

A

Kandidatnummer: 533

(Hvis besvarelsen skal leveres på navn, skrives navn i stedet for kand.nr.)

FORSIDE

ved besvarelse av hjemmeeksamen, semesteroppgave, rapport, essay m.m.

Emnekode:	PSY407
Emnenavn:	<i>Psykisk helsearbeid - fenomener og kunnskapsfelt</i>
Emneansvarlig (normalt faglærer):	
Eventuell veileder:	
Innleveringsfrist/ tidspunkt:	<i>30.november 2012, kl 14:00</i>
Antall ark inkl. denne forside:	12
Merknader/Tittel på bacheloroppgave:	

Jeg/vi bekrefter at jeg/vi ikke siterer eller på annen måte bruker andres arbeider uten at dette er oppgitt, og at alle referanser er oppgitt i litteraturlisten.	Ja	Nei
---	-----------	-----

Kopiering av andres tekster eller annen bruk av andres arbeider uten kildehenvisning, kan bli betraktet som fusk.

Kan besvarelsen brukes til undervisningsformål?	Ja	Nei
---	-----------	-----

Gjelder kun gruppeeksamen:		
Vi bekrefter at alle i gruppa har bidratt til besvarelsen	Ja	Nei

Sette inn forsiden i en oppgave:

- 1) Fyll ut denne forsiden og lagre den som et eget dokument på din PC.
- 2) Åpne den ferdige oppgaven din, og plasser markøren helt øverst på første side.
- 3) Sett inn forsiden. Mange tekstbehandlingsprogram lar deg bruke "dra og slipp", mens andre krever at du bruker menyfunksjoner slik som "Sett inn > Fil" eller "Sett inn > Objekt > Tekst fra fil".
- 4) Lagre oppgaven.

Innholdsfortegnelse

Innledning	3
Arnhild Lauvengs erfaringer	3
Perspektiver på helse	4
3.1 Et kontekstueit perspektiv	5
3.1.1 Språk og dialogisme	5
3.1.2 Kunnskap	6
3.2 Det medisinske perspektivet	6
3.2.1 Kunnskap	7
3.2.2 Diagnoser	7
Drøtting	8
Avslutning	11
Bibliografi	12

1. Innledning

Utgangspunktet for denne oppgaven er et sitat fra boka *I morgen var jeg alltid en løve* av Arnhild Lauveng. Lauvengs erfaringer har også blitt til et teaterstykke, og hun holder foredrag om sine erfaringer med norsk psykiatri. Hun er nå utdannet psykolog. Hun har fått diagnosen schizofreni, men regner seg selv som frisk. Schizofreni har i store deler av psykiatrifeltet blitt regnet som en livslang lidelse fordi man antar at det ligger en genetisk sårbarhet i bunnen, og Lauveng forteller i sine foredrag om en kamp for å bli kvitt dette stempelet, selv når hun ikke har symptomer som tilfredsstillende en slik diagnose. Sitatet fra Lauvengs bok er en sterk kritikk av norsk psykiatri. Det er derfor både interessant og betimelig å se på hvilken tenkning som ligger bak en slik praksis som det her vises til, og i hvilken retning en ønsker at psykisk helsevern skal bevege seg. Jeg vil i denne oppgaven se på det som kanskje er det største hovedskillet innen tenkning om psykisk helse i dag. På grunn av oppgavens omfang vil jeg fokusere på enkelte tema som illustrerer de viktigste forskjellene mellom perspektivene, og bare i liten grad gå inn på den vitenskapshistoriske bakgrunnen for dem. I drøftingen ønsker jeg å se nærmere på hvordan den profesjonelles rolle påvirkes av disse perspektivene. Mot slutten av oppgaven vil jeg også nærme meg noen tanker om hvordan forholdet mellom perspektivene kan og bør være fremover.

2. Arnhild Lauvengs erfaringer

Sitatet fra Lauvengs bok *I morgen var jeg alltid en løve* er et skremmende eksempel på hvordan en kan bli møtt i moderne norsk psykiatri, og en sterk kritikk av den praksis som utøves. Det første som slår meg når jeg leser sitatet er ubalansen i kommunikasjonen mellom behandler/personalet og Lauveng. Makten ligger hos behandlerne og i det systemet som skal hjelpe henne. Rammene og reglene blir viktigere enn menneskeligheten, og den personen Lauveng er utenfor disse rammene, normaliteten, blir usynlig for behandlerne. Det språket som blir hørt og respondert på er det patologiske. Riktignok retter Lauveng litt opp i maktubalansen ved å manipulere, men blir sittende igjen med en ubalanse i seg selv. Behandlerne fremstår som tilskuere i livet hennes. Hun har blitt et objekt, og all mulighet til verdighet er tatt fra henne. Jeg tenker at behandlernes makt gir dem et ansvar, ikke bare for å følge prosedyrer og terapeutiske metoder, men et etisk ansvar i møte med et annet menneske.

3. Perspektiver på helse

Det finnes mange måter å kategorisere perspektiver på psykisk helse. Den kanskje vanligste måten er å gjøre det ut fra fagdisipliner, som i Haugsjerd et al. (2009). Her skilles det mellom psykiatrisk, behavioralistisk, psykodynamisk, humanistisk og systemisk perspektiv for psykisk helse. Det er imidlertid endel likhetstrekk mellom flere av perspektivene som gjør at de fint kan plasseres innenfor et naturvitenskapelig paradigme, i den forstand at terapeuten blir en ekspert som skal utrede, diagnostisere og behandle. Det kan derfor være spennende å utforske andre tilnærminger til relevante modeller eller skille i helsefaget. Kjell Kristoffersen snakker i sin bok *Helsens sammenhenger* (2006) om Sysfos-modellen. Navnet er hentet fra en gresk myte om en mann som rullet en stein opp en bakke, for så å måtte begynne på nytt igjen neste dag. Mannen blir da individet (pasient, bruker), steinen blir helsebyrden (diagnosen) og bakken blir konteksten (det sosiale mm). Modellen er forsonende i det at den inkorporerer flere perspektiver i en helhetlig tenkning rundt helse - både relasjonelle, sosiale, profesjonelle og kontekstuelle faktorer blir viktige for å gjøre individet sterkere, steinen lettere og bakken mindre.

Jeg har imidlertid valgt å fokusere på den modellen for psykisk helse som blir presentert i Bø og Thomassens bok *Fra Psykiatri til Psykisk Helsearbeid* (2007). De beskriver en kontekstuell modell, og skiller mellom et utenfra- og et innenfraperspektiv på psykisk helse. Ordet 'innenfraperspektiv' refererer til hvilket ståsted en ser, og forsøker å forstå, psykiske problemer fra - fra fagpersonens side (utenfra) eller fra ståstedet til den som har psykiske problemer (innenfra). Grunntanken i utenfraperspektivet er at en kan utrede, diagnostisere og behandle psykiske lidelser. I innenfraperspektivet blir fokus på individuell og kontekstuell kunnskap, og det subjektive og det relasjonelle blir viktig. Sitatet fra Lauveng viser hvor viktig det er at vi som behandlere er bevisste på hvilke faglige diskurser som styrer praksisen vår, og kanskje også nødvendigheten av en ny vinkling til hvordan vi best kan hjelpe folk med psykiske vansker. Modellen til Bø og Thomassen åpner for refleksjoner rundt hva psykisk helsearbeid bør være, og viser hvordan psykisk helsefaget kan menneskeligjøres, hvor fagkunnskap og metode blir underordnet verdier og dialog.

Det er vanskelig å beskrive et innenfraperspektiv uten samtidig å beskrive et utenfraperspektiv. Jeg har likevel valgt å beskrive noen aspekter ved perspektivene hver for seg. Perspektivene er komplementære, og beskrivelsen av hvert av perspektivene vil

kunne bidra til forståelsen av det andre. I terapeutrollen lever en daglig i spenningsfeltet mellom disse to perspektivene. En ender da gjerne opp i det som kan kalles en eklektisk praksis, hvor styrker og svakheter ved begge perspektivene tilsløres, og hvor ens etiske utgangspunkt dikterer andre handlinger enn de kontekstuelle rammene tilsier (Ulland og Bertelsen, 2010).

3.1 Et kontekstuellt perspektiv

Det er det naturvitenskapelige paradigmet, og i hovedsak det medisinske perspektivet, som har vært og er det som styrer tenkning, organisering og praksis innen psykisk helsearbeid. Det gjelder kanskje spesielt innen sykehussystemet, men også i kommunene. Det medisinske perspektivet som har utgangspunkt i behandling av somatisk sykdom innbefatter, slik Bøe og Thomassen (2007) ser det, alle tilnærminger eller perspektiver «som har som grunnelementer at 1) behandling forutsetter at en først identifiserer en avgrensbar lidelse/sykdom/forstyrrelse, og at 2) behandling skjer ved at en finner en teknikk eller metode som skal være virksom overfor akkurat denne lidelsen/sykdommen/forstyrrelsen» (s. 97). Noe av kritikken mot dette perspektivet er at det kan føre til en objektivering og dehumanisering av pasienten, og en mangel på likeverd mellom pasient og behandler. Jeg tenker at sitatet til Lauveng i oppgaveteksten illustrerer dette, og at et kontekstuellt perspektiv på psykisk helsearbeid er et forsøk på å komme bort fra en slik praksis.

3.1.1 Språk og dialogisme

Utgangspunktet for det kontekstuelle perspektivet er en konstruktivistisk/postmodernistisk erkjennelsesfilosofi, at vi og virkeligheten blir til i møte med andre mennesker, i språket. Psykiske lidelser blir dermed også uløselig knyttet til språklige systemer. En tilnærmer seg disse gjennom dialog. Fokus blir på pasientens (og evt. nettverkets) egne beskrivelser og opplevelser av problemene, og pasienten blir en aktiv deltaker i bedringsprosessen. Det er med andre ord brukermedvirkning i praksis. Endringsarbeidet tar alltid utgangspunkt i denne innenfrakunnskapen, og det er først i møte med denne kunnskapen at fagpersoners kompetanse eventuelt kan bli meningsfull (Bøe og Thomassen, 2007, s. 99).

Fagkompetansen utgjør ikke premissene for arbeidet, og forandring blir ikke styrt av en spesiell terapeutisk intervensjon. Seikkula (2011) sier at det gjennom dialog foregår en kontinuerlig prosess hvor ny forståelse og mening skapes. Seikkula sier videre at det helende elementet i en slik prosess synes å være å bli hørt, og å få respons. Det kan, slik

Jeg ser det, sammenliknes med tilknytningsprosessen til et lite barn, hvor en gir umiddelbare responser på barnets forskjellige uttrykk og lyder, og på den måten påvirker barnets (og ens egen) sinnstilstand og skaper noe nytt. En naturlig følge av dette perspektivet er at relasjonen mellom behandler og pasient får større betydning enn den gjør innen et medisinsk perspektiv.

Det kontekstuelle perspektivet er en humanistisk modell, og henter tanker fra eksistensiell filosofi, nærhetsetikk og hermeneutikk. Jeg kommer ikke til å gå videre inn på det vitenskapshistoriske grunnlaget her, men kommer tilbake til etikken i drøftingen.

3.1.2 Kunnskap

Ekeland (2004) beskriver et evidenshierarki for forskning som skal ligge til grunn for praksis, og som dermed virker styrende på utformingen av helsestøttestene. I dette hierarkiet vises det klart at det er forskning innen et naturvitenskapelig paradigme som foretrekkes. En bruker altså samme tilnærming til forskning om psykisk helse som en bruker til å vurdere f.eks. effekten av en medisin. Bøe og Thomassen (2007) referer til Skjervheim, som sier at en med et slikt utgangspunkt for å forstå og hjelpe andre gjør pasienten til et objekt. De viser også til recovery-forskning hvor en fokuserer på innetrakunnskap - brukerperspektivet i forhold til hva som har ført til bedring. Man ser her etter individuell kunnskap - subjektiv erfaring. Bøe og Thomassen antyder at det kanskje er metodekravene som er den største innendringen mot evidensbasert praksis; dersom en henter evidens fra kvalitativ forskning, innenforforskning, vil også begrepet evidensbasert praksis få et annet innhold. Recovery-forskningen tar til forskjell fra naturvitenskapelig forskning ikke utgangspunkt i hverken teori eller metode. Man foretar som regel kvalitative intervju hvor en spør pasienter som har opplevd bedring hva som har hjulpet, og åpner dermed for den kompleksiteten som finnes i og rundt et menneske (Bøe og Thomassen, 2007).

3.2 Det medisinske perspektivet

I det medisinske perspektivet forholder man seg til psykiske lidelser på samme måte som man gjør til somatiske lidelser. Som pasient blir man utredet med tanke på å finne symptomer som stemmer overens med diagnostiske kategoriseringer. Terapeuten vil deretter følge en passende behandlingsform, helst på bakgrunn av hva slags behandling som har best dokumentert virkning på den aktuelle diagnosen. Det medisinske

perspektivet kan regnes som et slags metaperspektiv, da en finner igjen denne grunntenkningen i flere av fagdisiplinene. Innenfor det psykiatriske perspektivet tenker man at lidelsen finnes i individet, i et behavioristisk perspektiv vil man fokusere mer på endring av atferd, i et systemisk perspektiv vil problemene ligge i systemet rundt pasienten osv. Det er et fokus på sykdom, noe som er galt og må behandles, og man ser det hele fra fagpersonens ståsted, utenfra. Det blir viktig å finne den teorien som er best egnet til å forstå lidelsen, og den beste metoden for å behandle den.

Bøe og Thomassen (2007) vil beskrive dette som et kontekstuavhengig utenfraperspektiv. Behandlingen avhenger ikke av hverken relasjonen mellom behandler og pasient eller av pasientens personlighet og livskontekst (Bøe, forelesning UiA 18.10.2012). Enhver behandler som har lært den rette metoden vil kunne gi god behandling.

3.2.1 Kunnskap

Man vil innenfor det medisinske perspektivet ha fokus på objektiv og generaliserbar kunnskap, på kvantitativ forskning. Såkalte RCT-studier er gullstandarden (Ekeland, 2004). Det vil si at et tilfeldig (randomisert) utvalg deles i to grupper. Den ene får den bestemte behandlingen man ønsker å teste, mens den andre får behandling som vanlig, eller ingen behandling. Så kontrollerer man for andre faktorer som kan påvirke resultatet, slik at en kan være sikker på at det er den bestemte behandlingen som er årsak til eventuelle forskjeller mellom gruppene. Dersom mange studier viser at en behandling har god effekt vil man si at det er evidens for at den fungerer. Evidensbasert praksis blir da å gi folk den behandlingen som forskningsmessig har best effekt.

3.2.2 Diagnoser

Innenfor det medisinske paradigmet er diagnoser viktig, både i forhold til terapi, forskning og organisering av tjenestene. De diagnostiske manualene gir et felles språk for klassifisering av psykiske lidelser, noe som er nødvendig for å kunne forske på og sammenlikne forskjellige behandlingsformer. Diagnosene skal være verdifrie, og klassifiseringen bygger på konsensus mellom et stort antall fagfolk (Haugsgjerd et al, 2009). I starten av en terapi vil behandleren forsøke å forstå plagene både utfra pasientens selvforståelse og sett utenfra, så objektivt som mulig. Dette utenfra-blikket er nødvendig for å kunne vurdere om de plagene pasienten beskriver kan omformuleres til å passe inn i en diagnosekategori. Dersom symptomene forsvinner vil man i de fleste tilfeller også si at lidelsen/diagnosen er borte. En tenker seg imidlertid innenfor dette perspektivet

at endel diagnoser skyldes en kombinasjon av stress og sårbarhet, og at lidelsen fremdeles er der selv om symptomene forsvinner (Andersen, 2006). Det kan derfor i noen tilfeller være vanskelig å «bli kvitt» en diagnose som f.eks. schizofreni eller rusavhengighet.

4. Drøfting

Sitatet fra Lauveng åpner for mange spennende problemstillinger knyttet til perspektiver på psykisk helse. Ut fra den perspektivkategoriseringen jeg har valgt, og et snev av egeninteresse, ønsker jeg å ha fokus på hvordan den profesjonelles rolle formes av de forskjellige perspektivene. Det Lauveng beskriver er ikke vanlig samhandling mellom voksne mennesker, og det viser hvor preget rollene blir av de tanker vi har om behandling. Det jeg ser som mest påfallende er ubalansen mellom behandler og pasient. Slik jeg tolker det er behandlingen preget av en medisinsk kunnskapforståelse. Måten å møte Lauvengs ønsker på virker styrt av regler og rammebestigelser, ikke fra møte med et medmenneske. De fleste vil være enige i at en slik praksis som det vises til her gir et etisk ubehag. Howdan er det mulig å forstå at en terapeut kan havne der at slik behandling virker naturlig?

Når en møter et annet menneske i en terapi-setting, blir terapeuten rolle styrt både av det grunnleggende kunnskapssyn han har, de rammebestigelser og systemer som ligger i organisering av tjenesten (som også er produkt av et bestemt perspektiv), og terapeuten egne etiske preferanser. Bøe og Thomassen (2007) sier at etikk og dialog kommer før fagkunnskap, og at det etiske ikke kan skilles fra det terapeutiske. De er opptatt av nærhetsetikk, og viser bl.a. til den danske teologen og filosofen Knud E. Løgstrups tanker om etikk i møte med et annet menneske. Han sier at mennesker møtes med en tillitt til hverandre som gjør oss sårbare - «en legger noe av sitt liv i den andres hender» (s. 67). Løgstrup sier at den etiske fordringen, som han kaller det, er å ikke misbruke den makten som tillitten gir, men å handle godt i møte med sin neste. Dette kan naturligvis utdypes og problematiseres, men det står i mine øyne godt alene.

Terapeuten rolle blir her å ivareta denne tilliten på best mulig måte. Han skal innta en ikke-vitende posisjon, i den forstand at han ikke vet, og er nysgjerrig lyttende til, hvordan pasienten opplever sine vansker. Det er pasienten som er eksponert på seg selv. Språket skal være pasientens, erfaringssnært. Problemer og forandring blir skapt i språket gjennom

en kontinuerlig dialogisk prosess. Terapeuten skal gjennom dialog være med å skape ny mening og dermed legge til rette for endring.

Det er dessverre ikke så enkelt som at en terapeut som tror på diagnoser og behandling er dømt til å handle uetisk. Et dilemma som fører til mange etiske diskusjoner fra svært forskjellige perspektiver ved min arbeidsplass handler om diagnostisering av ADHD. Ulland og Bertelsen (2010) sier at diagnostikk som etisk praksis kan ses på som en form for dyds- og pliktetik. Å sette en slik diagnose vil med det utgangspunktet være en forutsetning for å kunne gi god behandling, og man har god erfaring med at f.eks. medikamentell behandling vil føre til at han lykkes bedre på skole og med venner. Dersom man forsøker å se pasienten innenfra og kontekstuevt vil man kanskje snakke om en gutt som er proppfull av energi og spillopper, eller som kanskje tenker så mye på om foreldrene skal skilles at det går utover skolearbeidet. Det er ikke alltid så åpenlyst som i Lauveng sitt tilfelle hvilke verdier en skal legge vekt på i møte med en pasient. Ikke sjelden er det slik at behandleren må inneha begge disse perspektivene, som sammen med føringer, regler, organisering og rammebetingelser preger praksisutøvelsen.

Når en setter de to perspektivene opp mot hverandre har fremstillingen lett for å bli polemisk. Perspektivene i rendyrket form kan betraktes som ytterpunkter. Ulland og Bertelsen (2010) drøfter i sin artikkel *Kunnskapssyn og etikk* etiske dilemmaer som er knyttet til debatten om kunnskapssyn, og argumenterer der for en diskursetisk modell og et diskursetisk felt. De mener at dette åpner for en prosedyre for en helt nødvendig etisk refleksjon, hvor utgangspunktet er en utforskende og lyttende holdning til andres livsverden, og målet er konsensus. Det vil gi et rom for å diskutere f.eks. fagetiske dilemmaer knyttet til diagnostisering eller behandling på tvers av perspektiver. En vil da kunne utvide sin forståelseshorisont, og det vil bli lettere å anerkjenne praksis som bygger på et annet kunnskapsgrunnlag.

Den norske filosofen Hans Skjervheims artikkel *Deltakar og tilskodar* (1996) belyser en av de grunnleggende forskjellene mellom de to perspektivene som er presentert, og den tvetydigheten som oppstår i relasjonen mellom behandler og pasient. I møte med en pasient kan behandleren velge å være deltaker i en samtale om de påstander og utsagn som pasienten kommer med. Det er den posisjonen en vil innta innenfor et kontekstuevt perspektiv. Men behandleren kan også velge å være en tilskuer til det faktum at pasienten sier det han gjør. Det er lettest å forstå dette der det pasienten sier f.eks. er

usammenhengende tull. Da vil en gjerne slutte å forholde seg til påstandene som en deltaker i samtalen, men heller tenke på det faktum at pasienten prater tull, og kanskje tolke dette som symptomer på psykose. En gjør da den andre til et objekt. Skjervheim mener at denne objektiverende innstillingen er en angrepsholding, og at «ved å objektivera den andre går ein til åtak på den andre sin fridom» (s. 75). Det er det samme fenomenet Lauveng (2005) skriver om et annet sted i sin bok: «Det blir ganske ensomt, og ganske skummelt, når ordene dine mister sitt innhold og blir et symptom.» (s. 98). Patricia Deegan, som har liknende bakgrunn som Lauveng, skriver om å «gjennomgå en radikal devaluering- og dehumaniseringsforvandling fra å være en person til å bli en sykdom.» (i Bø og Thomassen, 2007, s. 169). Jeg tenker at sitatet i oppgaveeteksten illustrerer at det Lauveng sier og gjør ikke blir tatt på alvor, at behandlerne ikke er deltakere i hennes liv, men tilskuere som ser en sykdom og som er opptatt av å følge rammene for behandlingen. Samhandlingen mellom behandler og pasient ender opp med å bli en maktkamp, og sannsynligvis vil begge parter føle et etisk ubehag ved det som skjer.

Det er også interessant å se Lauvengs reaksjon på å ikke få dusje. Skjervheim (1996) påpeker at ingen liker noe særlig å bli gjort til objekt, og den naturlige responsen blir å slå tilbake med samme mynt. Slik jeg ser det gjør Lauveng behandlerne til objekter når hun manipulerer dem ved å bruke symptomer, det eneste maktmiddel hun har, til å få det som hun vil.

Behandlers rolle innenfor et medisinsk perspektiv, hvor pasienten er et objekt, blir å sørge for at pasienten får den behandlingen som er best egnet til å kurere den aktuelle diagnosen. I eksempelet fra Lauvengs bok foregår dette ved en sengpost eller institusjon, med de rammebetingelser dette gir. En del av behandlingen er gjerne å følge de reglene institusjonen har, kanskje ut fra en tanke om at en slik forutsigbarhet kan være med og dempe symptomer på psykiske plager. I en slik situasjon kan en som behandler ende opp med å nekte et voksent menneske å dusje når hun har lyst, i en tanke om at det er best for behandlingen og vil bidra til at hun får det bedre. Sett fra en pasients ståsted, eller rent menneskelig, er det naturligvis absurd.

Kristoffersen (2006) argumenterer for at den profesjonelles rolle må kunne ivareta både den objektive distansen og den personlige nærheten. Han mener at denne dobbeltheten kan ligge i begrepet empati. I dette ligger en balanse mellom det å ha innlevelse, være en

medlidende, og en profesjonell avstand hvor en kan vurdere konsekvenser av handlinger på sikt.

5. Avslutning

Andersen (forelesning Uia, 24.08.2012), som er en forkjemper for at begrepet 'psykisk helse' skal få et innhold som skiller det fra psykiatribegrepet (bl.a. Andersen, 2006), snakker om forskjellige måter disse feltene kan forholde seg til hverandre. Psykiatri kan være en del av psykisk helse, psykisk helse kan være en del av psykiatrien, det kan bety det samme, eller feltene kan ha forskjellig ståsted, men overlappende innhold. Slik jeg forstår Bøe og Thomassen (2007) mener de at alt arbeid som handler om å bedre folks psykiske helse skal ligge under 'psykisk helse'-begrepet, og at den tradisjonelle psykiatrien skal revurdere sin grunnlagstenkning og bevege seg i retning av et kontekstuekt perspektiv. Den medisinske psykiatrien bør være underordnet en tenkning om etikk og dialog. Dette er et rimelig standpunkt, spesielt sett med utgangspunkt Lauvengs erfaringer. Det er imidlertid vanskelig å argumentere for uten å ende opp med en polemisering av debatten.

Organiseringen og rammene for behandling i 2.linjetjenesten, og kanskje også de forventningene folk har til slike tjenester, er sterkt preget av det medisinske paradigmet. Jeg tror derfor det fremdeles er vanskelig å la et kontekstuekt perspektiv bli styrende for behandling, på tross av forskningsresultater innen recovery-forskning, statlige føringer og positiv innstilling blant behandlere. Tenkningen til tidligere nevnte Seikkula har blitt omfavnet på sørlandet (og andre steder), men forsøkene på å inkorporere dette i daglig praksis ender gjerne med at dette blir et metodevalg på lik linje med kognitiv terapi eller atferdsterapi, etter utredning og diagnostisering. Da har man i mine øyne misforstått noe grunnleggende. Hadde man klart å frigjøre seg fra den medisinske tenkningen og latt dialog og etikk være styrende ville man kunne sikre en reell brukermedvirkning, bedre samhandling mellom tjenester, større fokus på ressurser enn på sykdom, og en psykiatri som vil oppleves mer human og mindre undertrykkende enn den vi har nå. Mye tyder på at det er en lang vei å gå, og at vi som profesjonelle hjelpere i overskuelig fremtid må sørge for å både ivareta etiske aspekter i møte med andre og en profesjonell distanse som ivaretar organisatoriske forventninger.

Bibliografi

1. Andersen JW. Tenkning som former praksiser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid.* (2006;01).
2. Bøe TD, Thomassen A. *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid : om etikk, relasjoner og nettverk.* (2007). Oslo: Universitetsforl.
3. Ekeland T-J. *Autonomi og evidensbasert praksis.* (2004). Oslo: Senter for profesjonsstudier (SPS)
4. Haugsgjerd S, Jensen P, Karlsson B, Løkke JA. *Perspektiver på psykisk lidelse : å forstå, beskrive og behandle.* (2009) Oslo: Gyldendal akademisk
5. Kristoffersen K. *Helsens sammenhenger : helsefremmende prosesser ved kronisk sykdom.* (2009). Oslo: Cappelen akademisk forl.
6. Lauveng A. *I morgen var jeg alltid en løve.* (2005) Oslo: Cappelen
7. Ulland D, Bertelsen, Bård. Kunnskapssyn og Etikk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid.* (2010;02).
8. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug; 1996. 311 s. p.