

Morten Nissen

Standarder og standpunkter i psykosocialt arbejde

Resumé

I dette kapitel vil jeg artikulere forskellige standarder, som er eller kan være indbygget i psykosocial praksis, samt overveje nogle af de standpunkter, der indtages med en sådan artikulation. Det gennemgående felt, som jeg bruger som eksempel, er indsætter for rusmiddelafhængige. Det er dels fordi jeg aktuelt udfører forskning i dette felt, dels også fordi det er et meget sammensat og bevægeligt trans-disciplinært felt, hvor de generelle forskelle, som jeg ønsker at undersøge, træder tydeligt frem. Jeg redegør først for begreberne standard og standpunkt, som er centrale for kapitlets tilgang. Vigtige aspekter ved standarder er aktør, objekt, midler og mål. Derefter fremstiller jeg behandlingsstandard, som ofte tages for givet i det psykosociale felt, men som aktuelt er under udfordring, blandt andet af en bredere orientering mod omsorg og skadesreduktion. Her ses det, at brugerdrevne standarder på en bestemt måde efterlyses og bliver stadig vigtigere. Som den første variant heraf peger jeg på det rendyrkede kemisk orienterede brugerbegreb, som kan være indeholdt i skadesreduktionen. Dernæst artikulerer jeg – som modstykke – hvordan der kan arbejdes med kultivering af brugernes standarder for eget liv, og hvordan dette kan beskrives som en form for pædagogiske standarder. Til sidst tager jeg en radikal form for brugerdrevne standarder op til diskussion, nemlig de såkaldte 12-trins-fællesskaber. Jeg argumenterer for, at vi må anerkende dem, men også (dermed) medtænke hvordan denne anerkendelse indskrives dem i en velfærdsstatlig ramme, hvor såvel etik som magtudøvelse i højere grad er sat på begreb og underkastet demokratisk debat.

Praksisforskning: Standarder og standpunkter

Eftersom kapitlets vigtigste ærinde er at vise hvordan *standarder* og *standpunkter* er i spil, vil jeg begynde med at forklare, hvor de begreber kommer fra, og hvad der menes med dem.

Mit udgangspunkt er en trans-disciplinær forskning, som udfoldes i dialog og udveksling med folk, der er impliceret i psykosocialt arbejde. Den særlige tradition, som jeg selv har udviklet denne forskning i, har været kaldt *praksisforskning* (Mørck & Nissen, 2005; Nissen, 2009a). Praksisforskning er udviklet i udveksling med, og ligner på mange måder, andre dialogiske forskningstyper, såsom aktionsforskning. Men den trækker også på en egen baggrund, som især kommer fra marxistisk praksisfilosofi og kulturhistorisk og kritisk psykologi. I denne tradition er der udfoldet et stort *teoretisk* arbejde med praksisbegrebet (se fx Bernstein, 1971; Ilyenkov, 1977). Teorihistorisk er den mest afgørende tekst formentlig de såkaldte *Teser om Feuerbach* fra 1845, hvori Karl Marx genfortolker materialismen med Hegels dialektik, og skriver, at det indebærer at tage udgangspunkt i praksis og indtage 'det menneskelige samfunds' standpunkt (Marx, 2013).

Begrebet 'praksis' spiller her to roller: Dels er det en videnskabelig genstand, dvs. et forhold, som underkastes analyse, såvel teoretisk som empirisk, og både alment og i forskellige udgaver; og dels betegner det en grundlæggende tilgang til, hvad kundskab er og hvad den handler om. Meget filosofi er 'dualistisk' og opererer med to domæner: på den ene side en realitet bestående af ting, materialitet osv., og på den anden side en idealitet som udgøres af sprog, bevidsthed m.v. Det giver en masse problemer med at forbinde dem med hinanden. Men i praksisforskning er udgangspunktet i stedet, at vi egentlig altid møder verden i praksis. Nærmere bestemt i forskellige slags praksis, der står

i forbindelse og udveksling med hinanden. Herunder er videnskaben selv ingen undtagelse. Den er en praksis blandt andre – om end en særlig praksis, der har med det *almene* og *typiske* at gøre.

En anden måde at udtrykke det på er at forskningen *artikulerer* og forholder sig kritisk til *standarder*, som ligger indbygget i praksis. Standarder kan også kaldes logikker eller diskurser (hvis vi foreløbig ikke hæfter os ved de forskelle, der naturligvis også er mellem disse begreber, sådan som de er udviklet i forskellige videnskabelige og filosofiske traditioner). Uffe Juul Jensen formulerer det sådan her:

Fra dette perspektiv er vor erkendelse – herunder den videnskabelige – ikke om virkeligheden som sådan (...). Perspektivet anfægter netop selve begrebet om virkeligheden-som-sådan. Vor erkendelse er altid formidlet af redskaber og procedurer eller generelt af standarder, der regulerer en given praksis. Videnskab kan således karakteriseres generelt som *etablering af og systematisk analyse af brugen af standarder i forskellige former for praksis*. (Jensen, 1992, 114)

Standarder er måder at gøre ting på. Vi kan helt generelt beskrive og analysere dem som intentionelle strukturer, dvs. forhold mellem *aktører*, *objekter* *mål* og *midler*. Hvem gør noget, ved hvad, for at opnå hvad, og ved hjælp af hvad? Har vi fx at gøre med en 'behandler', der bruger 'medicin' og 'terapi' til at opnå 'helbredelse' i en 'patient'? Disse forskellige aspekter er i bevægelse og definerer hinanden – hvis 'patienten' fx omdefineres til 'klient', 'bruger' eller endda 'deltager', er det så stadig en 'behandler', der udfører arbejdet? Eller hvad hvis det er en sygeplejerske, der bruger vaskeklud til at rense et sår – er det så stadig behandling, eller snarere omsorgsarbejde? Som vi skal se om lidt, kan denne relativt enkle figur bruges til at analysere meget vigtige aktuelle ændringer og brydninger i psykosocialt arbejde.

En standard er *almen*. Dermed menes ikke, at den er universel og evig. Tværtimod er det en vigtig pointe med praksisbegrebet, at praksis er noget, der udvikles historisk og udfoldes under konkrete omstændigheder. Der er altid grænser for standarders rækkevidde. Men standarder kan alligevel identificeres i flere praksis'er henover tid og sted, og de udføres af forskellige praktikere.

En af grundene til, at de kan det, er selvfølgelig, at vi ofte netop beskriver standarder for at kunne iværksætte og regulere praksis på bestemte måder, herunder uddanne i den. Ofte er standarder indbygget i praksis på måder, som selv dygtige praktikere først bliver opmærksomme på, når de ser nogen – fx lærlinge – gøre det forkert. Lad os tage et eksempel: En sygeplejeelev vasker en patients sår på en ufølsom måde. Når den erfarne sygeplejerske ser det, griber hun ind – og først da bliver hun opmærksom på den standard, at man 'lytter efter' patientens reaktioner, også selvom man må gøre noget, der gør ondt. Her kan hun blive nødt til at sætte ord på, at artikulere standarden – selvom det som regel er nok at vise i praksis hvordan det gøres.

Nu om dage bliver der sat ord på rigtig mange standarder. Når vi taler om *standardisering*, er det ikke længere ord, der sættes på standarder ad hoc, når situationen kræver det, men derimod *skriftligt* fastholdte *modeller*, som bruges til at regulere en bestemt *type* af praksis efter en nøje bestemt version af dens standarder. Ved hjælp af modellen løsrives standarden fra de konkrete situationer, den har været udfoldet i. Den bliver *abstrakt*, før den igen konkretiseres i andre situationer, som antages at ligne dem. I vores eksempel med sygeplejersken kan vi forestille os, at den erfarne sygeplejerske skriftligt formulerer en abstrakt standard om 'kommunikation med patienten' som en model af sin fremgangsmåde. Den model kan fx igen en ny elev måske læse, og prøve at omsætte i praksis. Han begynder måske så at udfritte patienten om, hvordan det føles i hans kønsdele, uden tanke for de andre aspekter af den konkrete sygepleje, som var underforstået, givet med situationen og indbygget i måden, den erfarne sygeplejerske arbejder på – men som netop *ikke* kom med i modellen – fx hensynet til den begrænsede tid og patientens blufærdighed.

Nu viser eksemplet også, at en model, en abstrakt standard, altid fremhæver noget og er tavs om andet ved en praksis. Det gør den af tre grunde: For det første fordi modellens *medie* rummer nogle begrænsninger og stiller nogle krav: Fx har sygeplejersken måttet beskrive 'sårrensning' på max 3 sider, og hun er måske nok dygtig til sygepleje, men ordblind og uvant med de amerikanske internetlinks, som senere vil lede eleven på vildspor i irrelevant kommunikationsteori. For det andet fordi modellen igen selv kun skal være et redskab blandt flere i konkrete situationer. Ligesom vaskekluden og skalpellen er den noget, som man skal lære at håndtere fornuftigt – ikke et religiøst ikon. Selvom den angiver at 'gælde' for en hel situation, er den i den praktiske situation kun en lille og "svag ressource for handling", som Lucy Suchman (1987) sagde om planer. Og endelig, for det tredje, fordi modellen kun skal bruges i bestemte *typer* af praksis, med bestemte slags mål, midler, aktører og objekter. Sygeplejersken har sikkert taget sygeplejens praksisfelt for givet da hun skrev modellen – og slet ikke forestillet sig, at eleven ville bruge hendes model til at øve sig i seksualrådgivning.

Når en *model* fremstiller en bestemt *konkret praksis* som relevant for en type af praksis, så bliver den udpeget som *prototypisk* – her altså den erfarne sygeplejerskes håndtering af patientens sår. Prototypen er altså ikke bare den konkrete praksis som sådan. Prototypen er denne praksis 'oversat' til modellen, og via modellens anvendelse til en type af praksis'er i et – bredere, men stadig afgrænset – felt af situationer, som den potentielt er *relevant* i. Praksis, model og relevans – det er de tre grundforhold ved prototyper.

At denne relevans i andre situationer er *potentiel* vil sige, at det ikke er givet om, og hvordan, den bliver realiseret, og modellen anvendt. Det er et *mulighedsforhold*. Det afhænger, som vi så, af situationen, og det er noget, man må lære. Men ved nærmere betragtning er det ikke kun et spørgsmål om, at mere eller mindre kompetente praktikere skal håndtere situationer bedst muligt. Hvad det vil sige at håndtere situationer bedst muligt er i mange situationer noget, som der kan være flere meninger om. Modeller kan bruges til at vurdere situationer, og situationer til at vurdere modeller. Eleven fra før kan fx spørge: Er henvisningen til patientens blufærdighed i virkeligheden en undskyldning for konfliktskyhed? Burde der afsættes mere tid til seksualrådgivning i den almindelige sygepleje? Eller skyldes elevens misforståelse, at 'kommunikation' egentlig er et helt uhensigtsmæssigt begreb? Og rummer fokus på 'kommunikation' og 'rådgivning' en urimelig forskydning af sygeplejens omsorgspraksis i retning af behandling, som dybest set handler om professionelle ambitioner snarere end patienternes ve og vel? Osv.

Modellens mulighedsforhold åbner for diskussioner om praksis, i særlige blandingsforhold mellem principielle og konkrete vurderinger. Standardernes abstraktion og konkretisering er på den måde også et *politisk* forhold.

Og det er af stor aktuel betydning. I store dele af den offentlige sektor, hvor man tidligere lagde vægt på kompetente praktikers skøn, prøver man nu at standardisere, altså at fremstille abstrakte standarder og gennemtvinge, at de bruges til at regulere praksis. Det gøres bl.a. for at styre udgifter, og for at muliggøre nye former for demokratisk målstyring og åbenhed for en større kulturel diversitet. Eller, mere kritisk formuleret, for at kunne styre indsatser på områder, hvor standarder ikke (længere) er indbygget i den givne praksis, fordi man har forsømt at opretholde dem, eller fordi man skal kunne forsvare sig imod rimelig eller urimelig kritik (skandalesager, sagsanlæg m.v.).

Uanset hvad man mener om denne tendens til standardisering, så rummer den det paradoks, at abstrakte standarder på de ene side skal overtrumfe den konkrete vurdering, men på den anden side alligevel altid er afhængig af den.

Videnskabens rolle i forhold til standarder er dobbelt. På den ene side er videnskab selv en stadig vigtigere måde, hvorpå standarder bliver artikulert abstrakt og omsat til standardisering. Man må

ler fx hvad der 'virker' og beskriver det som 'guidelines', der bruges til at 'evidensbasere' praksis i sygeplejen. Men på den anden side er videnskab også en organiseret og systematisk, kritisk diskussion af standardernes konkrete tilblivelse og omsætning. 'Kritisk' betyder her ikke nødvendigvis, at man er 'modstander' af bestemte standarder – eller af standardisering som sådan – men netop, at man zoomer ud og afvejer situationer, sætter standarder i relation til andre standarder, til konkrete menneskers ønsker og behov, osv.

Når man foretager disse kritiske afvejsninger, så indtager man *standpunkter*. Dvs. at man forholder sig til standardernes konkrete betydning, deres værdi, i den konkrete historiske situation og givet de projekter og håb, som man finder vigtige.

Som vi skrev i indledningen, er videnskab ikke en tidløs og værdineutral aktivitet, hævet over standpunkter. Men det er alligevel et træk ved videnskab, at dens standpunkter til stadighed begrundes og problematiseres, ikke mindst ved, at de hele tiden selv bliver omsat i modeller, i standarder. Det er en stadig (såkaldt meta-refleksiv) proces, som kendetegner videnskab, at standarder og standpunkter løbende forvandles til hinanden. Hvis videnskaben reduceres til alene en produktion og anvendelse af standarder – eller til alene en formulering af standpunkter – så mister den sin berettigelse.

Det er et historisk og foranderligt forhold. Fx kan man følge, hvordan sygeplejefaglighed har gennemgået store forandringer igennem det 20. århundrede. I efterkrigstiden markeres standpunktet stærkt, at en selvstændig disciplin må dannes gennem løsrivelse fra medicinske standarder og etablering af et mere holistisk og omsorgsorienteret perspektiv. Senere identificeres faglighed mere og mere også, bl.a. begrundet i hvordan sundhedsvæsenet styres, med udvikling af egne standardiseringer af netop sådanne omsorgselementer (Bowker & Star, 1999; Poulsen, 2003). I disse bevægelser må videnskaben hele tiden reflektere og diskutere hvordan den problematiserer standarder og selv sætter nye standarder.

Denne kritiske, demokratiske metarefleksivitet er et alment træk ved videnskab. Men det kommer særligt til udtryk i trans-disciplinær praksisforskning, fordi hverken disciplinen eller de institutioner, som forskningen og praksis udfoldes i, kan tages for givet. Når denne refleksivitet udfoldes, bliver forhold og bevægelser mellem standarder og standpunkter artikuleret.

Standarder abstraherer, idealiserer og almengør; standpunkter forankrer i konkrete historiske omstændigheder for konkrete mennesker i konkrete fællesskaber og med konkrete projekter for øje.

Med disse generelle overvejelser har jeg fremstillet en tilgang til det psykosociale som trans-disciplin. Det kan nemlig forstås som artikuleringer, fra bestemte standpunkter, af det psykosociale som standarder i praksis. Og det kan antages, at disse artikuleringer er særligt relevante, når der sker bevægelser i disse standarder og deres forudsætninger og konsekvenser, som stiller nye krav og giver nye perspektiver, der kalder på standpunkter på ny.

Og det er netop, hvad jeg vil hævde i det følgende.

Behandlingens standard

Vi kan begynde et sted, som er så let at genkende, at det uden videre kan indgå i populærkulturen, nemlig *psykosocial behandling*. Det gengives med største selvfølghed i amerikanske TV-serier som *Sopranos*, *Mad Men* og selvfølgelig *In Treatment*, og i Hollywood-film som *Ordinary People* og *Good Will Hunting* er det helt centralt for plottet. Men lad os tage et eksempel der er lidt tættere på.

I starten af den norske film *Oslo, 31. August* (af Joachim Trier, 2011) ser man hovedpersonen Anders i gruppeterapi på en behandlingsinstitution for narkomaner. Han har ikke noget særligt han vil snakke om, siger han, og han har det OK med, at han skal ind til byen og søge arbejde den dag. Det virker uærligt, for vi har lige set ham i et mislykket selvmordsforsøg umiddelbart før. Vi har måske alle sammen i baghovedet en viden om, at narkomani er et psykosocialt problem, eller måske en sygdom, som er meget vanskelig at helbrede. Filmens eksistentiale grundfortælling er, som jeg forstår den, at selvom Anders er fuld af ressourcer, er hans liv forspildt. Vi forstår ham godt, når han i en anden scene beskriver sin håbløshed og sit selvmordsønske for sin ven. Måske for at vi rigtigt kan indleve os i den situation, skildres Anders som meget forskellig fra de andre narkomaner, som han møder på institutionen. Vi forstår, at han måske ikke bare er en narkoman. Han er faktisk en ægte intellektuel, som i en anden scene spiller klassisk musik for os på sin mors flygel. Med andre ord, for at gøre det til et alment menneskeligt drama, danner filmen en identifikation mellem hovedpersonen og publikum, der samtidig lægger afstand til de mere almindelige narkomaner (som afviger mere fra almindelige borgere).

Da jeg så filmen, studsede jeg da også over, at Anders brugte ordet 'narkoman' om sig selv. Men det var faktisk ikke fordi han fremstilles som en usædvanlig én af slagsen. Det var derimod fordi vi ikke længere bruger det ord så meget i Danmark. Her taler man typisk om 'stofmisbrugere', 'stofafhængige' eller 'stofbrugere'. De fleste medlemmer af selvhjælpsorganisationen Narcotics Anonymous / Anonyme Narkomaner bruger det engelske ord 'addict'. Mange af de personer, som i Norge omtales som 'narkomaner', bliver desuden i Danmark oftere kaldt 'hjemløse'. Fx kaldes sælgerne af avisen = *Oslo* 'narkomaner' – uanset om de evt. står uden bolig – mens de, der sælger den tilsvarende *Hus Forbi* i København kaldes 'hjemløse', selvom de ofte også tager stoffer.

Grunden til at jeg nævner dette er, at det ikke bare er et spørgsmål om lige gyldige terminologiske konventioner. Der er snarere tale om forskellige diskurser og dertil hørende fortællinger og standarder.

Historien om Anders kan læses som den kanoniske fortælling om narkomani. Ifølge denne fortælling har stoffet en dæmonisk karakter: Selvom de mennesker, der bliver narkomaner, har forskellige slags dispositioner – arvelige eller tillærte – så er det gennem brugen af stoffet, at der dannes en kunstig drift, der er så stærk, at den kommer til at dominere tilværelsen. Hvem har ikke læst eller hørt om eksperimentet med rotterne, der gives mulighed for at injicere heroin ved at trykke på en pedal, og som snart ikke gør andet, indtil de sulter ihjel? Derfor er det så svært at behandle narkomanien. Terapeuten i filmen er muligvis veluddannet og kompetent, men til syvende og sidst må han appellere til klientens vilje, også kaldet 'motivation' – og da det netop er den, der er blevet syg (sml. Valverde, 1998), ja så mangler der en vigtig rammebetingelse for behandlingen. Derfor træder den eksistentielle problematik frem, som filmen skildrer: *Vil Anders overhovedet livet?*

Men det er ikke kun en diskurs om narkomani, der her ordner vores forståelse. Det er også mere alment en diskurs om sygdomme og terapi: en behandlingsstandard. Det er netop det, der bliver tydeligt for et dansk blik – for bagved den omtalte forskel i sprogbrug ligger blandt andet det forhold, at vi i Danmark (ligesom bl.a. i Holland) i højere grad end i Norge (og Sverige) har bevæget os væk fra 'behandling', i retning af en større vægt på andre standarder såsom 'omsorgsarbejde' og 'skadesreduktion'.

Jeg vender tilbage til disse andre standarder nedenfor. Lad mig først kort ridse op, hvad der ligger indbygget i 'behandling' (se evt. mere herom i Jensen, 1983; Mol, 2002, 2008)

1. For det første en *genstand*, et objekt. Hvad behandles? En sygdom (lidelse, problem, forstyrrelse), dvs. en tilstand der er uønsket, som udgør en kortere eller længere afsnit af en proces,

der udfolder sig i et individ, og som enten går over eller ender i døden. Jeg vil ikke røbe, hvordan det ender med Anders, men det vi har at gøre med, er hans narkomani.

2. For det andet et *mål*. Hvad sigter behandling på? En helbredelse, sygdommens (lidelsens, problemets, forstyrrelsens) ophør, eller hvis det ikke er muligt, så en mærkbar reduktion i dens udbredelse eller konsekvenser. Vi håber, sammen med terapeuten i filmen, at Anders nu endelig er holdt op med at tage stoffer.
3. For det tredje en *aktør*. Hvem behandler? Det gør en eller flere professionelle, og i større eller mindre grad kræver dette desuden andre aktørers medvirken, ikke mindst den syge selv. Dette kaldes kompliance, og det kræver igen motivation – hvilket vi så var problemet med Anders i filmen.
4. For det fjerde *anvendelsen af midler*. Hvordan behandles? Ved at de professionelle bruger procedurer og redskaber, som antages kausalt at udvirke eller bidrage til målet – ikke mindst selvfølgelig medicin, også i behandling af narkomani – men det kan også være fx gruppeterapi, som vi så.

Disse fire begreber – mål, midler, aktører og genstande – er som nævnt almene begreber, som kan bruges til at artikulere standarder, ikke bare i behandling, men idet hele taget i forskellige typer af praksis. Lad mig også her gentage den vigtige pointe, at begreberne hænger sammen som ærtehal. De definerer hinanden. Medicin (middel) er kun rigtig medicin, hvis det ordineres af en læge (aktør); en læge er en professionel, der behandler sygdomme (genstand); osv. Hvis ikke medicinen bruges til behandling i denne forstand, men fx til fornøjelse, opdagelsesrejse i sindet, eller dæmpelse af ens egen sociale angst og uro, så er det ikke længere medicin, men – narkotika.

Et karakteristisk træk ved behandling er, at den altid implicerer en norm – en standard for brugernes liv – men ofte ikke ekspliciterer den. Målet er *negativt* defineret som ophævelsen af sygdommen, der igen kun giver mening fordi den er uønsket; men præcis hvordan og hvorfor den er uønsket, og hvad alternativet består i, er det ikke så vigtigt at gøre klart. Som vi skal se nedenfor, er dette en forskel til pædagogik, der tværtimod har et positivt defineret mål, et mål om opnåelse af en *bestemt* ønskelig tilstand eller udvikling.

I vores eksempel er det jo en kulturel norm, at man ikke indtager heroin. Eftersom den norm sanktioneres relativt hårdhændet, må man ty til kriminalitet hvis man vil afvige fra den. Desuden er det en (stadig vigtigere) norm, at man skal kunne kontrollere sig selv og sine lyster – og det er netop problemet med / for Anders, at han ikke kan styre sin lyst til at tage heroin (eller måske, at han ikke vil, men det gør det jo ikke bedre). Denne sidste norm er ikke så præcist reguleret juridisk, men den er til gengæld meget stærk som norm for legitim social identitet. Hvis man ikke kan styre sig selv, bliver man stigmatiseret som taber. Filmens Anders stigmatiserer i høj grad sig selv, og i endnu højere grad de andre klienter i behandlingen.

Det sæt af normer, som udpeger stofbrug og manglende selvkontrol som sygdomme, er praktiske og har store konsekvenser, ikke bare juridisk, økonomisk og institutionelt, men også for de 'syges' selvforståelse og udviklingsperspektiver. Mange behandlere mener som bekendt, at det ikke er deres ansvar at tage vare på disse bredere konsekvenser. De behandler dem, som samfundet udpeger som syge. Behandlingsstandarden er, hvad de har at tilbyde.

Men andre professionelle tænker mere trans-disciplinært.

Skadesreduktion: Omsorg, livskvalitet og folkesundhed

Man diskuterer jo faktisk, om normen og den deraf følgende stigmatisering af narkomaner er mere skadelige end sygdommen selv. Mange indtager det standpunkt, at behandling har så mange utilsigtede konsekvenser, at den bør modificeres, indskrænkes i sin anvendelse, eller helt erstattes af andre

slags praksis. Fx indebærer behandlingsstandarden i filmen *Oslo 31. august* et begreb om stoffrihed. Det rummer dels et *mål* om at Anders helt ophører med at indtage narkotika, dels det *middel*, at han anbringes på en institution hvor han bor den første svære tid uden stoffet. Her har kritikken lydt på, at målet egentlig er unødvendigt, fordi man udmærket kan leve et godt liv på livslang medicin (lige som diabetikere gør), blot denne medicin gives under ordentlige forhold (rent og veldoseret, uden kriminalitet, smittefare m.v.), og at *midlet* er både ineffektivt og endda farligt, idet mange narkotika-dødsfald indtræder ved tilbagefald fra stoffri behandling.

Denne argumentation fremføres af tilhængere af 'skadesreduktion' (harm reduction), hvor fokus pragmatisk lægges på at formindske stofbrugets skadevirkninger.

I nogle versioner er kritikken moderat og taler for en realistisk vægtning af mål og midler, *indenfor* rammerne af en behandlingsstandard. Hvis man fx i stedet for det absolutte mål om varig stoffrihed fokuserer på andre sundhedsparametre og 'graderer' målsætningerne realistisk, så er behandlingen faktisk ikke helt så ineffektiv. Ikke blot kan det være god behandling at hjælpe folk, der fortsat tager heroin eller måske ordineres metadon (bl.a. fordi man derved mindsker forskellige følgesygdomme). Men selv dén behandling, der er stoffri og ender i tilbagefald, kan også siges at indebære øget livskvalitet, så længe den varer, hvorfor det gælder om at udbygge støtten ved tilbagefald, så man undgår overdosis, og så det gøres lettere at komme tilbage i behandling (Pedersen, Hesse, & Bloomfield, 2011). I andre tilfælde fastholdes det langsigtede mål om stoffrihed, men midlet justeres på den måde, at processen tænkes at være uhyre langvarig, og at begynde med meget små og tøvende skridt.

Men der er også versioner hvor skadesreduktionen rummer et mere radikalt *skift* af standard. En af måderne, det sker på, er ved at den knytter an til den bredere bevægelse i sundhedspraksis efter anden verdenskrig *from cure to care* (Bowker & Star, 1999; Jensen, 1987; Mol, 2008). Care, oftest oversat med 'omsorg', fylder generelt mere og mere i sundhedsvæsenet, efterhånden som folk lever længere, også med kroniske sygdomme. Derfor er behandlingens snævre fokus på sygdom og helbredelse ikke længere tilstrækkeligt.

Vi må – siges det her – zoome ud til det bredere *mål* om at befordre livskvalitet, uanset om folk kan blive raske eller må leve med sygdom til de dør. I nogle tilfælde opnås livskvalitet gennem helbredelse, men i andre tilfælde handler det om at fastholde en given tilstand, så det ikke bliver værre, eller at sikre bedst mulige rammebetingelser for, at andre sider ved livet kan træde frem og udfolde sig på trods af sygdomme og andre problemer. Et ekstremt, men vigtigt eksempel kan være hensynet til patientens værdighed på dødslejet. Vi må også tage bedre vare på det mere og mere åbenlyse problem, at patienter bakser med flere sygdomme ad gangen, i den samlede helhed, som deres liv udgør. *Genstanden* skifter i det hele taget fra den afgrænsede sygdom til *livet* – både hverdagslivet og livsforløbet. I *Oslo, 31. august* ser vi ganske vist også dette skift – men det er samtidig en bevægelse ud af den professionelle praksis, til et alment menneskeligt eksistentielt drama, som Anders udkæmper med sig selv, og med hans venner og publikum som afmægtige tilskuere.

Det er som nævnt ikke ualmindeligt, at professionelle behandlere afgrænser sig fra dette drama. Men der er også professionelle, som går ind i det, måske fordi de ikke mener, de kan undgå det. Når de professionelle foretager dette skift, påtager de sig et medansvar for livet i denne bredere og måske dybere forstand.

Det er ofte også nogle lidt andre professionelle. Behandlingens *aktører*, med lægerne i spidsen, udfordres her af andre faggrupper, som hele tiden har været der, men ikke har været anerkendt – sygeplejersker, socialarbejdere, lærere, diætister, pædagoger m.fl. Og ikke mindst indebærer fokus på livskvalitet også, at patienterne selv må på banen som aktører, der ikke bare retter sig efter lægens

anvisninger, men tager ansvar for processen og styrer den med deres egne parametre for, hvad et godt liv er for dem.

Alle disse skift – af mål, genstande, aktører – indebærer selvfølgelig også helt andre slags *midler*, ved siden af medicinen og de terapeutiske metoder: Egenomsorg, patientuddannelse, psyko-udvikling, fysisk træning, pårørendegrupper, mindfulness, gadeavis-projekter, støtte-kontakt-person-ordninger og meget andet.

Skiftet til skadesreduktion er altså en del af en bredere strømning i social- og sundhedspraksis, hvor behandlingens standard bliver til en mindre del af en anden og større praksis, som mange steder kaldes *omsorgsarbejde* (Nygren, 1995). Men det indebærer også på en anden måde, at man zoomer ud: Fra fokus på den enkelte narkoman i behandling, til hele *populationen* af stofbrugere, som en del af hele befolkningen. Det kommer ikke mindst til udtryk i, at man identificerer det problem, at kun en mindre del af denne relevante målgruppe ser ud til at opsøge behandling. Især den stoffri behandling, som vi ser i filmen, har mange stofbrugere holdt sig fra. Og når brugerne gør det, så står de *meget* dyre døgninstitutioner halvtomme, mens dem, de skulle hjælpe, befinder sig andre steder. Denne standard udpeger altså også en anden genstand: *Populationen*.

Mange vil nok tænke, at så har vi bevæget os langt væk fra det praktiske psykosociale arbejde og ind i de statslige eller måske kommunale kontorer, hvor der udvikles policy ved hjælp af statistikker. Men skadesreduktion indebærer også, i kombination med New Public Management, at sådanne grænser opløses. Det bliver de praktiske socialarbejders opgave at *opsøge* de relevante målgrupper, samt at indrette deres tilbud, sådan at de *tiltrækker* dem. Ja, det psyko-sociale arbejde må i det hele taget etableres, forløbe, modificeres, justeres osv. i dialog med brugerne – og det regnes ikke længere for god tone at henvise til, at brugerne ikke er 'motiverede', hvis de dropper ud eller slet ikke dukker op (Nissen, 2000; Orbe, 2012; Vinum & Nissen, 2006).

Brugerdrevne standarder

Denne udvikling henleder vores opmærksomhed på, at den historiske udvikling af standarder i psykosocialt arbejde indebærer en bevægelse i retning af, hvad man kunne kalde *brugerdrevne standarder*. Denne bevægelse udforskes i forskningsprojektet *Brugerdrevne Standarder i Socialt Arbejde* (se evt. <http://substance.ku.dk>). Den kalder på en trans-disciplinær psykosocial udforskning, netop fordi den har vidtrækkende og dybtgående implikationer, som ikke bare angår de professionelle metoder og begreber, men også, at praksis udfolder sig i andre former for organisationer, på nye slags steder, og bæres af aktører, som ikke nødvendigvis er professionelle. Samtidig er den også modsætningsfyldt, fordi praksis naturligvis stadig – i det mindste *også* – bæres af (statsfinansierede) professionelle, som indgår i dialog med brugerne om udvikling af nye standarder. Og som måske læser tekster som denne for at uddanne sig til det. I det følgende skal vi se på nogle varianter af denne vidtgående og samtidig paradoksale udvikling.

I en vis forstand er det en tendens af ældre dato. En tidlig version af dialog med brugerne i psykosocialt arbejde var, da Sigmund Freud grundlagde psykoanalysen med den idé, at patienten skulle inddrages som samtalepartner, og ikke bare hypnotiseres. Måske blev behandlingsstandarder, som jeg beskrev den ovenfor, allerede rokket her. Dog, mange af Freuds efterfølgere og kritikere har peget på, at patienten egentlig kun blev inddraget på skrømt, idet hendes udsagn straks blev omfortolket og – netop, behandlet. Psykoterapiens historie kan faktisk beskrives som en række af sådanne opgør, hvor man mener at anerkende patientens – klientens, brugerens, borgerens – egne perspektiver, holdninger, prioriteringer osv. meget bedre end forgængerne, med den nye metode, som man indfører, hvad enten den kaldes eksistentiel, klientcentreret, kognitiv, systemisk, konstruktivistisk, løsningsfokuseret, eller narrativ (se bl.a. Nissen, 1992). Et aktuelt eksempel på rusmiddelområdet er

'den motiverende samtale' (Rollnick & Miller, 1995), hvor man (lader som om, at man) accepterer klientens motiver, som de er – også selvom de måske ikke peger på 'adfærdsændring' – og tilbyder hjælp med kortlægning af midler, mål og motiver.

En måde at beskrive den udvikling på er, at de professionelle behandlere hele tiden udråber nye slags brugerdrevne standarder, men også hver gang sørger for at definere og kontrollere de rammer, de udfolder sig i.

Men en del af udviklingen på rusmiddelområdet (som også knytter an til bredere strømninger i sundhedspraksis og i hele den offentlige sektor) går i retning af brugerdrevne standarder i meget mere omfattende forstand – dvs. på måder, der sprænger rammerne for ikke bare behandling, men også omsorgsarbejde og skadesreduktion.

Brugerdrevne standarder I: Redskaber til optimering og nydelse

Lad os for eksempel se på *Brugerforeningen* i København (se www.brugerforeningen.dk). Den hedder sådan fordi dens medlemmer er "aktive stofbrugere", men også fordi de er brugere af offentlige hjælpeforanstaltninger. Hvis man besøger foreningens ret kompetente hjemmeside, eller får en rundvisning i dens værested og et foredrag af en af de dygtige faste medlemmer – som jeg har gjort flere gange med studerende – så er man meget, meget langt fra *Oslo, 31. august*. Ikke kun fordi man mødes af den tunge sociale nød, som filmen og dens hovedperson lægger afstand til, men også, og især, fordi man møder en helt anden opfattelse af stofbrug, og nogle helt andre værdier.

Ordet 'værested' peger allerede på skiftet hen imod et bredere omsorgsbegreb: Hvor klinikken er et sted for at behandle, og skolen for at uddanne mennesker – altså i begge tilfælde *forandre* dem – så er et værested blot et sted, hvor de kan *være*. Være som de nu er – i fred for at blive jaget væk, og i fred for folk, der vil forandre dem.

I nogle henseender er en sådan anerkendelse af stofbruger-væren relativt ukontroversiel. Fx når den kommer til udtryk i, at kommunen støtter foreningens arbejde med sprøjte-patruljer, der indsamler kanyler og sprøjter, som børn og kæledyr kunne komme til at stikke sig på. Denne klassiske harm reduction aktivitet harmonerer fint med det øvrige samfunds normer. Men der er andre aspekter ved de standarder, der udfoldes og formuleres her i *Brugerforeningen*, som er mindre indlysende.

Foreningen taler for en accept af, at nogle mennesker – altså bl.a. dens medlemmer – af forskellige grunde kan have et særligt fysisk behov for tilskud af morfika. De kan være født med en reduceret produktion af endorphiner, eller måske har traumatiske begivenheder i barndommen forstyrret deres dopaminbalance permanent; uanset den nærmere årsag, så har de nu kronisk behov for en medicin, der bringer deres hjerne i balance: Heroin. Mange vil være skeptiske overfor denne argumentation og dens neurologiske grundlag; men mange andre (herunder også medicinere som Gabor Maté, 2009) vil tilslutte sig den. Forestillingen om, at vi i højere grad skal anerkende og kronisk medicinere forskellige slags neurologiske handicaps, er jo heller ikke fjern – sådan er tankegangen fx også bag den hastigt voksende udskrivning af antidepressiva og ritalin (mod ADHD).

Selvom vi her befinder os i et biologisk register, så åbner vi med denne interventionstanke op for perspektiver, der helt opløser sygdomsbegrebet og dermed behandlingsstandarder. I stedet for at diagnostisk definerede og afgrænsede grupper af mennesker får medicin som behandling af deres sygdomme, så får *alle mennesker* i denne vision skræddersyet medicin, hvormed vi kompenserer for skævheder og skavanker i vores individuelle neurologiske profil. Eller endda medicin, hvormed vi *optimerer*, ikke bare forskellige slags 'funktioner' (fx sports- eller eksamenspræstationer), men også vores væren, vores livskvalitet (se evt. mere om disse perspektiver i Rose, 2007).

Feltkode ændret

Brugerforeningen rummer netop også sådanne mere radikale perspektiver, konkret i skikkelse af ønsket om en accept af, at nogle mennesker finder glæde, behag eller nydelse ved kemisk fremkaldte, eller kemisk modulerede, *svingninger* i kropsfornemmelser og sindstilstande (Houborg, 2012). Det lyder måske meget radikalt og afvigende; men vi har faktisk en tilsvarende diskussion omkring tobak, der jo også (for rygerne) handler om sådanne svingninger. Hvis det kan ske i kontrollerede former, hvor det ikke skader andre, og kun i mindre grad skader brugerne selv, hvorfor så ikke acceptere det? (Sml. også Keane, 2011).

Brugerforeningen har brugt dette argument som led i kampen for et skift fra uddeling af metadon til uddeling af heroin. Det var netop pointen med metadonbehandling, at den udjævnede narkomanens svingninger mellem den stofrus, der kunne føre til overdosis, og den abstinensstilstand, der fik ham til at begå kriminalitet (se evt. herom Houborg, 2004). Men med skadesreduktion for øje vil man påpege, at man sagtens kan opnå tilstandssvingningerne uden disse risici. Og at det dermed er illegitim moraliseringen, hvis man fortsat modsætter sig heroinbehandling – en ureflekteret moralsk fordom pakket ind som behandling. En fordom, som måske er rettet mod rusen som den ufortjente nydelse par excellence (Bjerg, 2009; Derrida, 2003; O'Malley & Valverde, 2004),

Diskussionen viser, hvordan behandlingens standard, med sit rent negativt definerede mål, kan rumme en *værdirelativisme*, der med skadesreduktion kan bringes op til overfladen som ideologisk standpunkt. De normer, som ofte ligger implicit i sygdomsbegreberne – fx om afholdenhed og medicinfrihed – er fra dette standpunkt illegitime, fordi det altid må være brugernes egne normer, der skal styre indsatsen. Brugerdrevne standarder er i denne tænkning det samme som de normer, hvor ud fra brugerne træffer valg om den behandling, de ønsker – og dermed samtidig den overordnede standard, at mødet med brugerne tilrettelægges med henblik på en optimering af sådanne valg. Med den hollandske filosof Annemarie Mol's begreb, i en "logic of choice" (Mol, 2008). Hvis Brugerforeningens medlemmer, som brugere af sociale indsatser, faktisk handler og træffer deres valg som stofbrugere, med en præference om svingende krops- og sindstilstande, så må indsatserne indrettes herefter.

Her bliver det selvfølgelig oplagt at spørge, hvorfor skatteyderne skal finansiere stofbrugernes fornøjelser. Spørgsmålet viser, at den liberale værdirelativisme passer bedst sammen med en liberalistisk 'minimalstat', i hvilken al offentlig hjælp ud over det overlevelsensnødvendige er spildt på overflødig og umoralsk vellyst. Skadereduktionsfortalerne må på banen med evidens for andre effekter, såsom reduktion i narkodødsfald og forebyggelse af hepatitis og AIDS, hvis de vil argumentere for skadesreduktion som social velfærd.

Diskussionen om skadesreduktion har en karakteristisk dobbeltbundethed. Umiddelbart handler den om evidens og sund fornuft: Når det fremføres, at 'the war on drugs' ikke kan vindes, at vi aldrig opnår det 'drogfria samhället', og at den mest effektive tilgang til stofbrugere er at tage udgangspunkt i brugernes præferencer, så er det næsten altid med henvisning til neutrale statistiske data. Men denne værdifrie rationalitet fører straks værdimæssige dimensioner med sig.

Den politiske ideologi i skadesreduktion er modsætningsfyldt, men den har en tydeligt socialliberal hovedtendens: På populationsniveau sigtes mod en minimalistisk etik, der vægter en effektiv reduktion af de mest alvorlige problemer (dødsfald, dødelige sygdomme, kriminalitet); dette kobles med en klassisk appel til velgørenhed overfor de allersvageste stillede, og en frisindet, liberal holdning til de enkelte. Denne ideologiske tendens træder frem i social- og retspolitiske diskussioner, men den bliver typisk skubbet i baggrunden i faglige og videnskabelige sammenhænge. Ikke nødvendigvis fordi fagpersonerne hylder forestillingen om værdifri viden, men snarere fordi det er den epistemologi, der giver den bredeste politiske opbakning, både til forskning og til psykosocialt arbejde. 'Evi-

dens' efterspørges som netop den neutrale, demokratiske form for 'modus 2 viden', hvori brugere, borgere, politikere og embedsmænd umiddelbart kan hamle op med eksperterne (Thorgaard, 2010).

Interessant nok har denne vidensform en række paradoksale, 'utilsigtede konsekvenser', som ofte er velkendte for de aktører, der retter deres indsatser efter den. Den hollandske antropolog Trudy Dehue viser således i et klassisk studie, hvordan det politiske krav om evidensbaseret behandling førte til en særlig indretning af de klinikker i Amsterdam, hvor man eksperimenterede med heroinbehandling. Det var noget med en klinisk atmosfære, venteværelser, faste, upraktiske tidspunkter, streng overvågning osv. Den betød, at det var svært at tiltrække brugerne, selvom man tilsyneladende tilbød dem det, som de helst ville have, nemlig heroin. Det eneste, som i praksis overtrumfede brugernes præferencer, var således de forhold, der gjorde det muligt at opfatte interventionen som et randomiseret og kontrolleret 'heroinforsøg' (Dehue, 2002). Senere har man i øvrigt gjort ganske tilsvarende erfaringer i København. Brugerforeningens formand, Jørgen Kjær, spørger retorisk, hvor mange vinkelere, der ville bryde sig om at indtage den ædle drue under de forhold, man byder brugerne på forsøgsklinikken *Valmuen*.

Her som i mange andre sammenhænge kan vi se en tendens til blindhed over for, hvordan de vidensformer, som vi hylder, har praktiske og etiske forudsætninger og konsekvenser. Det kan gå så vidt, at man kan tale om evidens som 'hyperreelle tegn', dvs. at tegnenes reference til en virkelighed ikke længere er betydningsfuld (Baudrillard, 1994; Hanson, 1993). Her åbnes for en særegen kynisk pragmatik, hvor videnskabsfolk, embedsfolk og professionelle i fællesskab opfører et skuespil. På scenen taler man om, at vi nu endelig er nået til den fagre nye verden, hvor vi ikke længere handler ud fra fordomme eller smudsige særinteresser, som folk gjorde indtil fornylig, men ud fra en sikker viden om hvad der virker. I kulissen blinker man med øjet og træffer beslutninger som altid, i harmoni med tidens ideologi og styrkeforhold.

Nogle kalder dette for 'evidens light', fordi de skrappe krav til evidens på højeste niveau i praksis ofte slet ikke bliver imødekommet; men der er nok grund til at betragte det som en ret tungtvejende tendens. Den rummer en slags meta-standarder, som igen kan definere de trans-disciplinære psykosociale kompetencer, der efterspørges. På den ene side må man kunne håndtere de standardiserede, evidensbaserede videns- og praksisformer, samt de aktuelt herskende argumenter for, hvilke standarder, der fokuseres på. På den anden side må man kunne forholde sig pragmatisk og bøje og bryde reglerne, når situationen kræver det. Og disse modsigelser må man så kunne håndtere, forholde sig ironisk distanceret, tænke i forskellige diskurser og citere Foucault ved passende lejligheder – og ikke mindst have fornemmelse for, hvornår hvilke kompetencer er påkrævet.

Brugerdrevne standarder II: Fortællinger som standarder for eget liv

Men der er også andre måder, hvorpå brugerdrevne standarder bliver artikulert. I forskningsprojektet *Brugerdrevne Standarder i Socialt Arbejde* samarbejder vi med socialarbejdere om at artikulere et sådant alternativ. Socialministeriet har udråbt den københavnske institution for unge stofbrugere U-turn til en model, hvis implementering støttes i 2 andre danske kommuner. Det er ikke den eneste, og heller ikke den mest toneangivende model – men dog altså en statsanktoneret model.

Den rummer imidlertid hverken evidens eller evidens light. Tværtimod understreges det i beskrivelsen af modellen på Socialministeriets hjemmeside, at "U-turn ikke er en egentlig metode eller model (!)", og at man ikke uden videre kan overføre modeller som denne til andre brugere og andre situationer. Netop denne paradoksale model gør den til et interessant emne for udforskning af brugerdrevne standarder.

Som alle andre institutioner er U-turn selvfølgelig kompleks og kunne beskrives på mange måder. En måde at beskrive U-turns arbejde er, at det er narrativt inspireret, og at det går ud på at bygge på

og at kultivere og styrke de unges foretrukne fortællinger (se www.uturn.dk samt Nissen, 2010a&b; Orbe, 2012).

Feltkode ændret

Hvis Anders fra filmen *Oslo, 31. august* kom i U-turn, så ville de nok først og fremmest prøve at få nogle andre fortællinger frem om ham, som han tilsyneladende slet ikke selv kan se. Anders er helt overvældet af den tragiske, kanoniske fortælling om narkomani: Han har spildt sit liv på stoffer, og har kun ringe chance for at komme sig. Måske fordi han har været uheldig i sin ungdom at komme i dårligt selskab; måske fordi han har handlet umoralsk og uforsvarligt – og måske fordi noget i hans medfødte eller tidligt tillærte konstitution har gjort ham særligt tilbøjelig.

Denne fortælling former det selvbillede, som han handler ud fra. Og dermed hans 'motivation' – eller mangel på samme. Mange behandlere og andre velmenende folk omkring ham ser ham også sådan, selvom de pligtskyldigt prøver at være optimister på hans vegne.

At arbejde narrativt med i stedet at opbygge foretrukne fortællinger er ikke bare at påkludre et trøstende smil og sige "det går nok!" Det er et møjsommeligt opbyggende arbejde, der samtidig er et arbejde med at udvikle de fælleskaber, hvori sådanne fortællinger kan give mening. Det gælder i høj grad om at skabe et samarbejde med brugeren om det, og i det samarbejde at finde måder, hvorpå de opbyggelige fortællinger kan styrkes, ikke bare ved at de bliver dybere og mere detaljerede, men også ved at de anerkendes og får objektiv status.

Nogle af de narrative metoder, man kan bruge i en rådgivningssammenhæng, er beskrevet som '*narrativ terapi*' af bl.a. Holmgren (2008) White & Epston, (1990) og White (2007). Men det er ikke tilfældigt, at mens White & Epstons bog fra 1990 taler om "*therapeutic ends*", så handler White's bog fra 2007 om "*narrative practice*". Behandling rummer jo et sygdomsbegreb, og det er i høj grad de stigmatiserende og demotiverende effekter af sygdomsbegreber, som man vil overvinde. Som det også diskuteres i Anette Holmgrens bog, er der her netop tale om et brud med behandlingsstandarden, og det kommer i mange tilfælde også til udtryk i, at man foretager sig andre ting end at sidde i et rum og tale om sine problemer og sine følelser. I U-turn har man fx lavet musikvideoer og publiceret dem på internettet (se fx pr. januar 2014 http://www.uturn.dk/fortael_unge_kunnelivet.html, samt Nissen 2010a&b; 2012; 2014).

Feltkode ændret

Den form for faglighed, som man bruger i det narrative praksis, har en anden karakter end den standardiserede viden om, hvilke procedurer der passer til hvilke diagnoser. Fagligheden udfolder sig ikke primært *i*, men mest *omkring* og *med* standarderne. Det er en refleksiv faglighed, der består i at zoome ud og overveje hvordan standarder, situationer og subjekter forholder sig til hinanden. I disse overvejelser indgår man med andre ord i dialoger om standpunkter, hvis moralske og ideologiske aspekter træder frem. Dertil bruger man indsigter fra teoretisk filosofi, antropologi, sprogvidenskab, psykologi m.v. Men også skønlitterære og endda religiøse traditioner kan bidrage her.

Det betyder ikke, at standarder er fraværende. Tværtimod opererer man med flere forskellige slags standarder og på forskellige niveauer.

Efterhånden som psykosocialt arbejde mere og mere styres gennem standardisering, så bliver det også mere og mere vigtigt at kunne håndtere standarder, mingelere dem, navigere imellem dem, skabe nye og mere relevante standarder osv. Det er sådan set også denne tendens der kommer til udtryk i 'evidens light'. Men i den narrative faglighed bliver disse 'meta-standarder' sat til åben diskussion, og er ikke længere blot noget, man hvisker om i kulisserne.

En særlig form for standarder, som man arbejder med at skabe og kultivere narrativt, er menneskers *standarder for eget liv*. At handle ud fra et selvbillede er at sætte og bruge en standard for sig selv. Foucault foreslår i *Seksualitetens Historie II* (1985, s. 25 ff.) en tilgang til analyse af selvteknologier eller standarder for livsførelse. Han kalder det også 'etik', som for ham handler mest om de forskel-

lige former, hvori mennesker prøver at danne sig selv. Her introducerer han en anden version af de ovenfor nævnte grundaspekter ved standarder: objekt, mål, midler, aktør: 1) *Substans* (objekt) – hvad er det ved selv, man arbejder med (psyken, sjælen, tankerne, kroppen)? 2) *Telos* (mål) – hvad stiler man mod? (fromhed, sundhed osv.) 3) *Techné* (midler) – hvordan gør man det? og 4) *Underkastelsesform* (aktør): Hvordan underkaster man sig standarden og definerer sig som den, der udfører (selv-)arbejdet?

Vi kan levende forestille os, hvordan behandlingsstandarder implicerer bestemte 'selvteknologier', som Anders i *Oslo, 31. August* slet ikke er tiltrukket af: at definere sig som klient og tale åbent med en gruppe fremmede om sine umodne og forstyrrede følelser, blot for at blive normal.

En narrativ praksis ville begynde i den problematisering af behandlingens standarder for livsførelse, som filmen viser, at Anders er i gang med. Derfra ville det så handle om at fremstille hans egne standarder. I denne proces kan man lade sig inspirere af mange mulige selvstandarder; men man må være orienteret mod noget andet, nemlig den helt unikke sammensætning, som er relevant for lige præcis Anders. Her kan vi se, at den narrative tradition ikke kun rummer Foucault's opmærksomhed på diskurser, men også mere. Begrebet om fortælling handler netop om dette unikke, til forskel fra Foucaults begreb om selvteknologier.

Selvom vi sagtens kan få øje på klichéer og udbredte eller kulturelt 'kanoniske' træk ved sådanne fortællinger (også kaldet 'standard fortællinger', jf. Illouz, 2003; 2008), så er det også denne fremstilling af unikke begivenheds- og handlingsforløb, der gør det nærliggende at bruge kunstneriske udtryksformer. I den narrative praksis bruger man ofte digte, og i U-turn eksperimenterer man med 'æstetisk dokumentation' i form af musik, film m.v. (Nielsen & Kofod, 2013).

I *Oslo, 31. August* ser vi kun den unikke fortælling om Anders som en tragedie. Den anden mulige fortælling, om en form for liv, som han kunne være stolt af, må vi gætte os til, bl.a. fordi ingen ser ud til at ville hjælpe ham med at bygge den op.

Det, som filmen viser så smerteligt tydeligt, er at en sådan 'foretrukken fortælling' absolut ikke kunne være nogen dans på roser, men måtte være et drama. Det håb, den skulle fremstille som omdrejningspunkt, kan vi med Cheryl Mattingly (2010) kalde *blues hope*. Begrebet er hentet fra borgerrettighedsbevægelsen i USA, og det handler om den slags håb, hvis dialektiske bagside, fortvivlelsen, ikke er gemt væk, men er mærkbart tilstede. Det er det, fordi det ikke formuleres indenfor den givne situation med dens givne rammer og common sense, men tværtimod fordrer radikale forandringer af personer, institutioner og fællesskaber. Og fordi håbet selv dermed hele tiden må være prekært og til diskussion. Det er endnu en grund til at bruge 'æstetiske' fremstillingsformer, hvis kunstneriske kvalitet netop i høj grad hviler på, at de kan udtrykke spændingsforhold og paradokser.

Pædagogiske standarder

Når vi i vores praksisforskning artikulerer det arbejde med brugernes standarder for eget liv, som ligger i U-turn modellen, så beskriver vi det ofte som et *pædagogisk* arbejde, snarere end et terapeutisk. Selvom mange brugere kommer og regner med, at de skal behandles for deres stofmisbrug, så går modellen ud på at omdefinere det til et arbejde med at kultivere og realisere deres håb.

Begge slags praksis handler om at forandre mennesker. Men karakteristisk for den pædagogiske standard er som nævnt, at målet er sat *positivt* på begreb. Det er ikke, som i behandling, kun defineret negativt, som et fravær, ophør, eller lindring af noget dårligt (en sygdom, et problem osv.). I vores første eksempel får eleven sygeplejersken til at reflektere over, og beskrive, standarder for god sygepleje, ligesom en matematiklærer selvfølgelig har den korrekte matematik for øje, når hun underviser. Pædagogik er fyldt med diskussioner om dannelsesidealer, kompetencemål, kvalifikati-

onsprofiler m.v., mens begreber om 'raskhed' fylder meget lidt i behandlingsfaglighed (se herom Nissen, 2006).

Det psykosociale arbejde er ofte rammesat negativt, ud fra problemer, og de pædagogiske målsætninger derfor ret uudviklede. *Oslo 31. August* rammer meget godt den problematik i sin beskrivelse af Anders, som antages at være behandlet for sin narkomani, og nu skal ud i tilværelsen og have et job. Arbejde er jo en del af en normal tilværelse, og han må prøve om han kan få et job, der svarer til hans kompetencer. Så han går til samtale på et litterært magasin, fordi han tidligere har været inde i den branche. Den plan virker ligetil; men det bliver tydeligt, at den slet ikke tager højde for dramaet i hans liv. Han skammer sig over sine spildte år, og han udviser alligevel stadig den samme arrogance, som da han forlod litteraturen for år tilbage. Det går først rigtigt op for ham i jobsamtalen, at han ikke selv tror på det. Der er åbenbart ikke arbejdet pædagogisk med hans drømme og håb. Der bliver spurgt lidt ind til hans følelser i gruppeterapien, men ikke arbejdet konstruktivt med de meningssammenhænge, som de forholder sig til. Han er blevet lokket ind i en standardfortælling, som hverken er tiltrækkende eller overbevisende, og som derfor ender med at bekræfte den tragiske fortælling om narkomanen.

Filmen beskriver på den måde en problematik, som igennem mange år er vokset i betydning indenfor næsten alle slags pædagogisk praksis. Den handler om, at den almene og subjektive dannelse bliver stadig vigtigere. Målet for pædagogikken er ikke kun og ikke først og fremmest at hjælpe mennesker til at kunne udføre bestemte veldefinerede opgaver i samfundets maskineri – netop det, vi ser Anders udtrykke sin foragt for. Derimod gælder det om at udvikle mennesker, der selv kan vurdere situationer, vælge mellem forskellige slags kompetencer, og ikke mindst selv tage ansvar for deres arbejde og deres livsførelse.

Denne almene pædagogik har naturligvis også en lang tradition, i hvert fald tilbage til Rousseau, Hegel, Humboldt m.fl. i oplysningstiden. I det psykosociale arbejde er *socialpædagogik* et traditionelt begreb for en almen pædagogik, en opdragelse orienteret mod positivt definerede udviklingsmålsætninger – mod dannelse – hvor de brede og subjektive kompetencer står i centrum. Tidligere omtalte man mest sådanne kompetencer med begreber som lydighed, gudstro, kyskhed m.v.; den tilstræbte selvansvarlighed kom diskursivt til udtryk som underkastelse under normer, som opdragerne tog for givet. Senere – til og med den rudimentære socialpædagogik, som vi ser i *Oslo, 31. August* – har man fokuseret på 'resocialisering': Stadig sigtet mod tilpasning, men mere opfattet som objektive sociale forhold, som det gjaldt om at hjælpe klienterne med at håndtere subjektivt, gennem psykologisk selvindsigt. I de senere år er denne psykologiske orientering også forbundet med et ideal om udvikling af standarder for eget liv, som ikke bare er en abstrakt demokratisk orientering, men mere og mere kan siges at være et kompetencekrav i det senmoderne samfund (se fx Giddens, 1991). Det er da heller ikke kun den narrative praksis, som rummer ambitionen om kultivering af drømme, håb og motiver – en anden stor pædagogisk tradition med den opmærksomhed er virksomhedsteorien eller den kulturhistoriske psykologi (se fx Minken, 2002).

Samtidig forbindes det, som vi så i den narrative praksis, med en problematisering af de professionelle egne standarder. Dermed åbnes for et problemfelt, som er klassisk i almen pædagogik og socialpædagogik: Hvilken pædagogik kan overhovedet udfoldes, hvis opdragerne ikke længere bestemmer retningen? Eller formuleret på en anden måde: Hvis der ikke kan siges noget alment om de dannelsesmål, som man arbejder for – ud over, at de bestemmes af brugerne selv – hvordan kan man så artikulere en pædagogisk standard?

I min artikulering er den subjektive orientering i den narrative praksis og i U-turn-modellen da heller ikke simpelthen en liberal værdirelativisme, som vi mødte ovenfor som en stærk tendens i skadesreduktionen. Når de professionelle er med til at kultivere fortællinger som standarder for eget

liv, så rummer de faktisk også almene dannelsesidealer, der går ud over den blotte og bare selvbestemmelse. Disse idealer kommer til udtryk i samarbejdet om de foretrukne fortællinger på mange måder, fx gennem æstetiske vurderinger: Den gode fortælling (som digt eller som musikvideo) er god fordi den er righoldig, og fordi de håb, den udtrykker, rummer spændinger og dybder – altså *blues hope* snarere end tilfældige ønsker. Den er kulturelt genkendelig, ikke som en flad gentagelse af en kliché, men som en udfordrende nyskabelse.

Ved nærmere eftersyn er opgøret med de professionelle egne standarder heller ikke simpelthen en kulturel frisætning eller opløsning. Der er snarere tale om, at de professionelle er engagerede i et radikalt reformarbejde, og rekrutterer de unge med i den proces. Denne kobling mellem almen pædagogik og politisk-kulturel reform er også klassisk. Mange er blevet inspireret af Paulo Freire (1996), for hvem 'bevidstgørelse' både var politisk og personlig dannelse og alfabetisering – og som ofte udnævnes til begrebslig stamfader for 'empowerment'. Vi kunne også pege på Grundtvig, Pestalozzi, Makarenko og mange andre.

For di de unge på én gang er genstand, mål og selvansvarlige deltagere, er de ikke kun hvervet som umælende får eller kanonføde i en professionel strid. Tværtimod får deres subjektive stemme faktisk en objektiv anerkendelse og betydning derigennem. De bliver (med et analysebegreb lånt hos filosofen Isabelle Stengers, 1999) afgørende 'vidner' til den pædagogiske standard, som de professionelle søger anerkendelse for (se herom også bl.a. Houborg, 2003). De dokumenterer pædagogikkens succes ved at tage den til sig og ved at fremstille sig selv i den.

Denne proces var central i en kritisk ungdomspædagogik, som jeg udforskede i 1990'erne i København (Nissen, 2012a; 2000). I gadebørnsprojektet *Sjakkets* kunne jeg og mange andre interviewe unge, som efter meget kort tid som deltagere talte i Sjakkets sprog om, hvad 'unge' havde behov for, og hvordan de etablerede institutioner svigtede disse behov. Indenfor det område, der i 1990'ernes København blev udpeget med begrebet 'gadebørn' (selvom mange af disse unge også ville kunne kaldes 'narkomaner'), var en variant af skadesreduktion også på banen: Det gjaldt om at bygge bro til de unge, som ellers fravalgte institutionerne. Derfor var selve det at etablere kontakt et succeskriterium. Så næsten uanset hvad den unge sagde – blot det, at hun lod sig interviewe, var en bevidning af Sjakkets succes.

Man kunne være skeptisk overfor, hvor dybt det stak, men man måtte anerkende, at den nok så overfladiske tilslutning i det mindste kunne være et første skridt i et samarbejde. Et første skridt, som det faldt de unge meget vanskeligt at tage i andre institutioner.

Brugerdrevne standarder III: Overgivelse, recovery og anerkendelse

I min analyse af den kritiske pædagogiske praksis brugte jeg mottoet "*fake it 'til you make it*" som metafor for denne logik. Det kommer fra 12-trinsfællesskaberne, bl.a. Narcotics Anonymous (NA), som vi også undersøger i forskningsprojektet om Brugerdrevne Standarder (Keis, 2014; Nielsen, 2014). Pointen er, at man ikke afkræves nogen inderlig og dybtfølt tro. Man tilbydes blot at deltage i de fælles aktiviteter og ritualer, så kan det andet måske komme hen ad vejen. Der er et stort og meget vigtigt overlappingsfelt mellem det autentiske og det påtagede, og derfor kan man sagtens lære gennem deltagelse, også i praksis' er hvor man er med til at fremstille sig selv.

Med mottoer som dette har NA og andre 12-trins-fællesskaber omformet standarder, som stammer fra den religiøse tradition (Oxford-bevægelsen), til en moderne, mere pragmatisk og individualistisk 'new age' trospraksis. Tusinder af mennesker, som aldrig kunne drømme om at gå i kirke (hhv. moske, synagoge osv.), beder 'sindsro-bønner' og dyrker en "Højere Magt" som kollektivt organiseret selvteknologi. Fællesskaberne har samtidig formået ikke bare at smelte ind i nutidens diagnostiske kultur med den største og bredest anerkendte selvhjælpstradition i verden, men også at påvirke me-

get store dele af den professionelle behandling og socialpædagogik for stofbrugere. Hvis man vil have indblik i, eller være med til at udvikle, 'brugerdrevne standarder' på dette område, så er de ikke til at komme udenom.

I denne sidste del af kapitlet vil jeg tage standarder og standpunkter i og omkring 12-trins-fællesskaberne op til diskussion. Det gør jeg fordi de i en vis forstand repræsenterer den mest radikale udgave af brugerdrevne standarder. Dermed rejser de også nogle vigtige grundspørgsmål om, hvordan vi tænker og håndterer standarder i et velfærdsstatsligt psykosocialt arbejde.

Der er en bestemt pointe i at fremhæve standarder og pragmatik i tilgangen til NA. 12-trinsfællesskaberne er nemlig ellers, sådan som de ofte fremstilles – ikke mindst som de fremstiller sig selv – en verden af *absolutter* (Sedgwick, 1993). Det afgørende 1. trin består i at erkende, at man fuldstændigt har mistet kontrollen over stofferne og dermed sit liv. Sygdommen afhængighed er livsvarig og gør, at man er absolut ude af stand til at styre nogen som helst rusmidler. Om man erkender dette, og derfor totalt underkaster sig fællesskabets handle- og tænke måder, er 100% éns eget ansvar. Det er ikke en metode, hvor nogle elementer virker mere eller mindre, men simpelthen en pakke, man vælger til eller fra. Således mottoet: "It works if you work it – It won't if you don't". At være 'clean addict' er en livsvarig og altomfattende identitet, fordi alternativet er "fængsler, institutioner og død". Også mange beskrivelser 'udefra' rummer denne tendens til det sort/hvide. Typisk bliver det enten hyldet som et autentisk folkeligt fællesskab og det eneste, der rigtigt virker, eller også bliver det beskrevet som det rene hjernevask, påduttet af andre hjernevaskede eller af illegitime repræsentanter for statsmagten. Det er ikke svært at forestille sig den nihilistiske og intellektuelle Anders fra *Oslo, 31. August* vrænge af NA's amerikanske frelsthed og hang til store ord.

Når Mariana Valverde (1998; Valverde & White-Mair, 1999) lægger vægt på de mange små mottoer og praksis'er, som medlemmerne bruger til at håndtere en hverdag og udvikle en livsførelse, så er det et forsøg på at styre udenom eller imellem disse absolutter. Ligesom medlemmerne selvfølgelig også gør, og *må* gøre. Der er måske også en vej her til Anders' standarder for eget liv, alligevel, hvis man lægger vægt på mottoer som '*fake it 'til you make it*' og '*one day at a time*', og på, at han selv skal definere hvad han synes er den Højere Magt, samt at han jo kun skal deltage hvis det virker for ham.

For samtidig modsvarer det jo tidens pragmatiske ideologi og dens vægt på civilsamfundets og markedets tænke måder og relationer. Borgerens fuldstændigt frie tilvalg af en samlet pakke, '*take it or leave it*', er jo styrende i de fleste *kommercielle* relationer – tænk bare på hvor absolut, man fx må underkaste sig Apple's standarder hvis man vil bruge en iPhone – samtidig med, at det er noget, som borgeren / kunden antages at have et ganske profant, rationelt og pragmatisk forhold til.

I 12-trins-fællesskabernes selvforståelse, og i de fleste analyser af dem, er det centralt, at de er selvbestaltede og selvberørende. På den måde afspejler de ikke blot civilsamfundets frivillige foreninger, men også ønsket om at trække dets ressourcer ind i løsningen af velfærdsstatens problemer. Dermed passer de ind i den aktuelle interesse for 'recovery', som har bredt sig fra psykiatrien og ind på rusmiddelområdet, og som nogle nu allerede udråber som det nye paradigme, der skal *afløse* skadesreduktionen (White, 2009). Sygdomme, der blev set som uhelbredelige af de professionelle, kan forvandles til livskriser, som de berørte selv kan håndtere, hvis de blot kan hjælpe hinanden med at finde deres helt egen vej til at komme sig. Man kan dokumentere, at mange stofbrugere kommer sig af deres afhængighed ganske uden hjælp fra det offentlige og dets professionelle. Måske var det gået bedre for Anders, hvis han var taget hjem til sin mor og hendes flygel noget før, og turdet bede sin ven om hjælp, i stedet for at gå i behandling. Eller hvis hans kæreste ikke var rejst til Amerika.

Det er altså en standard, som er brugerdreven på den særlige og radikale måde, at brugerne overhovedet ikke længere er brugere, fordi behandlere og pædagoger er skubbet helt ud af aktørpositionen.

Brugerne er ikke brugere, men deltagere i en praktisk udfoldelse af gensidig solidaritet. Når aktørsiden ændres så radikalt, omdefineres også de andre sider af standarden. Hos NA bliver sygdommen ”fysisk, psykisk og åndelig”, og en absolut præmis, der ikke kan behandles med nogen medicin. Deres version af ’recovery’ består i at leve med sygdommen, men uden stofferne, og samtidig at være på en stadig vej til åndelig frelse gennem offentlig selvransagelse og ved at invitere andre ind i fællesskabet og vedblive med at hjælpe dem.

Når vi alligevel betragter det som brugerdrevne standarder, så er det fordi vi overvejer det bidrag, som disse fællesskaber, med disse standarder, kan yde til løsning af et socialt problem, altså et problem for os alle. Her kan vi ikke stille os tilfreds med kun at befinde os indenfor den standard, som fællesskaberne selv opererer med. Men vi må acceptere, at når vi inddrager dem i dialogen, så udvides og omformes vores generelle standarder også. Det virker tilsyneladende for nogen, men samtidig former det, hvad det er, der virker, hvad det virker på, for hvem og for hvad – og altså i det hele taget, hvad det vil sige, at det virker. Når vi overhovedet diskuterer denne og andre former for recovery, så handler det altså om at finde mere almene måder at artikulere den, end den, der kun gælder for de indviede - samtidig med, at det må være måder, der anerkender dem for hvad de er og tager ved lære af dem. Med andre ord handler det om at udvirke en *kritisk artikulation* i den forstand, jeg beskrev det ovenfor [s. 4 xx](#).

Den pragmatiske måde at rekonstruere og situere recovery og 12-trins-fællesskaberne på er én af disse artikuleringer. Den er nyttig fordi den opløser nogle af de besværlige absolutter, og den indskriver dem i en mere generel tendens. Men den er også tidstypisk og ukritisk. På sin vis er der tale om den konsekvente videreførelse af den pragmatiske ’evidens light’. Der opføres stadig et skuespil, og skuespillerne har stadig glimt i øjet i kulissen. Men der er ikke længere noget publikum, som falder for illusionen og stadig tror naivt på autentiske genstande og dokumenterede effekter. Skuespillerne spiller kun for sig selv og hinanden. I dem lever barnetroen og den profane pragmatik fordrageligt sammen: Jeg tror fuldt og fast på sygdommen og de 12 trin ... fordi det virker for mig. Og vi kan ikke diskutere, om det egentlig virker for mig (og hvad ’det’ er osv.), for det er mit suveræne valg alene.

De kan imidlertid også artikuleres kritisk på en anden måde, som lægger vægt på, at idéen om afmagt og overgivelse, med sine ældgamle religiøse rødder, udgør et alternativ til tidens nyliberale autonomiideal. Denne artikulation ligger i forlængelse af Bateson’s (1972) klassiske læsning af AA som et korrektiv til den vestlige megalomane forestilling om autonom handling. Også Valverde har fat i dette aspekt, trods hendes optagethed af det pragmatiske:

For AA medlemmer er magtesløshed derfor ikke noget man kan give sine forældre skylden for og overvinde med hjælp fra eksperter og bøger; det er et blivende træk ved ens selv som ikke kan bortskaffes, men som kan håndteres med kollektivets altdækkende støtte. For så vidt undergraver AA indirekte den nyliberale diskurs om personlig entrepriser og konstant selvforbedring (...) AA går så vidt som til at udfordre den amerikanske individualisme ved at betragte overdrevne forestillinger om ens magt som en del af selve sygdommen alkoholisme (Valverde & White-Mair, 1999, s. 401)

Men da vi har peget på, at overgivelsen og pragmatikken lever fordrageligt sammen i 12 trins fællesskaberne, ganske ligesom i kommercielle relationer, må vi kvalificere dette begreb om afmagt. Vi kan kun bruge det i en kritisk artikulation hvis det ikke begrænses af de rammer, der sættes med de kommercielle absolutter. I vareforholdet indgår det frie valg og underkastelsen i en paradoksal cirkelbevægelse, hvor de hele tiden bekræfter hinanden, selvom de tilsyneladende er modsætninger. Hvis vi vil ud af den svikmølle, må vi overskride det, som Marx i sin tid kaldte ’civilsamfundets’ eller ’det borgerlige samfunds’ standpunkt (Jensen, 1999; Marx, 2013). Det standpunkt er netop formet af denne præmis, klassisk udtrykt ved Hobbes’ forestilling om samfundet som en social kontrakt. I den sociale kontrakt er medlemmerne frie mænd, der vælger at overgive sig til suverænen

for at undgå alles krig mod alle, og både frihed og overgivelse sætter til stadighed præmissen (se også Esposito, 2010).

Det er faktisk også – endda i bogstavelig forstand – nærliggende at overskride civilsamfundets standpunkt: Denne bog skrives, og vil for det meste også blive læst, som led i en *velfærdsstatslig* praksis, der sigter mod formulering og løsning af sociale problemer. Velfærdsstaten er en statsform, der i større eller mindre grad er responsiv, dvs. den formes, udvikles og ekspanderer igennem dialoger med aktører i civilsamfundet, i høj grad omkring sociale problemer. Den er også demokratisk, præget af sammenstød og kompromis' er mellem forskellige ideologiske standpunkter. Men den er stadig en statsform. De standarder, som anlægges i en statslig praksis, kan ikke reduceres til alle de forskellige aktørers og brugeres standarder. Det er alment og samtidig udtryk for suveræniteten, altså magtudøvelse (se herom bl.a. Hulgård, 1997; Højrup, 2003). Magt udøves mange steder upåfaldende, gennem kanalisering af ressourcer og gennem krav til deltagelse i forskellige sammenhænge. Andre steder bliver det mere synligt og åbenlyst. Men i alle tilfælde er det et grundtræk ved enhver stat.

Det stiller nogle bestemte og skærpede etiske fordringer, og giver samtidig en ramme for at artikulere og diskutere dem.

Det er for så vidt banalt, men det er også vigtigt at fremhæve, fordi det ofte er noget, man abstraherer fra i psykosocialt arbejde. For eksempel bliver det i diskussioner om rusmidler ofte overset, hvilken type af døgninstitutioner, der rummer flest stofmisbrugere, ikke bare på verdensplan, men endda også i skandinaviske lande: nemlig *fængslerne*. Magtudøvelse er i det hele taget et afgørende træk ved indsatserne, også i institutioner, hvor man helst ser bort fra det. Og har jeg ovenfor kaldt den pædagogiske dimension ved indsatser for rusmiddelbrugere uudviklet, så bliver det indtryk kraftigt forstærket, hvis man inddrager magtudøvelsen i synsfeltet, såvel i fængsler som i andre institutioner. Moderne 'subjektorienteret' og almen pædagogik kommer tilsyneladende først på banen, når man har lukket øjnene for magtudøvelse (se også Cohen, 1994).

Den samme tendens til at skille de ting ad så vi jo i skadesreduktionsbevægelsen, hvor præmissen typisk er, at de fleste problemer kommer af en irrationel kontrolpolitik, og hvor den mere implicite utopi er det liberale ideal om, at brugernes umiddelbare standarder skal være styrende.

Dette er også en indflydelsesrig måde at forstå statens forhold til 12-trins-fællesskaberne. Bl.a. Stanton Peele m.fl. (2000) har rettet kraftig kritik imod den måde, hvorpå 12-trins-fællesskaberne i USA, trods deres egne principper, er blevet integreret i statsmagten, fx ved at man kan blive idømt betinget dom med vilkår om at deltage. E.S. Carr (2011) og andre har vist hvordan fællesskabernes idéer bruges i en illegitim institutionel magtudøvelse, indpakket i psykologiske behandlingsstandarder. I de senere år har der i Danmark lydt stadig mere kritik af, at de religiøst baserede 12-trins-programmer fylder mere og mere i landskabet af stoffri behandlingsinstitutioner finansieret af skatteborgerne (se fx Plesner & Jourdan, 2013). Disse kritikere svarer for så vidt til 12-trins-fællesskabernes egne idealer om frivillig deltagelse, som også genfindes i de analyser, der understreger den afgrundsdybe forskel mellem de selvbestaltede fællesskaber og den professionelle 'Minnesota' behandling (Mäkela m.fl., 1996). Men spørgsmålet er, om modsigelsen håndteres bedst ved således at rendyrke dens liberale side.

Alternativet – som her skal anbefales – er at tage magtspørgsmålet mere omfattende op, og at acceptere det som et uomgængeligt aspekt, ikke bare ved fortidens udemokratiske og paternalistiske behandling og opdragelse, men også ved den *anerkendelse* af recovery, som 12-trins-fællesskabernes succes er et udtryk for.

Dette er ikke stedet for en omfattende diskussion af, hvad anerkendelse vil sige. Men i nogle af de aktuelle tilgange, som bl.a. er udviklet ud fra Hegels klassiske anerkendelses-dialektik, rummer anerkendelse faktisk magt, og endda et moment af underkastelse, også selvom det i sidste ende implicerer en form for empowerment (Musaeus, 2006; Taylor, 1995; Williams, 1997). Der udøves magt i alle slags arbejde med mennesker, fra vuggestuer til plejehjem. Det er ikke bare et nødvendigt onde, men et grundforhold. Det er derfor, dette arbejde i en velfærdsstatslig sammenhæng hele tiden må stilles til regnskab, etisk og demokratisk. Her bliver overgivelsens moment ikke indhyllet i det frie valgs mystifikation og ansvarsunddragelse, men forbliver åbent for artikulering af standarder og standpunkter.

Hvis brugerdrevne standarder skal udvikles fra det overfladiske brugerforhold til et deltagelsesforhold i dybere forstand – fra *faking it* til *making it* – så må de også handle om de svære og konfliktfyldte forhold, hvor *blues hope* artikuleres for brugerne og for deres hjælpere på én gang.

De tunge eksistentielle spørgsmål og dramaer, som behandlerne tilsyneladende slet ikke havde øje for i *Oslo, 31. August*, men som filmen netop berørte os med fordi de angår os alle, kan ikke i længden undviges i det psyko-sociale arbejde. Vi kan lære af 12-trins-fællesskaberne, at livet kræver både svære valg, stærk vilje, ydmyghed og overgivelse – og ikke bare en praktisk hverdag og små belejlige standarder. Men vi må også erkende, at denne eksistentielle dybde sprænger rammerne for frivillige pakkelsesninger, der ”virker” – for nogle – ”så længe man udfører dem”.

Mennesker som filmens Anders er helt uundværlige deltagere og beslutningstagere i et psykosocialt, pædagogisk arbejde, som må handle om at hjælpe dem med at bygge levedygtige standarder for eget liv. I disse processer kan foreninger og traditioner for recovery være meget vigtige ressourcer. Den solidaritet, som kommer til udtryk i 12-trins-fællesskabernes gensidige hjælp, må anerkendes som en vigtig del af løsningen af sociale problemer som disse, og de fællesskabsformer, de organiseres i, må anerkendes som kollektive samarbejdspartnere.

Men deres eget ansvar og gensidige solidaritet gør ikke det fælles ansvar mindre, som kommer til udtryk i velfærdsstaten. Det står stadig tilbage som etisk og politisk fordring, uanset om Anders og andre stofbrugere vælger eller fravælger deltagelse i fællesskaber som NA.

Litteratur

- Bateson, G. (1972). *The Cybernetics of Self: A Theory of Alcoholism*. In G. Bateson (Ed.), *Steps to an Ecology of Mind* (pp. 309-337). New York: Ballantine Books.
- Baudrillard, J. (1994). *Simulacra and Simulation*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Bernstein, R. J. (1971). *Praxis and Action. Contemporary Philosophies of Human Activity*. Philadelphia.
- Bjerg, O. (2009). *For tæt på kapitalismen. Ludomani, narkomani, købemani*. København: Museum Tusulanums Forlag.
- Bowker, G. & Star, S. L. (1999). *Sorting Things Out. Classification and its Consequences*. Cambridge, Mass./London: MIT Press.
- Carr, E. S. (2011). *Scripting Addiction. The Politics of Therapeutic Talk and American Sobriety*. Princeton, N.J., USA: Princeton University Press.
- Cohen, S. (1994). *Den social kontrols nye former. Kriminalitet, straf og klassifikation*. København: Hans Reitzel.

- Dehue, T. (2002). A Dutch treat: randomized controlled experimentation and the case of heroin-maintenance in the Netherlands. *History of the Human Sciences*, 15, 75-98.
- Derrida, J. (2003). The Rhetoric of Drugs. In A. Alexander & M. S. Roberts (Eds.), *High Culture. Reflections on Addiction and Modernity* (pp. 19-43). Albany, NY, USA: State University of New York Press.
- Esposito, R. (2010). *Communitas. The Origin and Destiny of Community*. Stanford: Stanford University Press.
- Foucault, M. (1985). *The History of Sexuality II*. New York: Vintage Books.
- Freire, P. (1996). *Pedagogy of the Oppressed*. London: Penguin Books.
- Hanson, F. A. (1993). *Testing Testing: Social Consequences of the Examined Life*. Berkeley: University of California Press.
- Holmgren, A. (2008). *Terapifortællinger - Narrativ Terapi i Praksis*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Houborg, E. (2003). Producing the Voice of Socially Excluded People. In E.Houborg Pedersen & C. Tigerstedt (Eds.), *Regulating Drugs - between users, the police, and social workers* (pp. 33-52). Helsinki: Nordic Council for Alcohol- and Drugs Research.
- Houborg, E. (2004). Substitutionsbehandling som social teknologi. *GRUS*, 73, 66-88.
- Houborg, E. (2012). The political pharmacology of methadone and heroin in Danish drug policy. *Contemporary Drug Problems*, 39, 192.
- Hulgård, L. (1997). *Værdiforandring i velfærdsstaten. Et weberiansk perspektiv på sociale forsøgsprogrammer*. København: Forlaget Sociologi.
- Højrup, T. (2003). *Livsformer og velfærdsstat ved en korsvej? Introduktion til et kulturteoretisk og kulturhistorisk bidrag*. København: Museum Tusulanums Forlag.
- Illouz, E. (2003). *Oprah Winfrey and the Glamour of Misery. An Essay on Popular Culture*. New York: Columbia University Press.
- Illouz, E. (2008). *Saving the Modern Soul. Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*. Berkeley: University of California Press.
- Ilyenkov, E. V. (1977). *Dialectical Logic. Essays on its History and Theory*. Moscow: Progress Publishers.
- Jensen, U. J. (1983). *Sygdomsbegreber i praksis. Det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori*. København: Munksgaard.
- Jensen, U. J. (1987). *Practice and Progress: A Theory for the Modern Health Care System*. Oxford: Blackwell.
- Jensen, U. J. (1992). Humanistisk sundhedsforskning. Videnskabsteoretiske overvejelser. *Udkast*, 20, 113-131.
- Jensen, U. J. (1999). Categories in Activity Theory: Marx' Philosophy Just-in-time. In S.Chaiklin, M. Hedegaard, & U. J. Jensen (Eds.), *Activity Theory and Social Practice: Cultural-Historical Approaches* (pp. 79-99). Aarhus: Aarhus: University Press.
- Keane, H. (2011). *What's wrong with addiction?* Victoria, Aus.: Melbourne University Press.

- Keis, M.K.B. (2014). *Narcotics Anonymous. En undersøgelse af dannelse af standarder og subjektivitet i selvorganiseret selvhjælp omkring afhængighed*. Københavns Universitet: Prisopgave
- Makarenko, A. S. (1981). *Vejen til Livet*. København: Tidens Forlag.
- Marx, K. (2013). Teser om Feuerbach. Marx/Engels: Udvalgte Skrifter, Kbh.1973 [On-line]. Available: <http://www.marxists.org/dansk/marx/45-feuer.htm>
- Maté, G. (2009). *In The Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction*. Toronto, Vintage Canada / Random House.
- Mattingly, C. (2010). *The Paradox of Hope: Journeys Through a Clinical Borderland*. Berkeley / London: University of California Press.
- Minken, A. (2002). *Alvorlig moro. Idé og virksomhet ved motorsportstiltaket 2&4*. Oslo: Oslo Kommune, Rusmiddeletaten.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham and London: Duke University Press.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*. New York: Routledge.
- Mäkela, K., Arminen, I., Bloomfield, K., Eisenbach-Stangl, I., Bergmark, K. H., Kurube, N. et al. (1996). *Alcoholics Anonymous as a Mutual-Help Movement*. Madison, Wisconsin / London: University of Wisconsin Press.
- Musaeus, P. (2006). A Sociocultural Approach to Recognition and Learning. *Outlines - Critical Social Studies*, 8, 19-31.
- Mørck, L. L. & Nissen, M. (2005). Praksisforskning som deltagende kritik. Mellem mikrofonholderi og akademisk bedreviden. In G.Christensen & T. B. Jensen (Eds.), *Psykologiske og pædagogiske metoder. Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder i praksis* (pp. 123-153). København: Samfundslitteratur.
- Nielsen, A. N. (2014). *Subjektets dialoger. Forbindelser, gensidighed og overskridelse i Overeaters Anonymous*. Københavns Universitet: Prisopgave
- Nielsen, S. K. & Kofod, K. H. (2013). Æstetisk dokumentation af unges selv-fortællinger. *Stof*, 33-37.
- Nissen, M. (1992). Brugerperspektiver og praktiske, psykosociale sundhedsbegreber. *Nordisk Psykologi*, 44, 256-270.
- Nissen, M. (2000). *Projekt Gadebørn. Et forsøg med dialogisk, bevægelig og lokalkulturel socialpædagogik med de mest udsatte unge*. Frederikshavn: Dafolo.
- Nissen, M. (2002). Straf eller magt? En social kritik af ungdomssanktionen. *Nordiske Udkast*, 30, 36-58.
- Nissen, M. (2006). Pædagogisk psykologi - et bud på en positiv bestemmelse. In B.Elle, K. N. Nielsen, & M. Nissen (Eds.), *Pædagogisk psykologi - Positioner og Perspektiver* (pp. 61-81). København: Roskilde Universitetsforlag.
- Nissen, M. (2008). Objektivitet og subjektivitet i socialt arbejde. *Nordiske Udkast* 36:1/2, 16-56
- Nissen, M. (2009a). Objectification and Prototype. *Qualitative Research in Psychology*, 6, 67-87.

Formateret: Engelsk (USA)

Feltkode ændret

- Nissen, M. (2010a). Anerkendelse og prekær objektivitet: Facts og fortællinger om hashafhængighed. In K.Thorgård, M. Nissen, & U. J. Jensen (Eds.), *Viden, Virkning og Virke* (pp. 131-170). Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Nissen, M. (2010b). Det syge selv, fortællingen og overgivelsen. In S.Brinkmann (Ed.), *Det diagnosticerede liv - sygdom uden grænser* (pp. 226-253). Aarhus: Klim.
- Nissen, M. (2012a). *The Subjectivity of Participation. Articulating Social Work Practice with Youth in Copenhagen*. London: Palgrave MacMillan.
- Nissen, M. (2012b). Writing Drug Cultures. *Culture & Psychology*, 18, 198-218.
- Nissen, M. (2014). Could Life Be... Producing Subjectivity in Participation. In A.Blunden (Ed.), *Collaborative Projects*. (pp. 63-78). Leyden / Boston: Brill.
- Nygren, P. (1995). *Professionelt barnevern som barneomsorg*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- O'Malley, P. & Valverde, M. (2004). Pleasure, Freedom and Drugs: The Uses of 'Pleasure' in Liberal Governance of Drug and Alcohol Consumption. *Sociology*, 38, 25-42.
- Orbe, D. (2012). *Fra labyrinten. Om unge i behandling i U-Turn, Københavns Kommunes tilbud til unge, der har problemer med stoffer*. København: u-turn.
- Pedersen.M.U., Hesse, M., & Bloomfield, K. (2011). Abstinence-orientated residential rehabilitation of opioid users in Denmark: Do changes in national treatment policies affect treatment outcome? *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 582-589.
- Peele, S., Bufe, C., & Brodsky, A. (2000). *Resisting 12-Step Coercion*. Tucson, Arizona: See Sharp Press.
- Plesner, A. & Jourdan, M. (2013). De indviede, de uindviede og de frafaldne. *Stof*, 49-59.
- Poulsen, K. B. (2003). *Forandring og træghed i den sygeplejefaglige diskurs*. Institut for Pædagogik, Københavns Universitet: PhD-afhandling
- Rollnick, S. & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton, New Jersey, USA: Princeton University Press.
- Sedgwick, E. K. (1993). Epidemics of the Will. In M.A.Barale, J. Goldberg, M. Moon, & E. K. Sedgwick (Eds.), *Tendencies* (pp. 130-142). Durham: Duke University Press.
- Stengers, I. (1999). *For en demokratisering av vitenskapene (Sciences et Pouvoirs)*. Oslo: Spartacus Forlag
- Suchman, L. (1987). *Plans and Situated Actions: The Problem of Human-Machine Communication*. New York: Cambridge University Press.
- Taylor, C. (1995). The Politics of Recognition. In C.Taylor (Ed.), *Philosophical Arguments* (pp. 225-156). Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Thorgaard, K. (2010). Gyldne tider, gylden standard og demokratisering af medicinen. In K.Thorgaard, M. Nissen, & U. J. Jensen (Eds.), *Viden, Virkning og Virke. Forslag til forståelse i sundhedspraksis* (pp. 61-82). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Valverde, M. (1998). *Diseases of the Will. Alcohol and the Dilemmas of Freedom*. Cambridge: Cambridge University Press.

Formateret: Engelsk (USA)

Formateret: Dansk

- Valverde, M. & White-Mair, K. (1999). 'One Day at a Time' and other Slogans for Everyday Life: The Ethical Practices of Alcoholics Anonymous. *Sociology*, 33, 393-410.
- Vinum, C. & Nissen, M. (2006). Street Level Society. Social interventions into young people's drug taking in Copenhagen. *Critical Social Work*, 7:2. [online available 8-1-2014 at <http://www1.uwindsor.ca/criticalsocialwork/street-level-society-social-interventions-into-young-peoples-drug-taking-in-copenhagen>].
- White, W. (2009). The recovery paradigm and the future of medication-assisted treatment. Plenary Remarks: American Association for the Treatment of Opioid Dependence, Inc Conference in New York. [online available 8-1-2014 at <http://www.fead.org.uk/docs/2009MedicationRecovery.pdf>].
- White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. New York: W.W.Norton.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York/London: Norton & Co.
- Williams, R. R. (1997). *Hegel's Ethics of Recognition*. Berkeley / Los Angeles / London: University of California Press.

Feltkode ændret

Feltkode ændret