivet. Det er dog fortsat *overlægen*, der diagnosticerer og står som hovedansvarlig for behandlingsplanen, men de fleste patienter vil modtage en flerfaglig indsats, og alle faggrupper er i en eller anden forstand med til at præge *det psykiatriske arbejde*, hvorfor de hver især må forholde sig til de forskellige paradigmers psykiatristforståelser.

Anne Petersen har i et ph.d. projekt forsøgt at indfange, hvad der kendetegner det psykiatriske arbejde gennem de ”hverdagslogikker” der praktiseres i psykiatrien (2013). Et overraskende fund er, at det psykiatriske arbejde, trods de mange paradigmatisk kampe, er bemærkelsesværdigt ensartet: ”*De hverdagslogikker, der var i organisationerne, var i høj grad de samme, og afspejler således ikke den i feltet italesatte ‘paradigmekamp’, som ville have forudsagt, at praksis på et Hospital og et Bosted var meget forskellig.*” (Petersen, 2013, s. 153). De hverdagslogikker som Petersen fandt, oprinder fra værdier funderet i det lægevidenskabelige paradigme (ibid.). Dette fund bevidner, at selvom det lægefaglige paradigme ikke videnskabeligt kan legitimeres som det centrale paradigme i psykiatrien, så er institutionelle strukturer og kulturen i psykiatrien funderet således, at det alligevel lettere vinder legitimitet end de andre paradigmer, og det er det, som formanden for psykologforeningen forsøger at udfordre, når hun plæderer for, at psykologer er mindst lige så kompetente til at diagnosticere som psykiaterne. Følgeligt vil jeg udfolde denne debat i en dybere analyse af *konflikten om de terapeutiske samtaler*.

### KONFLIKT OM DE TERAPEUTISKE SAMTALER

Som jeg viser i indledning, er psykiatrien opstået gennem et lægefagligt perspektiv, hvor den psykoterapeutiske behandling udføres af en psykiater. I den optik, argumenterer repræsentanter for det biomedicinske paradigme for, at terapi virker ligesom medicin (Miller et al, 2013), og således plæderes der for, at hvis psykoterapien skal avancere som videnskab, må psykologerne være i stand til at ”operationalisere falsiferbare hypoteser”, så disse kan testes, og der herigennem fremkommer en rigid metode, som kan repliceres ”præcist” og ”stringent” (ibid.). Det lægevidenskabelige argument er funderet i en forståelse af, at forskellige terapier varierer i effektivitet og at formelt testede terapier er mere effektive end ikke-specificerede terapiformer (ibid.). Det er forståelser som denne, der gør det svært for paradigmerne at mødes: *”Skellene mellem psykologi og psykiatri forsøges nedbrudt, men det er ikke nemt ’ Problemet mellem psykiatri og psykologi er den videnskabsteoretiske tilgang: Når man kigger på evidens i psykiatrien, så kigger man på forskning, der leverer resultater, som ligner den lægefaglige evidens, men den type evidens kan man ikke bruge på samtaler.”* (Mathiasen i Ørum, 2013).

Som hermeneutiske grene af sygeplejegeringen og fysioterapien ovenfor argumenterede for, er der imidlertid meget der tyder på, at faktorer som empati, relation og indføling ikke kan indfanges i metoden alene. Det samme påpeger kritikere af det lægevidenskabelige argument for formaliserede terapier, idet der er mekanismer, som alle terapier har tilfælles, der synes at være af betydning, uagtet hvilken terapeutisk metode, som anvendes (Miller et al, 2013). Her italesættes især den terapeutiske relation, som værende en vigtig ”transteoretisk ingrediens” i psykoterapi (ibid.). Dette perspektiv bakkes op af forskning der viser, at der er større variation i udbyttet af terapi, hvis den måles på terapeuter uagtet metode, end der er, hvis man sammenligner metoder (ibid.). Problemet med uenighederne er blandt andet, at ressourcer i højere grad går til at kæmpe mod konkurrerende forståelser end til egentlig udvikling. Således har der også været imponerende lidt udvikling i udbyttet af psykoterapi de seneste 40 år til trods for, at et væld af nye metoder og nye diagnoser at behandle er kommet til (Miller et al, 2013). Det er altså i psykiatriens interesse, at de forskellige paradigmer stoppes med at strides (Bracken et al, 2012; Kleinman, 2012), men det betyder ikke nødvendigvis, at noget paradigme må opgives helt: *”En post-teknologisk psykiatri vil ikke opgive de empirisk videnskabelige værktøjer eller afvise medicinske og psykoterapeutiske teknikker, men vil begynde med at positionere de etiske og hermeneutiske aspekter af vores [psykiatrimedarbejdernes, red.] arbejde som det primære, og herigennem fremhæve vigtigheden af at undersøge værdier, relationer, politik og den etiske basis af pleje og omsorg.”* (Bracken et al, 2012). For Bracken og de andre

psykiatere I artiklen, handler det ikke så meget om, at der kun må herske et paradigme, men nærmere om, hvilket paradigme og hvilke forståelser, der danner basis for det psykiatriske arbejde.

Jeg har tidligere beskrevet, hvordan konflikterne inden for det psykiatriske felt kan ses som en legitimitetskrise, hvor især lægefagligheden står for skud. Det samme gør sig gældende i forhold til terapien, hvor undersøgelser viser, at den generelle befolkning synes vældig godt om psykologer, hvorimod psykiaterne synes at have et problem med deres image (Sanua, 1996). Problemet er, at mange er utrygge ved at skulle opsøge en psykiater, fordi de er for tilbøjelige til at udskrive recepter på medicin (ibid.). Imidlertid er psykiaterne uddannede til både at kunne give medicin og tilbyde samtalerapi. Deres valg af det ene frem for det andet påvirkes naturligvis af de rammebetingelser, der gør sig gældende, men det kan også være et udtryk for en personlig præference. Inden for feltet af psykiatere, er flere begyndt at stille spørgsmålstejn ved den udvikling, som psykiatrien er på vej mod.

#### DEN MENNESKELIGE FAKTOR

I 2012 bringer The British Journal of Psychiatry et opråb gennem en særartikel forfattet af 29 psykiatere, som stiller spørgsmålstejn ved psykiatriens igangværende udvikling. De argumenterer for, at psykiatrien bør bevæge sig ud over *"det nuværende teknologiske paradigme"*, idet *"god psykiatrisk praksis primært involverer et engagement med [...] relationer, mening og værdier"* (Bracken et al, 2012, s. 421). Reaktionen kommer i kølvandet af, at tidsskriftet har publiceret en række lederartikler, der argumenterer for, at psykiatrien som profession bør udvide sin identitet til at være endnu mere teknologisk og biomedicinsk. Problemet er imidlertid, *"[...] at løftet om terapeutisk gevinst fra hjerneforskningen altid synes at være for fremtiden, hvilket leder nogen til at stille spørgsmålstejn ved dens bidrag til fremskridt i vores felt (psykiatrien, red.)"* (ibid., Kingdon & Young, 2007). Konklusionen på artiklen er meget klar: *"Psychiatry is not neurology; it is not a medicine of the brain."* (Bracken et al, 2012, s. 432), og de 29 psykiatere efterspørger en psykiatri, der sætter etiske og hermeneutiske aspekter af det psykiatriske arbejde i centrum for at fremhæve betydningen af blandt andet værdier og det etiske fundament af pleje og omsorg. Men det er svært, når kvalitetsbegrebet ændres fra at være baseret på omsorg og pleje til at være indbefattet af systematiseret ensartethed. Miller et al (2013) udfordrer netop denne udvikling, ved gennem forskning at vise, at der ikke er lige så stor variation i udbyttet af psykoterapi når man sammenligner forskellige metoder, som når man sammenligner forskellige terapeuter. Dette fund peger på, at det i

højere grad er den menneskelige faktor end det er typen af terapi, som gør en forskel (ibid.). Denne menneskelige faktor består blandt andet af evnen til at leve sig ind i det andet menneske og til oprigtigt at være tilstede i relationen. Holm & Severinsson argumenterer for, at en hermeneutisk tilgang kan hjælpe sygeplejersker med at opfostre intuition og empati (2011, s. 843), og Olesen for, at fænomenologien såvel som hermeneutikken må komme i spil, hvis vi vil indfange det, som naturvidenskaberne ikke kan: ”Menneskets unikke væsen består i, at mennesket er den eneste skabning, hvis væren består i, ikke kun i hvad det er og var, men især i, hvad det endnu ikke er. Alt andet i verden er -hvad det er. Mennesket er ikke en ting -men en forventning. Eksistens - og dermed sundhed - betyder for hver af os at realisere de forventninger vi har til livet. At forsøge at magte tilværelsen.” (Olesen, 2003, s. 236).

Når debatten udlægges sådant, så bliver det klart, at psykiatri er rigtig mange ting, og at ”det” den er, defineres gennem de øjne, der ser. Hvis man ønsker forklaringer for de psykiske lidelser, så ligger det lige til højrebenet at bekende sig til diagnosebillederne. Hvis man ønsker at forstå lidelsen i et mere symbolsk, kulturelt perspektiv, så er diagnosebillederne ikke tilstrækkelige til formålet. Men erkendelse indfanges ikke kun af de fagligheder, som definerer den. Inden for både læge-, psykolog- og sygeplejerskefagligheden vil der mennesker imellem være stor differens mellem i hvilken grad forklaring vægtes over forståelse. I den forstand er der ikke nødvendigvis særlig stor forskel på de lægevidenskabelige og psykologiske paradigmer, og det er en forenkling at påstå, at psykoterapeutiske paradigmer per se er mere interesserede i at forstå end at forklare. Faglighederne bliver medarbejdernes apparat hvormed de tilgår deres arbejde, og fagligheden bliver således styrende for, hvilke sygdomsforståelser der er i spil, og hvilke behandlingsformer der vinder legitimitet.

#### 4.6 AFRUNDING: 3 PARADIGMER

---

I den foregående analyse har jeg været omkring psykiatriens historiske islæt, hvorigennem jeg redegør for de mest centrale paradigmer inden for psykiatrien, nemlig lægevidenskaben, psykologfagligheden og socialpsykiatrien. I en videre analyse af disse finder jeg, at de hver især udmøntes gennem faglige etos, som indfanges af den rolle, som medarbejderne påtager sig idet hun går på arbejde. Jeg vil nu vende mig mod en dybere fortolkning af disse.

---

# HERMENEUTISK FORTOLKNING

---

## 5 FORTOLKNING AF DET PSYKIATRISKE FELT

---

For at forstå, hvilke værdimæssige forankringer, der ligger til grund for de forskellige paradigmer, vil jeg nu vende mig mod den hermeneutiske fortolkningsmodel *quadriga*. *Quadriga* er udviklet i middelalderen til at læse bibelske tekster, men er senere blevet brugt som en mere almen tekst- og tolkningsteori (Jørgensen, 2005, s. 66). *Quadriga* består, som den fremlægges hos Jørgensen, af fire tolkningsniveauer, der afspejler fire forskellige planer af forståelse. De fire niveauer er *den bogstavelige læsning*, *den allegorisk-symbolske læsning*, *den tropologisk-moralske læsning* og slutteligt *den åndelig-anagogiske læsning*.

Mit formål med at inddrage modellen her, er at indfange, hvordan de forskellige paradigmatiske forståelser kan være indlejrede i forskellige niveauer af forståelse. F.eks. henter det naturvidenskabelige paradigme merit i at forstå psykiske lidelser i en bogstavelig forstand, hvor en diagnose eksempelvis dækker over et symptombillede, der kan lindres gennem behandling. Den forklaring meriterer ætiologien i bogstavelig forstand, men indfanger ikke sygdommens allegoriske, moralske eller åndelige betydning. Omvendt fokuserer mange alternative psykiatristforståelser på ”det holistiske” eller på ”det hele menneske”, hvor det ikke er særlig konkret, hvad disse begreber indeholder bogstaveligt og historisk. Meningen med at bruge *quadriga*, er at fremhæve de forskellige niveauer, som de enkelte paradigmers grundlæggende antagelser er funderet i, for herigennem at komme nærmere en forståelse af de værdier, som antagelserne baseres på. *Quadriga* bebuder altså en dybdegående analyse af de faglige paradigmers grundantagelser, hvilket hjælper mig til at forstå, hvordan disse indvirker på de faglige etos’ grundlæggende forståelser. Den forståelse tager jeg med videre i anden halvdel, hvor jeg vil introducere *begivenhedsfilosofien* og *protreptikken*.

### 5.1 DE FAGLIGE ETOS

---

I den foregående analyse kunne jeg frembringe tre klassiske faglige paradigmer, hvis grundlæggende værdi jeg nu vil fokusere på. Det lægefaglige paradigme er forankret i en sygdomsforståelse, der skelner mellem ”rask” og ”syg”, og det er lægens arbejde, så vidt muligt, at fjerne sygdommen og symptomerne for denne. Lægens faglige etos er således forankret i værdien om *behandling*. Som jeg

## MENNESKET BAG KITLEN

har taget fat om et par gange, virker psykologen primært gennem psykoterapien, som hun ser som det mest basale værktøj i behandlingen af psykisk lidelse. Psykologens faglige etos er således funderet i værdien om *samtale*. Slutteligt vil jeg fokusere på sygeplejersken, hvis arbejde består i at pleje og drage omsorg for patienten. Hendes fornemmeste opgave består i at assistere psykiateren med at tage hånd om patienten, og hendes faglige etos er funderet i værdien *omsorg*.

### 5.2 QUADRIGA

---

Fortolkningsmetoden er inddelt i fire læsninger af en tekst. Den første betegnes *sensus litteralis/historicus* og beskriver, hvad der er hændt i oprindelig, bogstavelig facon, og kaldes ”tekstens yderside”. De resterende tre kaldes ”tekstens inderside”, og søger at finde den åndelige mening frem i teksten. De tre aspekter, der tolker tekstens inderside kaldes *sensus allegoricus*, *sensus tropologicus* og *sensus anagogicus/mysticus*, og beskæftiger sig henholdsvis med tekstens allegoriske betydning, tekstens morale, og med tekstens opbyggelige betydning, forstået som det, man stræber mod (Jørgensen, 2005).

I det følgende vil jeg argumentere for, at de fire tolkninger er væsentlige fokuspunkter i debatten om psykiatriens menneskesyn, eftersom de netop kan kaste lys på nogle af de udfordringer der er i paradigernes forståelse af hinanden. Der er nemlig forskel på om for eksempel ”menneske” tolkes bogstaveligt som en samling knogler, bindevæv og hud, allegorisk som et bevidsthedsfænomen, anderledes end dyrene, eller moralsk, som en entitet der evner at skelne mellem rigtigt og forkert, og endelig i det fjerde aspekt, som et væsen, der har mulighed for at etablere en harmoni mellem sindets modsætninger og mellem krop og sind. Hvert paradigme tillægger mennesket en ramme, inden for hvilken forskellige fortolkninger kan finde sted

### FIRE NIVEAUER AF FORTOLKNING

Inden jeg vender mig mod en fortolkningslæsning af de enkelte paradigmer, vil jeg her redegøre for, hvordan jeg bruger fortolkningsmetoden til at analysere det psykiatriske felt, og herunder hvordan jeg i denne sammenhæng forstår de fire fortolkningsniveauer.

Quadrige er som tidligere skrevet et fortolkningsværktøj der sigter mod at forstå en teksts åndelige mening. I religiøse og spirituelle bevægelser beskrives åndelighed som ”at vågne op til lyset” eller at blive fri fra mørket, hvor lys og mørke er gennemgående metaforikker, som det blandt andet kendes fra de østlige religioners begreb ”oplysning”. I denne sammenhæng er oplysningen et bevidsthedsskifte fra ego til det højere selv, hvorigennem man bliver et med ånden. Samme forståelser findes i kristendommen, og interessant nok, i oplysningstiden, hvor det, der vågnes op fra, er kirkens og religionens dogmatiske mørke. Den kropslige oplevelse af ovenstående består i at blive fri af noget der tynger, for at føle sig ”let” (som ånden). På samme måde vil jeg argumentere for, at den psykiske sygdom kan opleves som et mørke, som patienten gennem behandling forhåbentligt ”løftes op fra”, så han kan sættes fri fra lidelsen. I denne sammenhæng forstår jeg altså åndelighed som en frigørelse fra lidelse, hvilket også indeholder frigørelse fra sindets lidelser. Den ”åndelige” mening der søges gennem tekstlæsningerne forstås altså som frigørelsen fra sygdommen eller som det der skal til for, at individet erklæres raskt. Her følger en kort redegørelse for, hvordan jeg bruger de enkelte fortolkningsniveauer i denne psykiatriske sammenhæng:

**SENSUS LITTERALIS:** Den betydningsformation, som er bærende for paradigmet har gennemgået et historisk forløb, og kan således læses tilbage til nogen af de første studier, hvor det gav mening at se på tingene i dette lys. Det er således en bogstavelig og historisk gennemgang af, ”sådan nåede vi her til”. Dette emne har jeg allerede berørt i det redegørende afsnit, hvorfor jeg ikke vil give det mere plads her end blot konkretisere nogle overordnede begivenheder, der har præget de enkelte paradigmer og deres forståelseskonstruktioner.

**SENSUS ALLEGORICUS:** Den allegoriske læsning vil i bibelsammenhæng besinde sig på, hvad man skal tro og herigennem forholdet til Kristus og til den kristne dogmatik, som den udledes af dogmatikken, troens artikler, som udledt af evangelierne og resten af biblen. I en psykiatrisk kontekst baseres dogmatikken på menneske- og sygdomsforståelser, og den allegoriske læsning beskæftiger sig således med fortællingerne, der støtter op om og indeholder paradigmernes essentielle mening. Patienterne lærer af psykiatrien at sætte terminologiens ord på deres fortælling, og herigennem påtvinges patienten en særlig slags fortælling for sine lidelser. På denne vis er psykiatrimedarbejdere en slags forkyndere af psykiatriens menneskeforståelser, og det er psykiatriens vokabular der bærer

## MENNESKET BAG KITLEN

den største tyngde. Patienter lærer gennem psykiatrien at beskrive sig selv som værende ”deprimerede” frem for ”kede af det” eller ”hyperaktive” frem for ”urolige”. Men hvad der vægtes, og forholdet der lægges op til varierer fra paradigme til paradigme. Gennem paradigmernes konstruktion, gøres nogle fortællinger ”mulige” frem for andre, og her er kan det være essentielt også at kigge på, hvilke fortællinger, der *ikke* er mulige. Et klassisk eksempel på det umulige er patienten, som er ”for syg” til at modtage psykoterapi, selvom han egentlig måtte ønske det. Sensus allegoricus bærer således præg af at være en ”typologiske fortælling”, der til dels får karakter af den arketypiske fortælling, men som dog ikke går lige så dybt og langt tilbage.

**SENSUS TROPOLOGICUS:** Denne moralske læsning sigter på det forbilledlige og dermed på, hvad den enkelte skal gøre og på den enkeltes tro og etik. I et kristent perspektiv er forbilledet ”den troende sjæl, der altid søger fred”. I psykiatrisk kontekst, sigter sensus tropologicus mod en forståelse af, hvad ”den gode patient” er, og hvilke værdier, der er forbilledlige. Der er således tale om paradigmets etik. Hvordan skal han agere (og tro), som ønsker sig fri fra sin lidelse?

**SENSUS ANAGOGICUS:** Anagogia betyder ”at lede opad” og betegner det værdige mål, som der stræbes mod. I kristen sammenhæng er det som ofte foreningen med det åndelige eller med gud, og jeg vil således her gøre brug af det åndelige som frigørelsen og dermed lade det der stræbes mod være foreningen med friheden, forstået som fraværet af lidelsen, man har været underlagt. I Jungs terminologi, ville dette være en ophøjelse til det ”højere selv”.

Således vil jeg i det følgende præsentere en quadrigask læsning af *det lægefaglige etos, det psykologfaglige etos, sygeplejerskens etos, en recovery-orienteret etos* og slutteligt *filosofiens etos*, hvor jeg for hver især definerer sensus litteralis, sensus allegoricus, sensus tropologicus og sensus anagogicus.



## 5.3 FORTOLKNINGSLÆSNING AF DE ENKELTE PARADIGMER

---

### DET LÆGEFAGLIGE ETOS

**Sensus litteralis:** Lægevidenskaben, som den udtrykkes i vestlige samfund, er funderet i en grundlæggende antagelse om, at sygdom er at finde i det fysiske legeme. De sygdomme, som kan ramme legemet udtrykker sig gennem symptomer, der kan lindres eller fjernes. Det lægefaglige etos er ”at behandle”.

**Sensus allegoricus:** Psykiateren er ekspert i sindets sygdomme. Sygdommen kan være iboende individet, skyldes en kemisk ubalance i hjernen eller en decideret hjernefejl. De lidelser som dette medfører, kan lægen lindre. Den allegoriske læsning af det lægefaglige etos er ”at lægen helbreder”.

**Sensus tropologicus:** Fordi psykiske sygdomme har et biologisk ophav, er patienten uden skyld i sin sygdom. Sygdommen kan endda være så fremtrædende, at patienten mister fornuften til at vide, hvad der er bedst for hende selv. Da det kræver ekspertise at helbrede, må patienten tro på og overgive sig til psykiaterens ekspertviden. Den moralske læsning af det lægefaglige etos er ”at patienten må hengive sig til lægens ekspertise”.

**Sensus anagogicus:** Frigørelsen fra de psykiske lidelser ligger i den lægelige helbredelse af sindet. Man må finde medicinen der virker, eller nå til gang nummer X af elektrochokterapi, som har en vedvarende effekt. Det er allegorisk med at en kræftsvulst fjernes eller at et brækket ben heler. Når sygdommen ikke længere kan diagnosticeres, er mennesket frit. Den anagogiske læsning af det lægefaglige etos er ”at patienten er fri, når hun kan erklæres rask”.

### DET PSYKOLOGFAGLIGE ETOS

**Sensus litteralis:** Psykiske lidelser oprinder i sjælsforholdet og indikerer sår i selvforholdet. Sår i selvforholdet kan skyldes en medfødt sårbarhed eller skyldes særlige traumatiske oplevelser i barndommen og/eller voksenlivet. Katarsis, at få afløb for følelser, kan lette og bearbejde gamle sår. Herudover kan terapi rette op på uhensigtsmæssige tanker, følelser og handlinger, hvilket fører til et mere helt selvforhold. Det psykologfaglige etos er ”at samtale”.

**Sensus allegoricus:** Eftersom psykisk lidelse skyldes sår i selvforholdet ligger helbredelsen i at behandle og hele patients forhold til sig selv. Psykologen har et indgående kendskab til psykens

## MENNESKET BAG KITLEN

strukturer, og hun kan således behandle psyken gennem samtale. En terapeutisk samtale adskiller sig fra almindelige samtaler ved, at psykologen er faguddannet. Det kræver ekspertfaglig viden at behandle selvforholdet. Den allegoriske læsning af det psykologfaglige etos er ”at den terapeutiske samtale helbreder”.

**Sensus tropologicus:** Patienten opnår helbredelse ved at indfri og imødekomme selvforholdet. Da tanker, følelser og adfærd indvirker på hinanden, kan psykologen via samtale hjælpe individet, men patienten må selv praktisere ændringerne i sit liv uden for terapien. Den moralske læsning af det psykologfaglige etos er ”at patienten må tillade terapien og invitere terapeuten inden for i hans sinds afkroge”.

**Sensus anagogicus:** Frigørelsen fra psykisk lidelse er funderet i at frigøre selvet fra tidligere begrænsende selvforhold. Den anagogiske læsning af det psykologfaglige etos kan indfanges gennem det øverste niveau af Mashlows behovspyramide. Således indebærer sensus anagogicus, ”at patienten bliver fri ved at realisere det højest mulige selvforhold”.

## SYGEPLEJERSKENS ETOS

**Sensus litteralis:** Den sygeplejerskefaglige forskning er baseret på fænomenologiske og hermeneutiske forståelser, der handler om at forstå patientens livsverden. Patienten med psykisk lidelse kan være mere eller mindre forpint, men har brug for omsorg for at komme sig. Sygeplejerskens etos er ”omsorg”.

**Sensus allegoricus:** Den forpinte patient har brug for hjælp, støtte og opmærksomhed for at hjælpes til at hjælpe sig selv. Sygeplejersken kan skabe en tryk ramme for at helbredelsen kan finde sted. I den allegoriske læsning af sygeplejerskens etos får vi, ”at omsorg befrier”.

**Sensus tropologicus:** Den moralske læsning af sygeplejerskens etos beror sig på, at psykiatrimedarbejderne er gæster i patientens livsverden, men de kan bidrage til den refleksion, der skaber forløsning. Således anderkender sygeplejerskens etos, at patienten er eksperten i sit eget liv. Den moralske læsning af sygeplejerskens etos er, ”at gæste patientens livsverden for at skabe refleksion og forløsning”.

**Sensus anagogicus:** Det frigørende aspekt for patienten er, at hun lærer at tage omsorg om sig selv og ideelt set andre. Dette indebærer at patienten finder sig til rette med sig selv og sin livsverden,

hvilket kan ske på mange måder, f.eks. gennem et kreativt udtryk. Den anagogiske læsning af sygeplejerskens etos er, ”at patienten vil kunne finde sig selv”.

## RECOVERY-ORIENTERET ETOS

Der er en merkant forskel mellem de psykosociale paradigmer og det lægefaglige paradigme, der handler om hvorvidt psykiske lidelser må betragtes som kroniske eller om det er muligt at komme sig. Store dele af de psykosociale paradigmer lader sig inspirere af ”recovery-orienteringen”, som plæderer for det faktum, at man kan komme sig over psykisk sygdom. Således synes jeg, at det er berettiget en plads her.

**Sensus litteralis:** Mange kommer sig helt efter psykisk sygdom og ca. halvdelen opnår merkant forbedring. Således er der intet der taler for, at psykisk sygdom er kronisk. Det recovery-orienterede etos er ”at komme sig”.

**Sensus allegoricus:** En gennemgående allegori i recovery-orientering er, at mennesket indeholder en rask og en syg del, og at helbredelse sker, når den raske del begynder at tage over fra den syge del. Behandling af patienten handler altså om at finde frem til, hvad der kan motivere den raske del. Den allegoriske læsning af recovery-orienteringens etos er ”at motivation for at blive rask helbreder”.

**Sensus tropologicus:** Recovery er opnåeligt og muligt for alle. Der er mange faktorer som påvirker patientens velbefindende, men individet er en vigtig brik, for det der driver og motiverer hende, er nøglen til, at psykiatrimedarbejderne kan gøre deres arbejde. Den moralske læsning af recovery-orienteringens etos er ”at patienten ønsker at blive rask”.

**Sensus anagogicus:** Egentlig frigørelse ligger i, at patienten kommer sig og kan leve livet primært fra den raske del. Et vigtigt element af at komme sig kan indebære, at man fortæller sin historie og giver sine erfaringer videre. Den anagogiske læsning af recovery-orienterings etos er ”at frihed er at være kommet sig og kunne give sine erfaringer videre”.

### FILOSOFIENS ETOS

Som et sidste led af den quadrigaske fortolkning, vil jeg udføre en læsning på filosofiens paradigme. Her indfanger jeg naturligvis protreptikkens og begivenhedsfilosofiens etos, men jeg har valgt at kalde det filosofiens etos, der tankerne går igen blandt andet hos Brinkman (2015).

**Sensus litteralis:** Så længe der har været mennesker, har der været både glæde og sorger. Angsten og de øvrige symptomer er almenmenneskelige vilkår, som ikke skal behandles og sygeliggøres men accepteres. Filosofiens etos er ”at det der sker, sker”.

**Sensus allegoricus:** Angstens historie udspringer af manglende vilje og mod til at se. På samme måde, som at mismod overvindes med mod og had med kærlighed, kan angsten overvindes med sjælero. Den allegoriske læsning af filosofiens etos er ”at vilje og mod helbreder”.

**Sensus tropologicus:** Den moralske forudsætning for det filosofiske etos er, at det gode liv handler om at vælge den rette livsfilosofi. Det ”gode menneske” lever et etisk liv i sandhed og kærlighed. Således er den moralske læsning ”at vælge det gode liv”.

**Sensus anagogicus:** For at blive fri, kan patienten med rette spørge sig selv, hvad det koster ham at blive fri. Den anagogiske læsning af filosofiens etos er ”at vælge sig selv”.

### 5.4 AFRUNDING

---

I ovenstående læsning af de faglige etos har jeg udvundet de værdiformationer, som er indlejret i fire niveauer af fortolkning. I praksis kan læsningens bruges til at udfolde de enkelte paradigmers forståelser. Men kan f.eks. spørge lægen, om patienten kun kan blive fri, såfremt hun bliver rask? Generelt kan der siges for de allegoriske læsninger, at de er narrativer, som er dominerende inden for de faglige etos. Således kan der spørges, at hvis narrativet i den givne allegoriske læsning følges, føres patienten da til frihed? I noget omfang kunne man svare ja. Jeg vil omvendt argumentere for, at frigørelsen, som den indfanges af sensus anagogicus, beror sig på, at patienten gøres fri fra det faglige etos' dominerende fortællinger og at hun finder sin egen. Den hurtige læser ville iagttage at jeg her plæderer for et filosofisk etos, og måske spørge mig, hvad patienten må betale for at finde sin egen fortælling?

---

## ANALYSENS ANDEN DEL

---

For at besvare problemformuleringens anden halvdel: ”**Hvordan finder medarbejderen mening og sammenhængskraft i krydsfeltet mellem institutionelle strukturer, faglige etos og personlige værdier?**”, introducerer jeg *begivenhedsfilosofien*, som den præsenteres af Ole Fogh Kirkeby. Når jeg i dette speciale finder begivenhedsfilosofien særdeles relevant, skyldes det, at den som erkendelsesteoretisk greb formår at sammenføre de forskellige paradigmer, så vidt det overhovedet er muligt. For at komme det nærmere, hvad jeg mener herved, vil jeg nu introducere de tre niveauer af begivenheden, som Kirkeby arbejder med og løbende relatere dem til begivenhederne ”psykisk sygdom” og ”behandling”. De tre niveauer betegnes henholdsvis: *eventum tantum som non-aliud*, og gennem spændingen mellem *alma-begivenheden* (eller ”betydningens begivenhed”) og *proto-begivenheden* (eller ”begivenhedens betydning”).

### 6 INTRODUKTION TIL BEGIVENHEDEN

---

Ordet ”begivenhed” kan føres tilbage til PIE-rodene \*ghabh-, der betyder ”at gribe” eller ”at tage” og ”at modtage”. I ordene ligger en distinktion mellem det passive (”at modtage”) og det aktive (”at tage”), og når vi taler om noget som en ”begivenhed”, så kan vi enten mene: ”[...] at det overgår os som et resultat af ydre kræfter, eller at det skyldes os, og tage ansvaret på os.” (Kirkeby, 2016, s. 105). Når det biomedicinske paradigme antager, at psykisk sygdom skyldes hjernekemiske fejl og ubalancer, gøres patienten fri fra skyld og ansvar. I sygdomsforståelsen ligger implicit, at sygdommen overgår os som et resultat af noget, som patienten ikke har herredømmet over. I det psykosociale paradigme antages modsat, at individet kan arbejde med sig selv gennem terapien, og selvom man ikke ville sige, at psykisk sygdom er patientens ”egen skyld”, så antages det, at hun i noget omfang har ressourcer til at tage ansvar for sin situation og sin sygdom. Det biologiske og det psykosociale paradigme repræsenterer hver deres pol af en gammel diskussion om arv og miljø. Hvis psykisk sygdom er genetisk betinget, så overgår den individet. Hvis psykisk sygdom skyldes at individet reproducerer uheldigt tillærte strategier fra barndommen grundet miljøet under hendes opvækst, så er det muligt at tage ansvaret for situationen på sig. I skellet ligger yderligere en distinktion mellem det *naturalistiske* og det *meningsgivende*, som udmønter sig gennem det, jeg tidligere refererede til som ”det forklarende” og ”det fortolkende”, eller som ”det naturlige” og ”det mentale”. Videnskabeligt

set opererer de to med grundlæggende forskellige erkendelsesstrategier og sandhedskriterier. Det naturalistiske udgør ”det, der kan måles”, og det meningsgivende ”det, der gennem sproget gives kvalitet” (Kirkeby, 2010, s. 17f). Ifølge begivenhedsfilosofien eksisterer begge erkendelsesstrategier kun som fejl-fortolkninger eller forenklinger af den ”ypperste begivenhed”, eller *eventum tantum*, som ligger bagom begge erkendelser (ibid.).

For at begribe *eventum tantum* må man gøre sig fri for et følt behov for kausale forklaringer. Det, der er nu, fandtes ikke, da begivenheden fandt sted, uanset hvor tidmæssigt tæt de to end er på hinanden. På denne vis er *eventum tantum* ikke så forskellig endda fra ”the Big Bang”. Vi kan ikke erkende Big Bang, fordi det kom før os, og eftersom vi kun eksisterer qua det store brag, er det ikke muligt for os at begribe, hvad der kom før. Det samme gælder begivenheden. Vi bliver til gennem begivenheden, og det er gennem begivenheden, at erkendelse finder sted. Begivenheden bor så at sige i nuet, hvor erkendelse altid vil være en efterrefleksion eller en forsinket oplevelse af nuet. Dette udmønter sig i begivenhedsfilosofien ved, at begivenheden altid er tom, hvilket vil sige, at til trods for, at begivenheden er det, som: ” [...] *hele vores liv handler om, og vi eksisterer i kraft af "det, der sker", findes begivenheden ikke. Den undslipper al erfaring, og dermed enhver erkendelse.*” (Kirkeby, 2010).

### 6.1 EVENTUM TANTUM SOM NON-ALIUD

---

I en triologi om begivenheden indfanger Kirkeby *begivenhedens ethos, betydningens begivenhed* og *begivenhedens betydning*. Begivenhedens ethos kaldes *eventum tantum*, hvilket betegner den ”ypperste begivenhed” eller begivenheden som ”rent fænomen”. Ifølge Kirkeby er ”*non-aliud*” den analogi, der kommer tættest på begivenheden som rent fænomen (Kirkeby, 2010). Non-aliud er et begreb hentet fra Nikolaus Cusanus’ brømte sætning: *Non aliud non aliud est quam non aliud*, ”Det ikke-andet er ikke andet end det ikke andet” (ibid., s. 14), hvormed begivenheden som rent fænomen begribes som værende: ”[...] *hinsides både "sammehed" og "andet-hed", og dermed både hinsides et begreb om identitet og forskellighed.*” (ibid., s. 14f). I distinktionen mellem forskellighed og identitet ligger en forståelse af, at nogle fænomener ikke kan begribes ved at sige, at de enten er ”identiske med” eller ”forskellige fra” noget andet (Larsen, 1998). På den vis begriber non-aliud et niveau af erkendelse, som ikke kan baseres på det, som vi allerede ved.

## BEGIVENHEDERNE ”PSYKISK LIDELSE” OG ”BEHANDLING”

Jævnfør Kirkeby, er ”[d]en måske mest betydningsfulde ontologiske og epistemologiske praksis i vore liv [...] at kunne sige: ”**Dette** er sket!”” (Kirkeby, 2010, s. 13). I forståelsen af psykisk sygdom, vil man være tilbøjelig til at udtrykke sig ved f.eks. at sige, at patienten har en depression: Det er depressionen, som er hændt patienten, og den er dette ”**Dette**”, som er sket. Kirkebys pointe er dog netop, at dette ”Dette” hverken kan begribes gennem sit eget udtryk, i konceptualiseringen af begivenheden eller gennem en senere reflektiv proces (ibid.), idet vores relation til begivenheden ”[...] fundamentalt overlejres af dens relation til os” (ibid., s. 15). Det er dette forhold, der gør, at der altid vil være en del af begivenheden, der står hen som et tomt rum, der for os er uerkendeligt, og det er det der gør, at begivenheden ikke findes og undslipper al erfaring og enhver erindring (Kirkeby, 2010). Lad mig igen eksemplificere med patienten, som har en depression. Hvis vi ser bort fra de forhold, der har ført patienten hertil, så er der to hovedbegivenheder: den begivenhed, som kan betegnes ”psykisk lidelse”, og den begivenhed, som kan betegnes ”behandling”. ”Psykisk lidelse” er en tilbagehenvisning til det, der er sket, hvor ”behandling” er en henvisning til den begivenhed, hvori begivenheden ”psykisk lidelse” søges indfanget. Jævnfør referencen til Big Bang ovenfor, er ”psykisk lidelse” analogt med det store brag, og ”behandling” er analogt med de processer der sidenhen har fundet sted, i forsøg på at begribe det hændte. Begivenheden ”psykisk lidelse” er grundlæggende for, at vi er i begivenheden ”behandling”, men ”psykisk lidelse” kan ikke begribes gennem ”behandling”, da de to processer er forskudt i tid og sted.

I begivenhedsfilosofiens optik får vi altså, at ”psykisk sygdom” og ”behandling” er to begivenheder, forskudt i tid og sted, som de forskellige paradigmer med hver deres forståelser, kæmper om at meningsudfolde. Som et tankeeksperiment, kan man påstå, at ”psykisk lidelse” kan indfanges i behandlingen som en ”ur-begivenhed”. Det vil dog være et særtilfælde, idet en sådan ur-begivenhed sjældent vil være voldsom eller symbolsk intens nok til at være så omkalfatrende for livsfortællingen. I stedet er der nærmere tale om, at der sker ”[...] en foregribelsesproces, hvori begivenheder fra fortiden trækkes frem i lyset af en mulig fremtid” (Kirkeby, 2006, afsnit 22), som et tematisk fokus i øjeblikket. Ifølge Kirkeby kan der altså ikke frembringes en fortælling om, at en begivenhed har skabt en særlig adfærd, blokering eller traume (ibid.), og endvidere, at det, ”[...] der opleves som en ur-begivenhed [...] er det erfaringsmateriale, der kan fylde den tomme plads, som betydningens begivenhed skaber, ud” (ibid.). Når ”psykisk lidelse” og ”behandling” anskues som begivenheder gennem eventum tantum som non-aliud, bliver det vigtigt at forstå, at behandlingen kun kan være en foregribelse af en mulig fremtid. Der er ikke noget erfaringsmateriale der kan indfange den

begivenhed, som allerede er hændt, idet den kun eksisterer i nuet. Til gengæld skaber det muligheden for, at patienten kan blive til mere og andet end en patient med psykisk lidelse.

### MULIGHEDSRUMMET OPSTÅR I NUET

Begivenheden er altså der: ”[...] hvor nuet og erindringen mødes med forestillingen om det, der er muligt.” (Kirkeby, 2013). Begivenhedsfilosofien tillader, at holde det mulighedsrum, som jeg tidligere har beskrevet, åbent for at tillade individets frigørelse fra gamle mønstre. På denne vis kan begivenheden ikke indfanges af psykiatriens diagnoseterminologi, eftersom at man ikke kan sikre sig, at man ved, hvad man tror, man ved, gennem en ”baglæns refleksionsproces: ”*Der er simpelthen ikke noget kriterium, der kan sikre, at jeg har givet begivenheden dens rette navn.*” (Kirkeby, 2010, s. 14). En psykiatrisk begivenhedsfilosofi kræver, at diagnoser blot er øjebliksbilleder, og at de indgår på lige fod med andre begivenheder i individets livsfortælling. Dette er af elementær betydning for måden hvorpå begivenheden tolkes i samtalen. For at hjælpe patienten med at skelne de væsentlige begivenheder i hans liv, må man have ”begivenhedens selvreferentielle fordobling” i fokus: ”[...] at det, der i denne samtale begivenhed, træder frem som betydningsfuldt, netop træder således frem i denne begivenhed, hvori vi tematiserer det betydningsfulde ved at søge efter det.” (Kirkeby, 2006, afsnit 22). I en samtale med en psykiatrimedarbejder, der holder sig diagnosesystemet for øje og søger at passe individet ind i en sygdomsforståelse, er det betydningsfulde allerede defineret af medarbejderen, som søger efter de begivenheder, som har givet udslag til sygdom. Hun kan f.eks. spørge: ”*Hvor stor del af tiden har du følt dig trist til mode, ked af det?*” (skema til diagnosticering, u.å.), men herved tematiserer hun begivenheden med temaet ”depression” ved at søge efter netop dette.

At mulighedsrummet opstår i nuet, betyder også, at begivenheden må indfanges i det den opstår. Således kan eventum tantum gennem non-aliud hverken bekræftes eller benægtes (Kirkeby, 2010), idet begivenheden altid er ovre, når vi gør et forsøg på at begribe den. Forsøger vi alligevel at gribe og definere den, får vi, at begivenheden reduceres til en forenklet fortælling, der hverken indfanger dens kompleksitet eller dens foranderlige potentiale. Man kan selvfølgelig argumentere for, at det syge sind i en akut sygdomsepisode kan have brug for denne forenkling for at kunne gribe om noget uden for sig selv, for at holde fast i sig selv. Spørgsmålet er dog, hvordan det syge sind kan erkende sig selv i sådan en situation.



## DET SYGE SINDS ERKENDELSE AF SIG SELV

Et udgangspunkt for mange mennesker med psykisk lidelse er, at de oplever fænomener, som ikke hører ”den virkelige verden” til. Dette fænomen betegnes i diagnoseterminologien som *hallucinationer* eller *vrangforestillinger*. En kritisk røst kunne forestilleligt forventes at påpege, at erkendelse ikke er mulig, når ”virkeligheden” er forvansket. For at behandle dette, vender jeg mig mod patientlitteraturen, og mere konkret Arnhild Lauveng, der har skrevet flere bøger om sine erfaringer som psykisk lidende. Hun var diagnosticeret med skizofreni og led af hallucinationer repræsenteret af blandt andet ulve, der jagtede hende og en kaptajn, der irettesatte hende (Lauveng, 2013). Lauvengs tilgang, der i øvrigt er delt af flere andre, herunder en patientgruppe der ikke betegner sig som syge, men derimod som ”stemmehørere”, er, at stemmerne ikke bare kommer ud af det blå, men ofte har en iboende mening, som de prøver at få igennem ved at lade sig selv blive hørt. I den optik bliver det vigtigt, at man ikke ser stemmerne som symptomer på noget der er ”sygt” og skal helbredes eller fjernes, men derimod hjælper dem med at finde en tilpas form, der gør erkendelse mulig. Der arbejdes således med en form for internalisering af det, der er ”sygt”, og den underliggende tese er, at stemmen repræsenterer en hændelse, eller en begivenhed, der ved dens ophav er blevet eksternaliseret grundet manglende ressourcer til at tage vare på og forstå hvad den afstedkom af (ibid.). Når jeg senere i specialet vender mig mod protreptikken, er det netop for at indfange en forståelse, hvor mennesket tilskyndes til at ”forene sig med sig selv” (OFK 2016). Imidlertid besværliggøres en sådan forening ved, at man inden for det psykiatriske arbejde ofte skelner mellem et ”sygt” og et ”raskt” selv, hvor det handler om at give det raske mere energi, så det syge taber indpas (Petersen, 2013).

Således vil jeg argumentere for, at hvor patienten muligvis i særlige situationer kan have behov for at kunne gribe om en forklaring, der ligger uden for ham selv, blot for overhovedet at kunne besinde sig, er det vigtigt, at psykiatrimedarbejderne kan frembringe et sådant øjeblikkeligt fikspunkt uden at det bliver permanent. Psykiatrimedarbejderen må altså blive bevidst omkring, hvordan hun artikulerer mening, og hvordan hun udfylder det tomme begivenhedsrum. Her kan det være svært at forholde sig til, at begivenhedsrummet er tomt. For at muliggøre en samtale omkring begivenheden, er det nødvendigt at kunne indfange dens betydning. Til det formål præsenterer Kirkeby spændingen mellem *betydningens begivenhed* og *begivenhedens betydning*.

6.2 ALMA-BEGIVENHEDEN OG PROTO-BEGIVENHEDEN

---

Når eventum tantum som non-aliud ikke finder anvendelse i praksis, er der brug for et andet niveau, idet ”[d]et er nødvendigt, at kunne tale om begivenheden som betydning hinsides betydning, i egenskab af et aktivt, skabende centrum i midten i vore liv, som vi bærer på os [...]” (Kirkeby, 2010, s. 18). Det er på dette niveau, at Kirkeby indfanger spændingen mellem alma-begivenheden eller ”betydningens begivenhed” og proto-begivenheden eller ”begivenhedens betydning”.

*Alma-begivenheden* er forestillingen om det hændte, og indeholder hermed både niveauer for ontologi og erkendelse (Kirkeby, 2010). Erkendelse er dog, i denne sammenhæng, baseret på en *forestilling* om det hændte, og begivenheden kan derfor ikke fuldt ud udfyldes herfra. Alma-begivenheden indfanger altså de forsøg der gøres for at indfange betydningens begivenhed, som påtvinges os af enten andre mennesker eller af os selv gennem egne erindringer og erfaringer (Kirkeby, 2010). Det er denne ”påtvingelse”, der er særlig interessant, når psykiatrimedarbejderen møder patienten i begivenheden, hvor hendes lidelser udfoldes og defineres. Alma-begivenheden kommer i spil gennem de forståelsespositioner, som paradigmernes narrativer fremfortæller, når de søger at meningsudfolde begivenhedsrummet.

*Proto-begivenheden* betegner derimod den konsensus, som opstår når vi søger efter årsager til at ”det skete, skete” (Kirkeby, 2013a, s. 59), eller efter ”indholdet” af det skete. På den måde er proto-begivenheden forsøget på at udvikle et metasprog, eller noget, der uventet dukker op i form af en social betydning (ibid., s. 60). I et tilfælde som psykiatriens, hvor alma-begivenheden ikke er umiddelbar, udgør betydningens begivenhed en foregribelse af begivenhedens betydning, ”[...] og proto-begivenheden bliver en konventionel, strategisk eller pragmatisk bestemmelse, der går fejl af det sketes ”dybere mening”.” (ibid., s. 61). Udfordringen i spændingen mellem alma- og proto-begivenheden er at undgå at benævne betydningens begivenhed med fantasmer og at udholde ventetiden på begivenhedens betydning. Problemet opstår idet begivenhedens betydning forenkles fordi den forsøges foregrebet gennem alma-begivenheden. Der ligger et arbejde for psykiatrimedarbejderen i, på den ene side at udfordre patientens forestillinger om det hændte, såfremt det synes at være funderet i fantasiens verden og på den anden side at afholde sig fra at tale ind i letkøbte forestillinger om begivenhedens betydning. Et mærkat som ”psykisk lidelse” kan hænge tungt fast på patienten hvorpå det sættes, og derfor bør det kun gøres med yderst varsomme skridt, og med en sikkerhed i, at mærkatet kan pilles af, såfremt det en dag ikke længere er gavnligt.

### 6.3 AFRUNDING

---

Begivenhedsfilosofien skaber et mulighedsrum, der tillader patienten ikke bare at være, hvad hun er, men at blive til den, hun kan blive. Det er et sådant rum, der er blevet efterspurgt af kritikere af den biomedicinske model, både af psykiatere (Bracken et al, 2012), fysioterapeuter (Olesen, 2006) samt sygeplejerskere (Holm & Severinsson, 2011). Hertil kommer, at det at betragte ”psykisk lidelse” og ”behandling” som begivenheder adskilt af tid og sted, åbner op for en erkendelse af, at vi ikke retrospektivt og endeligt kan indfange det, som er hændt os. Det faktum taler imod psykiatriens diagnoseterminologi, der for bramfrit forsøger at give en forklaring på, hvorfor det skete er sket, og hvad der kan gøres ved det. Men at være i stand til at forholde sig til begivenheden som et tomt rum og navigere udenom letkøbte forklaringsmodeller kræver årvågenhed og finesse. - Og det kræver af medarbejderen, at hun reflekterer over sine egne personlig værdier og holder dem op mod sit og andres faglige etos. Således vil jeg vende mig mod protreptikken, som jeg ser som en potentiel praksis for at assistere medarbejderen i selvrefleksion.

---

# PROTREPTIKKEN

---

## 7 INTRODUKTION TIL PROTREPTIK

---

Formålet med at introducere protreptikken i denne sammenhæng, er ikke at tilbyde endnu en forklaringsmodel, hvori de psykiske lidelser kan forstås. Derimod er mit belæg, at der mangler en praksis, der kan assistere medarbejderen i den refleksionsproces der kræves, for at hun kan blive bevidst om hvilke personlige værdier hun styrer sit arbejde ud fra, og hvordan disse værdier harmonerer, eller disharmonerer, med hendes fags etos og med divergerende fagligheders etos. I protreptik er grundtesen, at man ved at kende sig selv bliver fri. Den anagogiske læsning af filosofien lød, ”at man må vælge sig selv”. I protreptikken kan med rette tilføjes ”at man må kende sig selv, for at vælge sig selv”.

---

*”Kun den, der har et rimeligt kendskab til sig selv, kan bistå andre i at udvikle deres personlige refleksionspraksis.” (OFK 2016, s. 35).*

---

Det er en helt central part af det psykiatriske arbejde, at man hjælper patienten med at blive fri fra sine lidelser. Ifølge Kirkeby kræver det imidlertid et rimeligt kendskab til sig selv, før man kan assistere andre med deres personlige refleksionsproces. Spørgsmålet er, hvor godt psykiatrimedarbejderen kender sig selv? Her er der to forhold, som hun må forholde sig til: sine egne personlige værdier, og sin faglighedens etos. Protreptikken kan altså bidrage med en praksis, der kan hjælpe psykiatrimedarbejderne med at sondre mellem egne værdier og faglige etos og forhåbentligt til at lære sig selv at kende og enten sætte sig fri fra de paradigmatisk forforståelser, som psykiatrien repræsenterer eller som minimum være bevidst om, hvornår hun drager på dem.

I protreptikken er det uomgængeligt ikke at forholde sig til den anden, som i dette tilfælde er patienten. Protreptikkens etos beror på, at man må vælge sig selv, gøre sig selv til herre i eget hus, for herigennem at blive fri. Det kræver en refleksionsproces hos patienten, som psykiatrimedarbejderen ideelt set må kunne bidrage til. Med udgangspunkt i begivenhedsfilosofien har vi forståelsen af, at begivenheden altid er tom, idet der ikke findes en måde hvorpå man baglæns

gennem refleksionen kan sikre sig, at man har givet begivenhedens dens rette navn. Således kræves det også i protreptikken, at man sætter sig fri fra eventuelle falske narrativer om selvet og begivenheden. I det følgende vil jeg gennemgå centrale begreber og forhold i den protreptiske praksis, for herefter at behandle centrale temaer inden for psykiatrien med protreptikken og slutteligt illustrere et anvendelsesorienteret sigte, hvori jeg formulerer et eksempel på, hvordan en protreptisk samtale med en sygeplejerske kunne forløbe.

## 7.1 HVAD ER PROTREPTIK?

---

”Protreptik” kommer af det græske verbum *trépo*, der betyder ”at vende” eller ”at konvertere” (Kirkeby, 2016). Oprindeligt stammer protreptikken fra de gamle græske filosoffer, for hvem livets mål var *eudaimonía*, ”forening af psykisk og fysisk lykkefølelse” (ibid.). I nyere tid er protreptikken videreudviklet af Ole Fogh Kirkeby, som har opdateret den til at kunne indfange moderne ledelsespraksis. Når jeg argumenterer for, at protreptikken kan bruges i psykiatrien, er det både i forhold til medarbejderudvikling og -ledelse samt potentielt i behandlingen af patienterne. Sidstnævnte er funderet i en antagelse af, at patienten må lede sig selv tilbage til sit liv. Udgangspunktet for protreptikken er, at vores måde at virkeliggøre vores værdier på, afslører hvem vi er, og at vi gennem den protreptiske samtale kan besinde os på, hvordan vi knytter an til disse værdier, og herigennem afsløre for os selv, hvem vi er som mennesker (ibid.). Som det måske væsentligste aspekt i protreptikken er, at man må vende den anden mod det væsentlige i sig selv. Jeg vil i det følgende afsnit bruge protreptikkens ord og begreber til at vende ”psykiatrien” mod det væsentligste ved ”sig” selv.

## SOCIALE ROLLER OG ASYMMETRI

Noget helt særligt ved den protreptiske samtale er, at den forsøger at opløse socialt konstruerede roller, som f.eks. ”psykiatrimedarbejder” og ”patient”, for herigennem at sikre en symmetrisk relation. Patientrollen og medarbejderrollen er sociale positioner, der begrænser mulige selvbilleder (Kirkeby et al, 2008, s. 58). Det kræver af begge, at de vil være i stand til at træde ud af deres rolle og indgå som ligeværdige partnere i samtalen (ibid.). Det kan være en udfordring for et felt som psykiatrien, eftersom at der, som jeg viste tidligere, er skjulte magtforhold og -positioneringer i spil.

## MENNESKET BAG KITLEN

Men som jeg også har været inde på, så eksisterer der en værdi om ligeværd, og det må som minimum indebære, at de to parter kan indgå i en samtale med hinanden på lige fod. En udfordring der vedbliver er dog diagnosebillederne, der besværliggør mødet med patienten: ”Hvis indtrykkets sensitive kompleksitet [vores indtryk af et andet menneske, red] skal ydes retfærdighed, og spændingen mellem egne projektioner, kampen mod dem og anerkendelse af det andet menneskes realitet skal imødekommes, så kræves en helt anden art af præcision, end den den psykologiske terminologi kan levere.” (Kirkeby, 2016), og i forlængelse heraf, også en anden terminologi end den, psykiatrien kan levere. Hvis et menneske mødes med psykiatrimedarbejderens diagnoseforståelser, er dette menneskes realitet allerede komprimeret i dialogen. Patienten kan forestilles at sige: ”Jeg oplever det som om, at entiteter kravler på mig”. I en psykiatrisk forforståelse og med en smule kendskab til DSM-terminologien, vil denne beskrivelse lede tankerne hen på de skizofreniforme lidelser, hvor hallucinationer og vrangforestillinger præger sygdomsbilledet, og således er det allerede svært at se patienten gennem andre forståelser end gennem forståelsen af skizofreni. Det interessante er imidlertid, om patientens oplevelse reelt er en forvrænget oplevelse og dermed fejlfortolkning af verden, eller om patientens tale er baseret på et rigt billedsprog, hvor metaforer beskriver bevidsthedens oplevelser. Denne distinktion er naturligvis en forenkling, og det lidende sind vil sandsynligvis ikke være i stand til at skelne. Der ligger dog en mulighed, lige her, for, at patienten lærer sit eget sind at kende og herigennem bliver bevidst om de ”uindbudte gæster”, der forvrænger eller fejlfortolker oplevelsen. Men hvis psykiatrimedarbejderen allerede ser oplevelsen som en hallucination eller vrangforestilling, så fratages patienten muligheden for at forstå sit sind, og hun indlejres i psykiatrimedarbejderens forsøg på at begribe begivenhedens betydning.

## AT TILLADE SAMTALEN

For at tillade patienten at blive fri fra sin lidelse greb, må man altså være i stand til at tillade samtalen og den samskabende egenskab, som særligt kendetegner det protreptiske univers. Det kan kræve sit menneske at være rigtigt tilstede i en samtale med stor følelsesmæssig intensitet eller med forstyrrende hallucinationer. Her er det dog vigtigt at holde sig for øje, at sådanne følelses- og tankeformationer sagtens kan inddrages i den protreptiske samtale. Det vigtige er blot, at fænomenerne opfattes som begivenheder og ikke ud fra forenkede forståelsespositioner, idet den ontologiske figur bag protreptikken består af begivenheden, hvilket udmønter sig i en forståelse af, at det er gennem begivenheden, at vi bliver til (Kirkeby et al, 2008). Men der er intet til hinder for, at

medarbejderen assisterer patienten i en jagt på at forstå, hvordan hun bliver til gennem begivenheden ”psykisk sygdom”. En kritisk røst kunne formodes at pointere, at ”den syge patient” ikke er i stand til at forholde sig i tilstrækkelig grad til ”virkeligheden” og dermed heller ikke i stand til at reflektere over noget væsentligt. Jeg vil dog argumentere for, at hvor det lidende sind må formodes at have et bredere spektrum, så er det et vilkår for os alle sammen, at vi ikke nødvendigvis kan skelne mellem virkeligheden og sindets fantasmer. Ifølge Kirkeby gælder her både at man kan genkalde sig og dermed rekonstruere negative mønstre fra barndommen i sit videre liv, og at uforløste drømme kan nås gennem et slør af rosenrøde nyfortolkninger af vores gamle oplevelser (Kirkeby, 2016). Her må man holde sig for øje, at erindringen er en lumsk størrelse, fuld af plasticitet. Det der erindres, af et sygt såvel som et rask individ, kan altså snildt være et produkt af individets fantasi, der er så omkalfatrende at det former tanke- og handlingsmønstre (ibid.). For at omkomme dette, forklarer Kirkeby, at individet må ”[...] blive i stand til at forstå, hvordan det erindrede er bearbejdet og forvandlet utallige gange, før det dukker op med sin tilsyneladende friskhed. **Han må lære at se, hvordan han ser**” (ibid., s. 308, min markering). At hjælpe individet til at lære at se, hvordan han ser, må være en af protreptikerens fornemmeste opgaver, men den indeholder en, for mange, stor udfordring.

## OM AT HJÆLPE

Mennesker der søger mod hjælpegeringen må forventes at have et incitament for at hjælpe den anden. I en kronikserie i *Information* sætter en omsorgsmedarbejder fra psykiatrien ord på hans oplevelser med hjælpegeringen, som den praktiseres i psykiatrien. Han beskriver hvordan ”omsorg” enten udtrykkes som ”blødsøden medlidenhed” gennem: ”*nårh, hvor det er synd for dig*” (Larsen, 2016) eller som ”nyliberal kynisme” gennem: ”*her tag de her piller*” (ibid.). Han tilkendegiver, at psykiatriens grundlæggende problem er, ”[...] at den er svøbt ind i en letkøbt videnskab, der har distanceret sig langt fra det mentalt lidende menneske.” og anklager ”[...]store dele af det psykiatriske personale” for: ”[...]vitterligt ikke [at formå] at hjælpe og vejlede patienterne mod et bedre liv.”. Ovenstående vil for mange fremstå som en unødvendigt grov kritik, men til trods for enkelte kommentarer der blandt andet peger på at artiklen er ”*rystende usaglig*” (ibid.) er der overraskende bred opbakning til medarbejderens oplevelser i kommentarfeltet.

Der er en balance mellem at være engageret og over-engageret og mellem en tilforladelig, tillidsfuld laden-stå-til og det at være ligeglad. Det, at hjælpe, er noget særligt, en gave, der i ren form er et

udtryk for kærlighed. Men hjælp kan også være omklamrende, misforstået eller noget kan være en bjørnetjeneste. Ved at opslag i ordbogen fås:

*Hjælp: forhold ell. tildragelse, som bevirker, at nogen bistaas med noget ell. bringes ud af en vanskelig ell. farlig tilstand*

Ved forståelsen ”at bistå nogen” ligger der et eget ansvar, en respekt for den der hjælpes’ egne holdninger. ”At bringe nogen ud af en vanskelig tilstand” kan gøres med og uden den andens accept. Det drager paralleller til den latinske distinktion mellem ”praesidium” (protect from, guard) og den udstrakte håndsækning ”auxilium” (spread, honor, promote) Heraf: ”auxiliābundus” (inclined to give help, aid, aiding, helping) og ”auxilior” (I help, aid, assist; I am useful & relieve, heal, cure.). Den moderne psykiatris terminologi bærer i høj grad præg af hjælpegerningen som værende at bringe nogen ud af noget end af at bistå nogen gennem en proces. Hvis vi tager udgangspunkt i begrebet ”skyld” får vi, at vi enten kan beskytte den anden mod følelsen af skyld eller støtte op om en proces, hvor den anden får mulighed for at arbejde med følelsen af skyld. Der kan for patienten ligge en stor trøst i, at det der har overgået hende, ikke er hendes *skyld*. Men som Kirkeby påpeger, kan skylden være både produktiv og frugtbar i og med, at den gør det muligt at oprette svaghed og svigt (Kirkeby, 2016), hvis fokuspersonen altså hjælpes til ”[...] indsigt gennem en nøgtern vurdering af ens egen rolle i begivenheden” (ibid., s. 308). Den omklamrende tilgang til skyld ville være et ønske om at beskytte den anden for skyld, hvorimod den kyniske tilgang nok ikke ville give skylden synderlig opmærksomhed. En tredje måde ville være at se hjælpen som en støtte til, at individet selv kan lære at se, hvordan han ser på, oplever og fortolker sin skyld. Således er der altså mindst tre positioner i hjælpegerningen, som medarbejderen kan forestilles at indtage. Et relevant spørgsmål til medarbejderen kun være, hvorfor hun føler sig kaldet til at hjælpe den anden? Efterfulgt af et opfølgende: hvem kalder?

Jeg var tidligere inde på vigtigheden af de roller og positioner som henholdsvis psykiatrimedarbejderen og patienten indtager. Her følger en refleksion over et relevant protreptisk tema, som netop kun indfange medarbejderens rolleforståelse og –tilknytning.



## 7.2 EN PROTREPTISK UDFORDRING: GÆST ELLER VÆRT

---

For at illustrere anvendeligheden af protreptikken inden for psykiatrien, vil jeg her bringe et eksempel, hvor jeg reflekterer over distinktionen mellem gæst og vært. For Kirkeby er betydningsforskellene mellem gæst og vært en ofte anvendt metaforik, der gerne leder an til, at fokuspersonen reflekterer over, i hvilken egenskab hun gæster sig selv (2016). I denne metaforik er gæsten blandt andet en uindbudt indtrænger i bevidstheden, og herigennem bliver ordenes etymologi yderst relevant. *”Ordet ”gæst“ kommer af roden ”ghos-ti“. Men det betyder også ”fremmed“ og ”vært“, og giver også kognaterne på latin ”hostis“, ”fjende“, og ”hospes“, jævnfør ”hospital“ og ”hospice“, og græsk ”xenos“; ”fremmed“, ”gæst“, i ”xenia“, ”gæstevenskabet“, er der egentlig en gud, der kunne komme på besøg.”* (Kirkeby, 2016).

I et hermeneutisk studie af sygeplejerskers komplekse oplevelser med at navigere mellem blandt andet hierarki, status og patientens perspektiv (McCaffrey, 2014), sættes gæst/vært metaforikken i spil som en fortolkningsstrategi, der skal skabe forståelse for rollernes indbyrdes sammenhænge og dynamiske potentialer. Herigennem udfordres relationen mellem patient og sygeplejerske af gæst/vært metaforen, for hvem er gæst og hvem er vært, når sygeplejersken træder ind på patientens værelse? Og hvordan responderer psykiatrimedarbejderen på den ”uindbudte gæst” i dobbeltbetydningen: patienten og dennes sind eller ”patientens sind”? *”Det er en dyb eksistentiel erfaring, at den fremmede kan være alt fra en gud til en fjende, og at værten også selv har gæstestatus.”* (Kirkeby, 2016). I den psykiatriske praksis vil patienten der hører stemmer formentlig ofte opleve sig selv som gæst i sit eget sind, hvilket også vil gælde for patienter, der lider af tvangshandlinger. En måde at tilgå disse spændinger er vel netop at hjælpe fokuspersonen med at blive bevidst om, i hvilket omfang han gæster sig selv, for herigennem at genvende herredømmet og værtsskabet. Gæst/vært metaforikken er ganske anvendelig i det terapeutiske arbejde med sindet, men der opstår også interessante spændinger, når gæst/vært metaforen flyttes til relationen mellem psykiatrimedarbejder og patient.

## MENNESKET BAG KITLEN

### GÆST ELLER VÆRT

McCaffrey refererer Lin-chi's fire gæst/vært positioner, som i nyere tid også er bearbejdet af Thich Nhat Hanh (2007). Lin-chi opererer oprindeligt med gæst/vært distinktionen i lærer/elev forholdet, men analogien kan overføres til patient/helbreder forholdet, som det er blevet gjort af Hanh (ibid.). Arbejdet med gæst/vært relationen har til formål at skabe en kognitiv forståelse af de mulige positioner som medarbejderen og patienten indtager, og hermed lede opmærksomheden hen på at rollerne er flydende definitioner, hvor autoritet og forståelse kan skifte frem og tilbage (McCaffrey, 2014). Således kan værten se gennem gæsten, og gæsten gennem værten, hvilket i alt giver fire typer af relationer. For overblikkets skyld har jeg i nedenstående skema kategoriseret disse, og nedenfor følger beskrivelser af hver relation.

	Psykiatrimedarbejderen som gæst	Psykiatrimedarbejderen som vært
Patienten som gæst	Gæst/gæst	Gæst/vært
Patienten som vært	Vært/gæst	Vært/vært

**I gæst/gæst relationen** hænger begge parter fast, og hverken medarbejderen eller patienten evner at sætte sig udover situationen og indbyde til forandring.

**I gæst/vært relationen** efterleves de konventionelle forståelser af sygepleje og der er en gensidig forståelse af tingenes kliniske orden, hvilket ifølge Nhat Hanh er den mest typiske situation.

**I vært/gæst relationen** tilbyder patienten noget af sig selv, som psykiatrimedarbejderen ikke evner at gribe, hvorfor hun fortsætter med sin egen dagsorden/forståelsesramme.

**I vært/vært relationen** er psykiatrimedarbejderen i stand til at se muligheder for at patienten kommer sig, og patienten evner også selv at genkende sit potentiale.

Hvor alle relationerne har visse fordele i visse situationer (Hanh, 2007), vil jeg i det følgende argumentere for, at patienten ideelt bør hjælpes til at finde sit eget personlige værtskab for herigennem at blive herre i eget hus. Her vil det være en indsigt, at tilegnede egenskaber i værtsskabet i forhold til relationen til psykiatrimedarbejderen kan perspektiveres til værtsskabet i sindet og vice versa. Ifølge Kirkeby er det protreptikerens opgave at flytte forestillingerne som fokuspersionen ønsker

magten over fra at være velkomne gæster eller ligefrem værter til at være uindbudte og fremmede (Kirkeby, 2016). Fokuspersonen genvinder altså værtsskabet, ved at de uindbudte gæster gøres synlige, så de kan smides ud fra sindet. På samme måde kan man argumentere for, at hospitalets gæster også må smides ud. Her henviser jeg naturligvis til psykiatriens paradigmeforståelser som ”hospitalets gæster” og ikke til patienten og/eller medarbejderen, selvom det med rette kan siges, at medarbejderens påvirkninger også må smides ud af sindet, for at patienten oprigtigt kan blive herre i eget hus.

Herigennem bliver det en opgave for psykiatrimedarbejderen at udøve en form for velkommenhed, så patienterne føler sig velkomne, men i samme instans muliggør, at rollerne som gæst og vært kan skifte, så patienten tillades muligheden for at tage værtsskabet på sig. Lykkes dette ikke, ender den rodløse patient i den ulykkelige rolle som evig gæst, eller som svingdørspatient (McCaffrey, 2014), som igen og igen gæster psykiatrien til frustration for personalet, som ikke evner at hjælpe denne omvandrende sjæl. I rolleforståelsen her, er det vigtigt at have institutionens rammer og formelle strukturer for øje. Indbyder disse til at patienten kan tage værtsskabet på sig, eller ligger det implicit i de strukturelle magtformer, at patienten fastholdes i gæsterollen? Sproget bliver her centralt. Her påpeger Milton, at når psykiatrien påvirkes af terminologien fra erhvervslivet, så begynder man at tale om patienterne som ”brugere” og ”forbrugere” (2005). Selvom mange mener, at ”brugere” er mindre sygeliggørende end ”patienter”, så positioneres patienterne som gæster, der træder ind i psykiatrien, som ”forbrugere” af goderne. I den optik er det svært at se, hvordan psykiatrimedarbejderne kan være andet end værter for patienten, da det altid vil være dem, der udbyder ”varen”. I denne terminologi ses patienten som besøgende af psykiatrien frem for at psykiatrimedarbejderne ses som en gæst i patientens livsverden (Milton, 2005).

## MAGTRELATIONER I GÆST/VÆRT DISTINKTIONEN

Ifølge Kirkeby manifesterer værten sit herredømme ved at opstille vilkår for gæstens ophold (Kirkeby, 2016, s. 257). Til trods for, at psykiatrien har bevæget sig langt fra at være en ”opdragelsesanstalt” til i højere grad at være funderet i ambulante tilbud, så findes indespærringen stadigvæk på de intensive afdelinger og idéen om opdragelse hersker endnu. Således er der et tydeligt reglement på et psykiatrisk afsnit der må følges. Det samme gælder de psykiatriske bosteder, hvor patientens hverdag smelter sammen med institutionen. Det er en udbredt forventning, at patienten

skal holde en hvis form for renlighed, ved eksempelvis at holde sit bosted rent og pænt (Petersen, 2013).

### HVEM GÆSTER DET PSYKIATRISKE ARBEJDE?

Petersen (2013) beskriver, hvordan hverdagslogikker formes gennem et komplekst samspil mellem praksisser, antagelser og værdier. Hverdagslogikkerne afslører hvordan forskellige paradigmer og forståelser udfolder sig i det praktiske arbejde, og hvordan de vinder eller taber legitimitet. I hverdagslogikken om ”brugernes ressourcer” er grundantagelsen, at der i brugeren er en rask del og en syg del, og at helbredelse handler om, at bruge mere af den raske del, så den syge del derigennem taber omfang. Dette er en såkaldt ”terapeutisk hverdagslogik”, ”[...] der former medarbejderens tilgang til den enkelte bruger, i et forsøg på at påvirke dennes situation.” (Petersen 2013). Ifølge Petersen praktiseres hverdagslogikken gennem en antagelse af, at brugerens ressourcer, er en kombination af ”et eller andet”, som det antages, at alle har, og som det er medarbejderens opgave at assistere med at finde, for at aktivere lysten og motivationen, eller ”kampgejsten” (ibid.). Recovery handler altså om, at finde frem til det iboende i patienten, som ”motiverer”: ”Ved at bygge på brugerens eksisterende ressourcer og ved at brugerne er fortrolige med deres tilstand, er det antagelsen, at brugerne er i stand til at tage ansvar for deres egen bedringsproces, og at medarbejderne kan understøtte bedringsprocessen.” (ibid., s. 157). Den underliggende antagelse er dog også, at hvis brugeren først finder noget han selv har lyst til, en personlig motivation, så vil det smitte af på andre områder som f.eks. rengøring. Det bliver en værdi i arbejdet, at rækkefølgen med først at tage udgangspunkt i, hvad der motiverer patienten, må overholdes (ibid., s. 160). Til trods for, at den formulerede værdi er, at man ikke må dømme patientens ønsker og motivationer, så praktiseres en værdi, hvor man først i anden række må forsøge at påvirke patientens ønsker og motivationer, hvilket sker gennem kravet om rengøring. Således formuleres et indirekte krav om gæstens ophold, der er forankret i forestillinger om den rette *livsførelse*, og om, hvad det gode liv formodes at være for patienten. Helbredelse er således ikke helt på patientens præmisser, da der fortsat ligger en vurdering hos medarbejderen om, hvad der er god og dårlig livsførelse.

I protreptikken ville man gå anderledes til værks. Kirkeby giver et eksempel, hvor klienten er en tidligere ”nazistisk bøddel”, og det etiske dilemma består i, at protreptikeren må forsøge at få fokuspersonen til at reflektere over sig selv uden at dømme ham (Kirkeby, 2016). Det antages, at fokuspersonen aktivt forsvare sine tidligere handlinger ”[...] ud fra et værdisæt bygget op over nationalistiske, racistiske og politiske ideologier.” (ibid., s. 298), hvilket forventeligt må være i

direkte kontrast til protreptikerens personlige overbevisninger. For at tilskynde fokuspersonen til at forholde sig til sine gerninger, kan protreptikeren spørge: ”*Har du nogensinde tilføjet et andet menneske smerte uden at det har haft en dybere begrundelse?*” (ibid., s. 299). Hvis bødlen svarer nej, så indrømmer han, at han har et kriterie for at afgøre, om smerte er ”nødvendig” eller ”unødvendig”. Hvis han svarer ja, så indrømmer han sin egen skyld. I begge tilfælde ligger en underforstået antagelse om, at han har ret til at påføre smerte (ibid., s. 300). På denne måde omgår protreptikeren, at dømme den anden, idet han hjælper ham til selv at forholde sig til sine etiske og moralske forudsætninger. Min pointe er her, at hvis protreptikeren kan formå at føre en dømmefri samtale med en nazistisk bødde, da må det formodes, at psykiatrimedarbejderen potentielt er i stand til at føre en dømmefri samtale med patienten. At motivere patienten så denne motiveres til at tilpasse sig psykiatrimedarbejderens forståelse af ”den rette livsførelse” er manipulerende og hører ifølge protreptikken ikke hjemme i den dømmefrie samtale. Hertil kommer, at hvis patienten for alvor skal indfri sin rolle som vært, da må det være hendes spilleregler for, hvad den rette livsførelse indebærer, der praktiseres.

### ”BRUGERENS RESSOURCER”

Det samme aspekt går igen, i grundantagelsen om, at patienten består af en rask del og af en syg del, og at hun ved at bruge den raske del mere, vil mildne kraften af det favntag, den syge del har på hende. Der skelnes yderligere mellem ”god” og ”dårlig” livsførelse, hvilket medarbejderne indirekte påvirker forståelsen af. Således mangler medarbejderen forståelse for, at hun yder indflydelse på brugerens opfattelser af ”det gode liv” (eller i hvert fald har en mening om det), hvor en af grundstenene i protreptikken er, at man ikke dømmer den andens værdier. Ved at basere arbejdet på en protreptisk model, vil man åbne op for, at medarbejderen bliver bevidst om de skjulte magtprocesser i samtalen, og bliver bedre i stand til at assistere patienten med at finde frem til sine sande værdier uden at medarbejderen lader sine egne projektioner få indflydelse på samtalen. Ifølge Kirkeby, er protreptikeren en ”tjener”, ”[...] der har til opgave at holde et spejl op foran fokuspersonen, hvori hun kan se sine dæmoner. Men han holder kun spejlet frem, han ser det fra bagsiden, og hvad hun ser, det må hun selv fortælle ham, eller han må, med stor nænsomhed og bevidsthed om egne projektioner, lytte det frem af hendes ord.” (Kirkeby, 2016, s. 258). Hvis psykiatrien reelt ønsker at patienten skal være herre i eget hus, må psykiatrimedarbejderen berede sig

på, at hun kun gæster patientens livsverden for en stund, og hun må være varsom med, at hun ikke efterlader egne projektioner og overbevisninger, når hun ”flytter ud” af patientens sind.

### 7.3 AFRUNDING

---

Essensen af protreptikken er, at man ved at vende den anden mod sig selv, assisterer hende i at kende sig selv, ved at hjælpe hende til at reflektere over sine personlige værdier, og over hvordan hun knytter an til disse. I den optik kan protreptikken assistere medarbejderen med at lære sig selv og sine personlige værdier at kende, for at hun herigennem kan reflektere over, hvordan hun knytter an til de faglige etos. Jeg har gennemgået distinktionen mellem værts- og gæsterollen, som kunne være et tema for en protreptisk samtale med en psykiatrimedarbejder. Herfra vil jeg vende mig mod et anvendelsesorienteret sigte, og gennemgå hvordan en protreptisk samtale med en psykiatrimedarbejder potentielt kan forløbe.

---

# ET ANVENDELSEORIENTERET SIGTE

---

## 8 DEN PROTREPTISKE SAMTALE

---

For at illustrere anvendeligheden af protreptikken, bringer jeg her et eksempel på, hvordan en protreptisk samtale kan forløbe. Først vil jeg dog kort beskrive dialogen, ordene og værdierne, som de bruges i protreptikken.

### 8.1 PROTREPTIK SOM DIALOG

---

Protreptikken tilskynder den anden til at tage det væsentlige i hendes liv alvorligt for at blive herre i eget hus, og tilskynder således til befrielse (Kirkeby, 2016, s. 22). Som jeg har defineret psykologfaglighedens samtale, tilskynder den mennesket til at bryde fri fra begrænsende mønstre og forståelser for at hele såret i selvforholdet, og i den forstand, er protreptikken også en form for terapi. Protreptikken er dog også en livsfilosofi, og der er ikke noget der står til hinder for, at man i ikke-terapeutiske samtaler møder den anden med protreptisk intention. Tværtimod kan det argumenteres for, at hvor terapien trods alt på et teoretisk plan forholder sig til eksempelvis projektioner, og hvordan medarbejderen undviger sådanne, så er der i de ikke-formelle samtaler ikke et etos for, hvordan man snakker sammen og for, hvordan man undgår at dømme den anden. Imidlertid er samtalen, i ikke formaliseret form, en vigtig komponent for alle psykiatriens fagligheder. Der er heller ikke nogen der siger, at forløsning kun kan finde sted i den terapeutiske samtaler. Tværtimod taler undersøgelser for, som jeg tidligere har beskrevet, at det i højere grad er den menneskelige faktor end den terapeutiske metode, der yder indflydelse på, hvor effektiv terapi er for modtageren. Den terapeutiske samtale er bestemt berettiget, og den kan tilbyde meget andet end den uformelle samtale, pointen er blot, at projektioner og domme også, og måske især, finder deres vej ind i hverdagens samtaler, og psykiatrimedarbejderens rolle og position taget i betragtning, bliver det nødvendigt, at hun forstår den effekt hun potentielt har i samtalen.

### ORDENE OG VÆRDIERNE

Ordet eller verbet er sprogets kerne, og som etymologien lærer os, opstår ordene som: ”[...] individuelle udtryk for de indtryk, interaktionen med verden gør på os, indtryk, der gennem særlige kontekster og historisk formidlede mekanismer (ikke mindst magtformer) bliver kollektive” (Kirkeby, 2016, s.12). Ifølge Kirkeby er ordene forankrede i vores oplevelser med verden, og i den forstand kom verbet (handlingen) før substantivet (tingsligheden). Ordnes ophav vidner om den kropslige handling, som ligger til grund for deres betydning, og således gør protreptikken brug af ordenes etymologiske oprindelse, for at indfange, hvordan ”[...] vores aktive samspil med omverdenen gennem lyden lader vores kropsligt-kødelige væren sætte sit stempel på alt” (Kirkeby, 2008). De ord vi bruger er udtryk for, hvordan vi er i verden, og hvordan vi oplever verden, og således er ordet og sproget en adgang til at forstå os selv. Ordene er således også vores adgang til at forstå og reflektere over vores basale værdier, og til at lære os at se, hvordan det ”[...] individuelle består i den måde, hvorpå et menneske bruger værdier i sit liv – og lader sig bruge af dem.” (Kirkeby, 2016, s.13). Protreptikkens erkendelsesteoretiske fundament består altså i, ”[...] at ethvert menneske er værdier, og at det herfra kan hente sin personlige autonomi og autoritet. Jo mere bevidst et individ er om dette, i desto højere grad vil det kunne blive herre i eget hus og en støtte for den anden og for fællesskabet.” (ibid., s.13). Som jeg vil vise i samtalen senere, så er det altså proteptikerens opgave, at hjælpe den anden med at udfolde mulige værdiforståelser, så hun herigennem kan blive bevidst om, hvilke præg hendes egne værdier besidder.

Således vil jeg her bringe et eksempel på en protreptisk samtale med en sygeplejerske, som den potentielt kan forløbe. Idet jeg tidligere har formuleret sygeplejerskens faglige etos som værende ”omsorg”, har jeg valgt netop denne værdi som et udgangspunkt for samtalen.



## 8.2 SAMTALE MELLEM PROTREPTIKER OG SYGEPLEJERSKE

---

**Protreptiker:** Lad os undersøge ordet ”omsorg”. Hvad er omsorg for dig?

**Sygeplejerske:** Jamen, omsorg er jo det, jeg giver patienterne, det er en del af mit arbejde og af sygeplejerskens virke at pleje og drage omsorg for patienten. Inden jeg kom til psykiatrien, var jeg i somatikken, og der handler omsorgen meget om at pleje patienten, altså skifte forbindinger og sådan. Selvom der også er pleje i psykiatrien, så er det ikke det, der fylder mest.

**Protreptiker:** Hvordan vil du beskrive omsorg i psykiatrien?

**Sygeplejerske:** De mennesker vi møder er ofte forpinte. Jeg kan godt kigge på dem og tænke, puha, han trænger til et bad og noget mad, men før vi kan komme til det, må vi ofte starte med at berolige og hjælpe patienten med selv at forstå, at han måske ville have godt af at få sig et bad. Han kan være midt i en aktiv psykose, og så er det klart, at stemmerne og hallucinationerne fylder mere end de basale behov, som jeg kan få øje på.

**Protreptiker:** Det lyder næsten som om, at patienten er i en helt anden virkelighed?

**Sygeplejerske:** Det kan de også godt være. Det er selvfølgelig kun dem, der har det allerværst. En stor del af jobbet er også at tage sig af sådan helt almindelig sorg over, at man pludselig har fået at vide, at man har en diagnose. For mange er det først befriende, men der kommer som regel et tidspunkt, hvor man bliver ked af det, og så kan man have brug for at snakke om det. Eller der kan også være sket noget, eller man bekymrer sig for, hvordan venner og familie vil tage i mod, at man nu har en diagnose. Så snakker vi om det. På den måde er der rigtig stor forskel på patienterne, og det er enormt vigtigt i mit arbejde, at jeg kan kende forskel, så jeg ved, hvad behovet er, for det kan de ikke altid selv sætte ord på.

**Protreptiker:** Så der kan altså være forskel på graden af sorg? Og så er det jo lidt interessant, at ”sorg” direkte indgår i ordet ”omsorg”. Omsorg kan betyde ”bekymring”. Men omsorg er også ”at vogte”, ”at passe”, ”at pleje”. Kunne man sige, at du er en vogter af sorgen og vogter mod sorgen?

**Sygeplejerske:** Ja, måske. Jeg bruger i hvert fald mange kræfter på at hjælpe patienten med at sorgen ikke skal tage overhånd. Sorg, og angst, fylder meget.

**Protreptiker:** Man kan vel blive opslugt af sorg?

**Sygeplejerske:** I høj grad. Det kan fylde så meget for patienten, at der slet ikke er plads til andet. Her taler vi om de svært forpinte.

**Protreptiker:** I sådan et tilfælde tænker jeg, at man må forsøge at hjælpe det andet menneske fri fra det greb, som sorgen har taget om ham. Tror du, man kan befri et andet menneske fra sorgen?

**Sygeplejerske:** Spørger du, om man kan trøste en der er ked af det? For i så fald vil jeg sige ja. Men jeg tror ikke, at man kan gøre nogen fri fra sorg. Vi bliver vel alle sammen kede af det engang imellem.

**Protreptiker:** På latinsk skelner man mellem *praesidium* og *auxilium*. De er begge udtryk for at hjælpe, men den første med betydningen ”at beskytte” og ”at værne” og den sidste med betydningen ”at ære” og ”at fremme”. Hvilken af de to betydninger vil du sige har mest tilfælles med den omsorg, der ligger i ”at trøste”?

**Sygeplejerske:** Hmm... Jeg ved det ikke... men altså, hvis trøst er at gøre den anden glad, så fremmer man vel glæden og ærer også glæden som at være bedre end sorgen. Men omvendt kan man jo også gerne ville trøste en anden bare for at gøre ham fri fra al den sorg, og så er det nok mere den første.

**Protreptiker:** Men det kan vel også være selvforholdet, man fremmer?

**Sygeplejerske:** Joh, måske...

**Protreptiker:** På engelsk vil man oversætte trøst med ”comfort”, hvor endelsen ”-fort” kommer fra det latinske *fortis*, der betyder ”stærk”, ”modig” og ”åndrig”, i øvrigt går betydningen ”stærk” igen, når man taler om ”et fort” som en borg. Kan det ”at trøste” være at gøre den anden modig?

**Sygeplejerske:** Ja, altså, jeg synes ikke altid, at det er så let. Vi arbejder jo ud fra en model, hvor patienten er i centrum for behandlingen, og vi vil jo rigtig gerne have dem til selv at tage noget ansvar, så det ikke kun er os, der skal komme med forslagene til, hvordan de får det bedre. Men tit når vi møder dem, så er de simpelthen så syge, og nogen er også enormt passive, så det er rigtig svært at få dem til at komme på banen.

**Protreptiker:** Så det at være modig, handler altså også om, selv at tage et ansvar?

**Sygeplejerske:** Ja, det vil jeg mene.

**Protreptiker:** I betydningen ”ansvar”, ligger der, at man svarer for sig, at man svarer på noget. Hvad vil du mene, det er, som patienten skal svare på?

**Sygeplejerske:** Det er jeg faktisk lidt usikker på. For når man taler ansvar, taler man jo også skyld, og jeg vil bestemt ikke sige, at det er patientens egen skyld. Alle kan jo blive syge. Det er der jo også rigtig meget fokus på nu, at en psykisk lidelse ikke er stigmatiserende. Vi ved nu, at man kan blive rask og at man kan få sig et rigtig fint liv efter man er kommet sig. Det er det, der ligger i recovery-tilgangen, vi tror på at patienterne kan komme sig. Og det er jo det, vi også gerne vil have dem til at tro på. Så måske er det bare, at de skal ønske at komme sig?

**Protreptiker:** Hvad hvis de ikke ønsker at komme sig?

**Sygeplejerske:** Jamen så er det svært, for så bliver det hele en kamp. Så kan det være at de ikke vil tage medicin, og vi oplever også, at nogen jo er hos os mod deres vilje, og så kan det være sådan, at de ikke engang vil snakke med os.

**Protreptiker:** Søren Kirkegårds kendte skriv om hjælpegerningen handler om, at man for at hjælpe den anden må begynde med, at kunne sætte sig i dennes sted. Kan du sætte dig ind i ønsket om, at man måske ikke vil komme sig?

**Sygeplejerske:** Jeg har faktisk rigtig svært ved at tro på, at det er sandt.

**Protreptiker:** Hvad tror du så, at modviljen er et udtryk for?

**Sygeplejerske:** Jeg tror det for nogen, er et udtryk for, at man gerne vil bevare det sidste af sin værdighed, jeg er i hvert fald blevet mødt med, ”du skal ikke bestemme over mig”, og det kommer altid lidt bag på mig, for det er virkelig heller ikke det, jeg ønsker. Jeg ønsker jo netop for patienterne, at de selv kunne tage ansvaret for at få det godt, for jeg ser også, at det er netop det, der virker, for de patienter der kan magte selv at komme på banen.

**Protreptiker:** Vi har været rigtig vidt omkring nu, så jeg tænker vi så småt runder af her. Men for lige at opsummere, så har vi jo talt om omsorg, og vi har talt om, at den omsorg man yder både kan være noget, der fremmer modet og selvforholdet, men at omsorg også kan komme fra et sted, hvor man vil beskytte den anden. Jeg tænker på, at man nogen gange kan møde et menneske, hvor man får lyst til at beskytte det mod sig selv.

## MENNESKET BAG KITLEN

Men hvis vi nu ser mødet mellem behandler og patient som at behandleren må holde et spejl op foran patienten, så hun kan lære sig selv at kende og se sig selv. Hvilket billede af patienten viser henholdsvis spejlet, der vil beskytte og spejlet, der vil fremme?

**Sygeplejerske:** Ja, det er en ret god pointe. Jeg kan godt genkende, at jeg gør begge dele, og det ville måske være meget fint, hvis jeg var lidt opmærksom på forskellen på de to.

**Protreptiker:** Jeg kan også genkende, at jeg kommer til at gøre begge dele. Det er noget, som jeg har tænkt meget over, for når man vil hjælpe et andet menneske med at se sig selv, så indebærer det ”selv” jo også alle ubehagelighederne og de sider vi måske ikke ønsker at se. Men hvis du lige tager fat i det metaforiske spejl igen, og forestiller dig, at vi vender det rundt, hvad er det så, der gør, at du ønsker helbredelsen for den anden?

**Sygeplejerske:** Ja, altså, jeg ville jo egentlig gerne kunne sige, at jeg gør det i den gode sags tjeneste, og fordi jeg vil andre mennesker det godt. Men når vi nu snakker om, hvad den gode omsorg for eksempel er, så slår det mig, at det gode jo heller ikke altid *kun* er det gode. Så jeg ved det ikke, den må jeg lige tænke lidt over.

**Protreptiker:** Prøv det. Og prøv måske i den forbindelse at overveje, hvordan du vil udtrykke ”det gode” i form af glæde, og hvordan det adskiller sig fra sorg. Spørgsmålet er, om der i din forståelse af det gode, også er plads til sorgen?

## 9 KONKLUSION

---

I arbejdet med dette speciale har jeg erfaret, hvor komplekst et område det psykiatriske felt dækker over, og det har overrasket mig, at der findes *så* mange alternativer til den mest gængse forståelse af, hvad psykisk sygdom er, og hvordan den behandles. Jeg har forsøgt at indfange divergerende paradigmatisk positioner gennem det erkendelsesgrundlag de hviler på, og det største skel synes at være funderet i distinktionen mellem ”det naturlige” og ”det mentale”. I analysen af feltet har jeg overordnet plæderet for, at erkendelsen af det naturlige synes indfanget af det lægevidenskabelige paradigme, og erkendelsen af det mentale, af de psykosociale paradigmer. Men som nævnt er dette en grundlæggende simplificering af et komplekst felt, og det er tilmed en karikatur på de nævnte paradigmer. Indledningsvist havde jeg således en del betænkeligheder ved distinktionen, men som min forståelse af patienternes oplevelser med psykiatrien gradvist begyndte at tage form ved at nærlæse de patientberetninger, som det er blevet så populært for medierne at bringe, syntes karikaturerne at træde frem som skræmmende virkelighedsnære og veldokumenterede fænomener. Der synes at være en tendens til, at patienterne møder formløse op i psykiatrien, som giver dem en passende form eller diagnose, og sender dem videre i livet. Vi lever i en tid, hvor hurtighed og effektivitet er at foretrække, og således foregriber vi hellere betydningens begivenhed med den hensigt, at afvikle den hurtigst muligt, frem for at give os hen til at vente på, at begivenhedens betydning modnes og træder frem for os. Det er nok dette speciales væsentligste fund, at man ved at foregribe begivenheden negligerer dens betydning, som derved fryses fast i en forestilling om, hvad det var, der skete. Denne forståelse har motiveret mit arbejde med at udvinde de forforståelser og antagelser, som de enkelte paradigmer gør sig, og den har tilmed vist sig, at være ganske anvendelig til at svare på, hvordan medarbejderen finder mening og sammenhængskraft i krydsfeltet mellem institutionelle strukturer, faglige etos og personlige værdier.

### DE FAGLIGE PARADIGMERS' ETOS

I analysens første halvdel fandt jeg, at de grundantagelser der træder frem i den præ-videnskabelige periode, dominerer det pågældende videnskabelige felt langt ind i normalvidenskaben. Det er en udfordring for faglighederne, at de fastholder forståelsespositioner, der er medvirkende til, at der hersker så stort et skel mellem psykiatriens faglige felter. Disse forståelsespositioner indvirker nemlig ikke blot på de metodiske tilgange til behandling, men også på de faglige etos, og dermed på

## MENNESKET BAG KITLEN

forståelsen af patienten og relationen til denne. De fastlåste forståelsespositioner er altså med andre ord begrænsende for patientens udvikling og for hendes potentiale for at blive til mere og andet end hvad hun kan kategoriseres som her og nu. De faglige etos indvirker altså på rolleforståelsen, og med en forståelse af psykiske lidelser som en sygdom som lægen må helbrede, fratages patienten sit naturlige helingspotentiale, idet hun fastfryses i en sygeliggørende rolle som gæst i lægevidenskabens diagnoseterminologi. Således indvirker de faglige paradigmers grundantagelser mere eller mindre på patientens muligheder for at komme sig, vælge sig selv til og på sigt blive fri og ”herre i eget hus”.

### MEDARBEJDERENS MENING OG SAMMENHÆNGSKRAFT

Med Kirkeby argumenterer jeg for, at *”[k]un den, der har et rimeligt kendskab til sig selv, kan bistå andre i at udvikle deres personlige refleksionspraksis”* (Kirkeby, 2016, s. 35). For at medarbejderen kan assistere patienten i den proces der ligger i at komme sig, må hun i tilstrækkelig grad kende sig selv, og herunder sine motivationer for at agere i hjælpegeringen og måden hvorpå hendes egne projektioner og værdier indvirker på hendes faglige praksis. Jeg behandler disse spørgsmål i specialets anden halvdel, hvor jeg argumenterer for, at selvom det ikke er et krav fra psykiatriens side, at medarbejderen forholder sig ”refleksivt” til sine personlige værdier og faglige etos, så kræves det at hun gør det trods alt, hvis hun vil indgå i en ligeværdig og dømmefri samtale med patienten og assistere denne i at finde tilbage, eller frem, til sit personlige ”gode liv”. Så når jeg spørger, hvordan medarbejderen finder mening og sammenhængskraft i krydsfeltet mellem institutionelle strukturer, faglige etos og personlige værdier, så er et naturligt svar, at det kan hun gøre gennem protreptikken.

Formålet med specialet er således opfyldt, idet jeg fra et teoretisk plan har kunnet vise, hvordan de personlige værdier indvirker på de faglige etos og vice versa, samt hvordan medarbejderen potentielt kan frigøre sig fra disse indvirkninger. Jeg har også påvist et anvendelsesorienteret sigte, idet jeg har bragt en protreptisk samtale med en sygeplejerske, hvorigennem jeg viser, hvordan hun kan hjælpes til at reflektere over sin egen praksis. Men et er teori, noget andet er praksis, og havde jeg haft blot en anelse mere tid, så havde det været min primære opgave at afprøve de praksisser og fænomener som jeg redegør for, samt afprøve, og dermed samle yderligere data for, den protreptiske samtales udviklingspotentialer. Så til trods for, at det har været gavnligt for formålet med dette speciale at undersøge værdier og etos fra et teoretisk plan, så ville det have været en yderligere styrke, at jeg havde kunnet påvise disse fænomener i mine egne primærdata. Hertil kommer også, at det

sandsynligvis ville have bragt endnu flere perspektiver og niveauer af debatten i spil end dem jeg selv har kunnet se.

## 9.1 PERSPEKTIVERING

---

Fundene i dette speciale yder altså et teoretisk bidrag til fremtidig forskning i psykiatriens praksis såvel som i anvendelsen af protreptik. I et videre arbejde med emnet, ville det være gavnligt at undersøge feltet empirisk gennem f.eks. etnografiske studier eller refleksive interviews med psykiatrimedarbejderne. Bidraget her kan i så fald ses som et forarbejde til sådan en undersøgelse.

## 11 LITTERATURLISTE

---

Jeg bruger Harvard-modellen for henvisninger, hvis nærmere bestemmelser er tilgængelige her: <http://www.citethisforme.com/harvard-referencing>

### 11.1 ARTIKLER OG BØGER

---

- Andersen, I. (2003).** *Den skinbarlige virkelighed – vidensproduktion inden for samfundsvidenskaberne*, 2.udgave. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur, s. 193-210, 237-274.
- Blanchard, C. & Barlow, D. (1976).** Psychologists and Psychiatrists in a Department of Psychiatry. *Professional Psychology*, vol. august, s. 331-338. Tilgængelig på: <http://web.b.ebscohost.com.esc-web.lib.cbs.dk/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0575506e-9177-454b-9d17-562d8f59291b%40sessionmgr104&vid=1&hid=128>
- Blasius, R. F. (1997).** Alfred North Whitehead's Informal Philosophy of education. *Studies in Philosophy and Education*, vol. 16, s. 303-315.
- Bracken, P. et al (2012).** Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 201, s. 430-434.
- Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015).** Diagnoser i samtiden: En introduktion. I S. Brinkmann & A. Petersen, ed., *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus: Forlaget Klim, s. 7-16.
- Brinkmann, S. (2015).** Diagnoser som epistemiske objekter: mellem essentialisme og socialkonstruktionisme. I S. Brinkmann & A. Petersen, ed., *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus: Forlaget Klim, s. 37-57.
- Buchanan, R. (2003).** Legislative warriors: American psychiatrists, psychologists, and competing claims over psychotherapy in the 1950s. *Journal of History of Behavioral Sciences*, vol. 39(3), s. 225-249.
- Engel, G. (1989).** The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. [originally published: *Science*, vol. 196, pp. 129-136 (1977)]. *Holistic Medicine*, vol. 4, s. 37-53
- Gøtzsche, P. (2015).** Overdiagnostik og overbehandling i psykiatrien. I S. Brinkmann & A. Petersen, ed., *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus: Forlaget Klim, s. 155-184.
- Hanh, T. N. (2007).** *Nothing to do nowhere to go: waking up to who you are*. Berkeley: Parallax Press, s. 15-17 & 85-105
- Holm, A. & Severinsson, E. (2011).** A hermeneutic approach to the characteristics of mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 18(10), s. 843-850.
- Jensen, G. L. (2003).** Den dualistiske misforståelse i nutidens psykiatri. *Nordisk Psykologi*, vol. 55(3), s. 265-285.
- Jørgensen, J. A. (2005).** *Hovedsporet – dansk litteraturs historie*. København: Gyldendal, s. 63-68.
- Kaplan, R. M. (2012).** Johann Christian Reil and the naming of our speciality. *Australasian Psychiatry*, vol. 20(2), s. 157-158.
- Kingdon, D. & Young, A.H. (2007).** Research into putative biological mechanisms of mental



disorders has been of no value to clinical psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 191, s. 285-290.

**Kirkeby, O. F. (2006).** *Begivenhedsledelse og handlekraft*. København: Akademisk Forlag, afsnit 22.

**Kirkeby, O. F. (2008).** *Selvet sker – bevidsthedens begivenhed*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

**Kirkeby, O. F. Et al (2008).** *Protreptik – filosofisk coaching i ledelse*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur, s. 53-59.

**Kirkeby, O. F. (2010).** *Eventum Tantum – begivenhedens ethos*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur, s. 57-100.

**Kirkeby, O. F. (2013a).** *Eventologien – Begivenhedsfilosofiens indhold og konsekvenser*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

**Kirkeby, O. F. (2013b).** *Hvem er jeg? Om sjælens billeder – en lille bog om det man måske kan vide om sig selv*. København K: Gyldendal.

**Kirkeby, O. F. (2016).** *Protreptik: Selvindsigt & Samtalepraksis*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

**Kleinman, A. (2012).** Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen – and soon. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 201(6), s. 421-422.

**Kuhn, T. S. (2012)** *The structure of scientific revolutions*. 4. Udgave. Chicago & London: The University of Chicago Press, s. 10-51.

**Larsen, S. N. (2008).** Kritik af den kognitive kapitalisme. *Dansk Sociologi*, vol. 4(19), s. 88-92.

**Larsen, S. N. (1998).** Et navn er langt fra uskyldigt. *Information*. Tilgængelig på:

<https://www.information.dk/debat/1998/03/navn-langt-uskyldigt>

**Lauveng, A. (2013).** *I morgen var jeg altid en løve*. København: Akademisk Forlag.

**Lewis, B. (2006).** Moving Beyond Prozac, DSM, & the New Psychiatry -The Birth of Postpsychiatry. *The University of Michigan Press*, e-bog, tilgængelig på:

<http://ebookcentral.proquest.com/bib101.bibbaser.dk/lib/copenhagenkb/detail.action?docID=3414683>

**Madsen, A. (2009).** Psykiatriens historie i Danmark. *Dansk Sociologi*, vol. 1(20), s. 87-100.

**Marneros, A. (2008).** Psychiatry's 200th birthday. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 193(1), s. 1-3.

**McCaffrey, G. (2014).** Host and guest: an applied hermeneutic study of mental health nurses' practices on inpatient units. *Nursing Inquiry*, vol. 21(3), s. 238-245.

**Milton, C. L. (2005).** The Metaphor of Nurse as Guest with Ethical Implications for Nursing and Healthcare. *Nursing Science Quarterly*, vol. 18(4), s. 301-303.

**Miller, S. D. et al (2013).** The Outcome of Psychotherapy: Yesterday, Today and Tomorrow. *Psychotherapy*, vol. 50(1), s. 88-97.

**Morgan, A. (2015).** Is Psychiatry dying? Crisis and critique in contemporary psychiatry. *Social Theory and Health*, vol. 13(2), s. 141-161

**Murkherjee, S. (2015).** *The Laws of Medicine: Field Notes from an Uncertain Science*. New York: TED Books, Simon & Schuster.

**Murphy, D. (2015, spring edition).** Philosophy of Psychiatry. *The Stanford Encyclopedia of*

*Philosophy*, E. Zalta (ed.), onlineversion, tilgængelig på:

<http://171.67.193.20/entries/psychiatry/#VarPhiPsy>

**Olesen, J. (2003).** Sansning, følelser, krop og bevidsthed – undersøgelse og fortolkning i et fænomenologisk og hermeneutisk biopsykosocialt helhedsperspektiv. *Nordisk Psykologi*, vol. 55(3), s. 235-264

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

**Paton, C. (2014).** Of paradigms and precipitate relativism: Kuhn and the social sciences. *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 19(2), s. 118-120.

**Pedersen, K. (2015).** Akkreditering og New Public Management: Har det noget med hinanden at gøre? *Månedsskrift for almen praksis*, vol. september 2015, s. 717-725

**Pingani, L. et al (2014).** The crisis in psychiatry: A public health perspective. *International Review of Psychiatry*, vol. 26(4), s. 530-534.

**Raffnsøe, S., Gudmand-Høyer, M. & Thaning, M. (2009).** *Foucault*. Forlaget Samfundslitteratur.

**Rose, N. (2015).** Hvad er diagnoser til for?. I S. Brinkmann & A. Petersen, ed., *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus: Forlaget Klim, s. 17-35.

**Sanua, V. D. (1996).** Perceptions of Psychologists and Psychiatrists. *The Psychotherapy Patient*, vol. 9(3-4), s. 59-75.

**Schindler, F., Berren, M. & Beigel, A. (1981).** A Study of the Causes og Conflict Between Psychiatrists and psychologists. *Hospital & Community Psychiatry*, vol. 32(4), s. 263-266

**Thyssen, O. (2002).** *Værdiledelse – om organisationer og etik*. 3. Udgave. København K: Gyldendal, s. 41-53, 127-164, 257-293

**Welsh, T. (2014).** Idealism Revisited: Merleau-Ponty's Early Critique of Science and Psychology. *Self & Society – An International Journal for Humanistic Psychology*, vol. 41(3), s. 20-27.

**Wyatt, R. & Livson, N. (1994).** The Not So Great Divide? Psychologists and Psychiatrists Take Stands on the Medical and Psychosocial Models of Mental Illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 25(2), s. 120-131.

## 11.2 ARTIKLER FRA ONLINE KILDER

---

Alle online kilder er i en opfølgning tilgået d. 30. november 2016.

**Bedre Psykiatri (u.å.).** Tvang. *Bedre Psykiatri*. Tilgængelig på:

<http://www.bedrepsykiatri.dk/vidensbank/tvang/>

**Brinkmann, S. (2014).** Prisvindende journalist skriver tankevækkende bog om psykiatrien.

*Politiken*. Tilgængelig på: <http://politiken.dk/kultur/boger/ECE2174176/prisvindende-journalist-skriver-tankevaekkende-bog-om-psykiatrien/>

**Drachmann, H. & Goos, S. (2012).** Livsfarlig overmedicinering kendt i årevis. *Politiken*.

Tilgængelig på: <http://politiken.dk/indland/ECE1774400/livsfarlig-overmedicinering-kendt-i-aarevis/>

**Etisk Råd (2012).** Det Etske Råds udtalelse om tvang i psykiatrien. *Etisk Råd*. Tilgængelig på:

<http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etske-Temaer/Psykiatri/Publikationer/2012-06-19-tvang-i-psykiatrien.pdf>

**Friedman, R. A. (2015).** Psychiatry's Identity Crisis. *The New York Times*. Tilgængelig på:

<http://www.nytimes.com/2015/07/19/opinion/psychiatrys-identity-crisis.html>

**Graversen, M. (2015).** 26-årig begik selvmord – tre læger kritiseres nu for overmedicinering.

*Berlingske Tidende*. Tilgængelig på: <http://www.b.dk/nationalt/26-aarig-begik-selv-mord-tre-laeger-kritiseres-nu-for-overmedicinering>

**Gøtzsche, P. (2014).** Psykiatri på afveje. *Politiken*. Tilgængelig på:

<http://politiken.dk/debat/kroniken/premium/ECE2174657/psykiatri-paa-afveje/>

**Hansen, M. (2015).** Nye dilemmaer presser 200 år gammelt lægeløfte. *Kristeligt Dagblad*.

Tilgængelig på: <http://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/gammelt-laegeloefte-under-pres-fra-nye-dilemmaer>

**Hemmingsen, M. A. (2012).** Hver anden psykiatriske patient bliver overmedicineret. *Dagens*

*Medicin*. Tilgængelig på: <http://dagensmedicin.dk/hver-anden-psykiatriske-patient-bliver-overmedicineret/>

**Kjeldtoft, S. (2016).** Opråb fra psykiatrien: Vi gør børnene mere syge – ikke raske. *Information*.

Tilgængelig på: <https://www.information.dk/indland/2016/09/opraab-psykiatrien-goer-boernene-mere-syge-raske>

**Larsen, D. (2016).** Psykiatrien skriger på et nyt menneskesyn. *Information*. Tilgængelig på:

<https://www.information.dk/debat/2016/07/psykiatrien-skriger-paa-nyt-menneskesyn>

**Lægemedelindustriforeningen, (2011).** Fra djævluddrivelse til behandling: En

udviklingshistorie om medicinsk behandling af psykiske sygdomme. *DAMVAD*. Tilgængelig på:

<http://publikationer.lif.dk/Lifpublikationer/Historienompsykofarmaka/>

**Mathiasen, E. S. (2015).** En psykiater burde vide bedre. Dansk Psykologforening. Tilgængelig på:

<http://www.dp.dk/en-psykiater-burde-vide-bedre/>

**Mathiasen, E. S. (2012).** Flere samtaler mindre medicin. Dansk Psykologforening, *udgivet i*

*Politiken*. Tilgængelig på: <http://www.dp.dk/flere-samtaler-mindre-medicin/>

**Nilsson, K. & Rasmussen, L. (2015).** Flere bliver tvunget til at tage medicin i psykiatrien.

*Information*. Tilgængelig på:

<http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/sygdom/ECE2653818/flere-bliver-tvunget-til-at-tage-medicin-i-psykiatrien/>

**Olsen, T. L. (2013).** Hver femte dansker i den arbejdsdygtige alder har psykiske problemer. *DR*. Tilgængelig på: <http://www.dr.dk/nyheder/indland/hver-femte-dansker-i-den-arbejdsdygtige-alder-har-psykiske-problemer>

**Petersen, A. (2013).** *Hverdagslogikker i psykiatrisk arbejde – en institutionsetnografisk undersøgelse af hverdagen i psykiatriske organisationer*, Ph.d. Copenhagen Business School. Tilgængelig på:

[http://openarchive.cbs.dk/bitstream/handle/10398/8779/Anne\\_Petersen.pdf?sequence=1](http://openarchive.cbs.dk/bitstream/handle/10398/8779/Anne_Petersen.pdf?sequence=1)

**Rasmussen, L. I. (2015).** Peter Gøtzsche: >>Den biologiske psykiatri bygger på en række misforståelser og myter<<. *Politiken*. Tilgængelig på: <http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/sygdom/ECE2817288/peter-goetzsche-den-biologiske-psykiatri-bygger-paa-en-raekke-misforstaaelser-og-myter/>

**Regeringen (2014).** Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. *Sundheds- og ældreministeriet*. Tilgængelig på:

[http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~~/media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2014/Ligevaerd-psykiatriplan-maj-2014/Psykiatri\\_handlingsplan-netudgave.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Ligevaerd-psykiatriplan-maj-2014/Psykiatri_handlingsplan-netudgave.ashx)

**Region Hovedstaden Psykiatri, 1 (u.å.).** Forbedringskultur – LEAN. *Region Hovedstadens Psykiatri*. Tilgængelig på: <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/forbedringskultur/Sider/default.aspx>

**Region Hovedstadens Psykiatri, 2 (u.å.).** Akkreditering. *Region Hovedstadens Psykiatri*. Tilgængelig på: <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/kvalitet/akkreditering/Sider/default.aspx>

**Region Hovedstadens Psykiatri, 3 (u.å.).** Projekt Bæltefrit Center. *Region Hovedstadens Psykiatri*. Tilgængelig på: <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/udvikling/projekt-baeltefrit-center/Sider/default.aspx>

**Richter, L. (2016).** Ansatte i psykiatrien: Styring er håbløs for svage og pårørende. *Information*. Tilgængelig på: <https://www.information.dk/indland/2016/10/ansatte-psykiatrien-styring-haabloes-svage-paarørende?rel>

**Ringgaard, A. (2013).** Forskere: Hospitaler og psykiatri behandler patienter for overfladisk. *Videnskab.dk*. Tilgængelig på: <http://videnskab.dk/kultur-samfund/forskere-hospitaler-og-psykiatri-behandler-patienter-overfladisk>

**Ritzau (2014).** Europarådet: Danmark skal nedsætte tvang i psykiatrien. Telegram fra Ritzau i *Information*. Tilgængelig på: <https://www.information.dk/telegram/2014/03/europaraadet-danmark-nedsaette-tvang-psykiatrien>

**Runciman, O. (2012).** Psykiatrien på vildspor. *Information*. Tilgængelig på: <https://www.information.dk/debat/2012/09/psykiatrien-paa-vildspor>

**Saietz, D. (2016).** Minister om ny psykiatersag: ”Læger har fået alt for lang snor”. *Politiken*. Tilgængelig på: <http://politiken.dk/indland/ECE3113323/minister-om-ny-psykiatersag-laeger-har-faaet-alt-for-lang-snor/>

**Schmidt, A. (2016).** Tvangsmedicinering af psykisk syge stiger markant. *Politiken*. Tilgængelig på:

<http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/ECE3447856/tvangsmedicinering-af-psykisk-syge-stiger-markant/>

**Schmidt, A. (2014).** Kendt psykiater: Tredobbelt dosis medicin er helt okay. *Politiken*. Tilgængelig på: <http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/sygdom/ECE2390110/kendt-psykiater-tredobbelt-dosis-medicin-er-helt-okay/>

**Skema til diagnosticering (u.å.).** Major (ICD-10) Depression Spørgeskema. *Psykiatrisk sygehus, Frederiksborg Amt*. Tilgængelig på: [http://www.cure4you.dk/354/MDI\\_Danish.pdf](http://www.cure4you.dk/354/MDI_Danish.pdf)

**Sundheds- og ældreministeriet (2016).** Psykiatriloven. *Sundheds- og ældreministeriet*. Tilgængelig på: <http://www.sum.dk/Sundhed/Psykiatri/Psykiatriloven.aspx>

**Sylow, M. R. & Bjarnhof, N. (2014).** Psykiatri er mere end medicin og porretaerte. *Information*. Tilgængelig på: <https://www.information.dk/debat/2014/02/psykiatri-mere-medicin-porretaerte>

**Thorup, M. (2016).** New Public Management er afgået ved døden. *Information*. Tilgængelig på: [https://www.information.dk/indland/2016/11/new-public-management-afgaaet-ved-doeden?utm\\_source=Dagens%20vigtigste%20nyheder&utm\\_campaign=e3fdd4d331-Stop\\_med\\_at\\_tale\\_politikerleden\\_op\\_og\\_ve8\\_11\\_2016&utm\\_medium=email&utm\\_term=0\\_2ccb7fa83-e3fdd4d331-412614913](https://www.information.dk/indland/2016/11/new-public-management-afgaaet-ved-doeden?utm_source=Dagens%20vigtigste%20nyheder&utm_campaign=e3fdd4d331-Stop_med_at_tale_politikerleden_op_og_ve8_11_2016&utm_medium=email&utm_term=0_2ccb7fa83-e3fdd4d331-412614913)

**Qvesel, J. (2011).** Grænser for galskaben. *Information*. Tilgængelig på: <https://www.information.dk/moti/2011/06/graenser-galskaben>

**Vaaben, L. (2016).** Ministeren ønsker mere styring, lægerne vil have flere penge. *Information*. Tilgængelig på: <https://www.information.dk/indland/2016/10/ministeren-oensker-mere-styring-laegerne-flere-penge>

**Ørum, E. (2013).** Lægevidenskaben udfordres i psykiatrien. *Information*. Tilgængelig på: <https://www.information.dk/moti/2013/10/laegevidenskaben-udfordres-psykiatrien>