

Titelblad

Titel: Børns diagnoser – som essentialistiske eller socialt konstruerede?

Udarbejdet af: Maria Liltorp Iversen

Studienummer: 20092400

Vejleder: Gry Kjærdsdam Telleus

Aflevering: den 29. maj 2015

Uddannelsessted: Aalborg Universitet

Studieretning: Psykologi

Semester: 10. semester

Specialets samlede antal tegn med mellemrum: 121.590

Svarende til antal normalsider á 2400 tegn: 50,66

Abstract

This paper explores if children's diagnoses may be seen as essentialistic founded or socially constructed, and which consequences these different perceptions may result in for the children.

This subject is found interesting to examine, due to the fact that, the number of children, who is diagnosed with a psychiatric disorder, has increased strongly over the last decade. In particular, the focus is on the biological factors impact on the difficulties the children experience.

The literature emphasizes the psychiatric diagnosis as an opportunity, among other, to target treatment and types of pedagogical interventions. But also describes how the diagnosis can lead to pathologising and stigmatization of the child.

This means that, professionals who work with children, probably will have to face a dilemma, where they on one hand is seeking a diagnosis of the child, to be able to arrange the everyday life in a optimal way for the child, but on the other hand is worried if such a diagnosis could hinder the child's development.

To examine this topic, a theoretical angle based on an ontological as well as epistemological point of view on children's diagnoses, has been taken. For this occasion the children's diagnoses are described from the psychiatric diagnosis concept as defined by the classification systems (ICD-10 and DSM-5) as well as from social constructionist theories.

This leads to a discussion of the two approaches applicability to the understanding of children's diagnoses, and which consequences these different perceptions may result in for the children.

In view of the discussion, synthesis of the two perspectives is formed, by the way of a bio-contextual model that is meant as a tool for professionals who experience the mentioned dilemma of diagnosing children.

Eventually it's concluded, based on the current specialization, that children's diagnoses can be understood both essentialistic founded and socially constructed, for which both positive and negative consequences is seen, of the divergent approaches.

Indholdsfortegnelse

Abstract	2
Indholdsfortegnelse	3
Kapitel 1	4
Indledning	4
Problemformulering	5
Afgrænsning	5
Specialets opbygning	6
Kapitel 2	8
Børns diagnoser som essentialistisk funderede	8
Kapitel 3	27
Børns diagnoser som socialt konstruerede	27
Kapitel 4	42
Diskussion af de valgte teories anvendelighed	42
Diskussion af konsekvenser ved de divergerende forståelser	50
Syntese	58
Den bio-kontekstuelle model	58
Kapitel 5	61
Konklusion	61

Kapitel 1

Indledning

Antallet af børn og unge der får stillet en psykiatrisk diagnose er det sidste årti steget kraftigt. Særligt er der et fokus på de individuelle, herunder biologiske, faktoreres betydning for blandt andet sociale og psykiske vanskeligheder, adfærdsforstyrrelser samt indlæringsproblemer (Kristensen, 2012).

Der er delte meninger om, hvad denne stigende diagnosticering i grunden kommer af, og der peges på kulturelle, diskursive såvel som samfundsmæssige aspekter der har bidraget til en øget diagnosticering af børn og unge (Brinkmann, 2010; Nielsen & Jørgensen, 2010).

Der kan være mange gode grunde til at børn udredes og diagnosticeres. Helt grundlæggende kan der nævnes et ønsket om at yde en indsats for børn hvis udvikling og velbefindende er truet. Diagnosen kan ligeledes åbne op for en begrebslighed der fører til nye forståelse af barnet og som hermed kan målrette den behandlingsmæssige og/eller pædagogiske indsats (Ørnberg, 2012). Dertil kan diagnosen give adgang til særlige støtte- og velfærdsydelse (Kristensen, 2012).

Omvendt kan denne begrebslighed, som en diagnosticering fører med sig, ligeledes medføre en frygt for stigmatisering og patologisering af barnet (Hertz, 2008; Jensen). Professionelle der arbejder med børn, eksempelvis pædagoger og lærer, vil sandsynligvis mange gange komme til at stå i et dilemma, hvor de på den ene side er bekymrede for hvad der kan være på spil i forhold til barnet der opfører sig ”anderledes” og derfor efterspørger en diagnosticering af barnet, for på den måde at kunne arrangere dets hverdag så optimalt som muligt, og på den anden side være bange for, om denne nye begrebslighed, som diagnosen fører med sig, kan begrænse barnets udviklingsmuligheder.

På baggrund af ovennævnte anser jeg det som relevant at undersøge nærmere, hvorledes man i grunden kan forstå diagnosebegrebet. Om børns diagnoser kan forstås som essentialistisk funderede *i* barnet, eller om de nærmere kan forstås som

socialt konstruerede *mellem* mennesker samt hvilke konsekvenser disse to forskellige forståelser i grunden kan have for barnet.

Hermed er der udarbejdet følgende problemformulering:

Problemformulering

Kan børns diagnoser forstås som essentialistisk funderede eller socialt konstruerede? Og hvilke konsekvenser kan der for børnene være ved de divergerende forståelser?

Afgrænsning

Fokus for dette speciale er belyse teoretiske elementer, der kan medvirke til at opnå indsigt i børns diagnoser.

I en afgrænsning af emnet synes det vigtigt at fremhæve, at der ved betegnelsen ”barn/børn” i dette speciale refereres til børn i alderen mellem 0-12 år.

I indeværende speciale tages der afsæt i de neuropsykologiske børnediagnoser Autismespektrumforstyrrelser og Hyperkinetisk forstyrrelse/Autisme og ADHD. Begge betegnelser vil blive anvendt i specialet. Disse er fundet relevante at fokusere på, da de udgør nogle af de mest velkendte og hyppigste diagnoser inden for børne- og ungdomspsykiatrien (Fisker, 2012).

Emnet er komplekst, og på grund af overskueligheden har jeg valgt at afgrænse specialets indhold ved at fokusere på specifikke emner som tager afsæt i den nysgerrighed der omtales i indledningen, nemlig hvorvidt børns diagnoser kan forstås som essentialistisk funderede eller socialt konstruerede, herunder en ontologisk versus epistemologisk forståelse. Afgrænsningen betyder, at der er nogle psykologiske og biologiske aspekter og perspektiver der ikke vil blive berørt dybdegående, men blot omtalt overfladisk.

I forhold til det essentialistiske perspektiv på diagnosen tages der afsæt i det psykiatriske diagnosebegreb, som beskrevet ved (ICD-10 og DSM-5), da dette jo netop udgør diagnosens ophav. I denne anledning vil der særligt tages udgangspunkt

i ICD-10, da det udgør det klassifikationssystem der anvendes i Danmark. Det socialkonstruktionistiske perspektiv vil derimod tage afsæt i socialkonstruktionistiske teoretiseringer.

Specialets opbygning

Med henblik på at kunne undersøge og belyse problemformuleringen for nærværende speciale, vil der i dette afsnit være en oversigt over den valgte opbygning og fremgangsmåde.

I dette kapitel, som er *kapitel 1*, vil de foregående overvejelser omkring specialet såvel som specialets problemstilling blevet introduceret.

I *kapitel 2* vil der følge en teoretisk redegørelse for den psykiatriske diagnose. Dette vil blive gjort med afsæt i de aktuelle klassifikationssystemer ICD-10 og DSM-5.

Kapitlet indledes med et afsnit om den psykiatriske diagnoses videnskabsteori. Efterfølgende vil der følge:

- Et historisk overblik over dansk psykiatri
- Et oprids af hovedtræk i de aktuelle klassifikationssystemer
- En indføring i Autismespektrumforstyrrelserne
- En indføring i Hyperkinetisk forstyrrelse

I *kapitel 3* vil der komme en teoretisk redegørelse for diagnosen når den forstås som en social konstruktion. Dette vil blive gjort med udgangspunkt i socialkonstruktionistisk teoretisering. Der vil ligeledes indledningstvist i dette kapitel være et videnskabsteoretisk afsnit. Derefter vil der være en redegørelse for:

- Kenneth Gergens socialkonstruktionisme
- Michel Foucaults poststrukturalistisme
- Michael Whites narrative teori
- Gregory Batesons systemiske teori

I *kapitel 4* vil de beskrevne teories anvendelighed til besvarelsen af problemformuleringen blive diskuteret. Dette med henblik på at danne syntese på baggrund af de valgte teoretiske perspektiver. Denne integration af de teoretiske perspektiver munder i dette afsnit ud i en bio-kontekstuel model der kan bidrage til forståelsen af børns diagnoser. Fremgangsmåden vil være følgende:

- Diskussion af teoriernes anvendelighed
- Diskussion konsekvenser ved de divergerende tilgange
- Syntese, og herunder beskrivelse og illustration af bio-kontekstuel model

I *kapitel 5* vil der afsluttende være en konklusion på specialets fund.

Kapitel 2

Børns diagnoser som essentialistisk funderede

I den følgende redegørelse vil forståelsen af børns diagnoser som essentialistisk funderede blive belyst. Dette vil gøres med afsæt i den psykiatriske diagnose. Der vil i denne henseende være et videnskabsteoretisk afsnit såvel som et historisk indblik i dansk psykiatri. Herefter vil hovedtrækkene i de aktuelle klassifikationssystemer blive skitseret. Dette med særlig vægt på ICD-10. Afsluttende vil de neuropsykologiske børndiagnoser: Autismespektrumforstyrrelserne og Hyperkinetisk forstyrrelse blive beskrevet.

Den psykiatriske diagnoses videnskabsteori

Indledningstvist vil der i dette afsnit være en redegørelse for hvorledes diagnosebegrebet placerer sig videnskabsteoretisk. Dette med afsæt i den psykiatriske forståelse af diagnosebegrebet. Dette findes relevant, da netop et afsæt i diagnosens videnskabsteori bidrager væsentligt til forståelsen af diagnosens ophav og hermed børns diagnoser som essentialistisk funderede.

Psykiatri, og herunder den psykiatriske diagnose, tilhører først og fremmest det lægevidenskabelige speciale og hviler derfor på et positivistisk og naturvidenskabeligt fundament (Rosenbaum, 2006). Med dette udgangspunkt har psykiatri som videnskabelig disciplin et ontologisk genstandsfelt (Hovmand, 2006). Hermed beskæftiger den sig med en objektiv virkelighed, der eksisterer og kan analyseres uafhængigt af subjektets erkendelse, hvilken Immanuel Kant (1727-1804) beskrev som det *værende* (Christensen, 2002). Derfor er psyken og bevidsthedens biologiske grundlag genstandsfeltet for psykiatri (ibid.). Hermed anses psykiske forstyrrelser, og herunder børns diagnoser, som essentialistisk funderede, altså som biologiske forstyrrelser inde i individet.

Positivismen blev introduceret af August Comté (1798-1857) og anses for at udgøre baggrunden for den naturvidenskabelige tænkning og praksis (Christensen, 2002). Hvad der særligt er kendetegnet den naturvidenskabelige disciplin er ønsket om at blive i stand til at kunne generalisere til almene lovmæssigheder (Hovmand, 2006).

Hermed er der en forventning om, at det pågældende fænomen altid vil optræde på samme måde under tilsvarende omstændigheder (ibid.). Metodologien der er udviklet på baggrund af positivistisk videnskabsteori er *kvantitativ*, herunder *hypotetisk-deduktiv*, hvor formålet er at kvantificere og finde årsagssammenhænge (Christensen, 2002; Skårderud et al., 2010). Der vil således søges at finde *lineær kausal sammenhæng* mellem to fænomener, hvor det er muligt at påvise en simpel relation mellem årsag og virkning (Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Eksempelvis er et ønske at påvise en kausal sammenhæng mellem behandlingsmetode og effekt heraf (Krogstrup, 2011).

Evidens og kvalitetssikring er ligeledes centrale elementer inden for lægevidenskaben og den kliniske medicin, hvor evidensen er et udtryk for, at en given behandling er forskningsbaseret og har en effekt (Kjøbli, 2010; Rosenberg, 2013). Hermed er det muligt at kortlægge om en bestemt behandling eller indsats virker (ibid.). De metodologiske redskaber for evalueringen af en behandlingseffekt er ønskværdigt det *randomiserede kontrollerede forsøg*, der betegnes som idealet inden for kvalitetssikring og effektevaluering (Krogstrup, 2011).

Historisk overblik over dansk psykiatri

I følgende afsnit vil der være et historisk overblik over udviklingen i dansk psykiatri. Dette historiske afsnit findes relevant, da der gennem tiden har været stor udvikling og flere divergerende strømninger inden for psykiatri i Danmark. Dette har i høj grad bidraget til den fremherskende forståelse af det psykiatriske sygdomsbegreb, og herunder diagnosebegrebet, i gennem tiden og påvirket forståelsen af, hvorledes psykisk sygdom i grunden skulle klassificeres. Hermed bidrager dette historiske perspektiv ligeledes til forståelsen af børns diagnoser som essentialistisk funderede.

Som beskrevet i ovenstående afsnit er psykiatri først og fremmest en naturvidenskabelig disciplin. Dog kan det psykiatriske sygdomsbegreb både historisk og aktuelt siges at være mangesidigt (Skårderud et al., 2010). Den danske psykiatri har fra dens fødsel i 1800-tallet og frem til i dag har gennemgået en markant udvikling (Nielsen, 2008; Rosenberg, 2008). Ikke så overraskende har biologisk tænkning og behandling i lange perioder haft markant indflydelse på faget, men gennem tiden har også andre tankeformer gjort sit indtog i dansk psykiatri (ibid.).

Overordnet kan der tales om tre paradigmer, som der kan betegnes *det biologiske*, *det socialpsykiatriske* og *det psykologisk-psykoterapeutiske*, hvilke alle har haft indflydelse på opfattelsen og behandlingen af psykiske lidelser, og særligt har det biologiske paradigme haft indflydelse på udviklingen af det diagnosesystem som der anvendes i Skandinavien i dag (Skårderud et al., 2010; Reisby, 2000).

1800-1900: Psykiatriens og diagnosesystemets tilblivelse

Den danske psykiatri blev grundlagt som lægevidenskabelig disciplin 1800-tallet (Nielsen, 2008; Skårderud et al., 2010). Før dette var samfundets syn på psykisk sygdom præget af overtro (ibid.). Der var en forståelse af ætiologien som djævlens værk eller selvforskyldt via ufornuftig livsførelse (ibid.). Op gennem første halvdel af 1800-tallet blev der et skift i denne forståelse, hvor der blev sat fokus på psykisk syge, og deres lidelser blev i stigende grad betragtet som uforskyldte somatiske lidelser der potentielt kunne behandles af lægevidenskaben (ibid.).

Mod slutningen af 1800-tallet var der flere tilløb til en samlet klassifikation af de psykiatriske sygdomme (Nielsen, 2008; Overtaci Fonden, 2003; Rosenbaum, 2006). Der var megen diskussion om, efter hvilke principper en sådan klassifikation i grunden skulle udformes (ibid.). I overensstemmelse med kolleger i Europa var danske psykiatere enige om, at psykiske sygdomme ideelt set skulle klassificeres efter deres årsag, hermed ud fra et ætiologisk princip (ibid.). I tråd med en positivistisk forståelse var udgangspunktet, at sådanne årsager skulle komme til udtryk ved observerbare biologiske forandringer i hjernen, altså via anatomisk patologi (ibid.). Imidlertid var sådanne forandringer dog umulige at påvise konkret (ibid.).

Emil Kraepelin (1856-1926), der var tysk læge og professor i psykiatri, blev den første der udformede et egentligt diagnosesystem (Andreasen, 1994; Rosenbaum, 2006). Dette skete mod slutningen af 1800-tallet (ibid.). Kraepelins diagnosesystem blev anvendt hele den første del af 1900-tallet og danner delvist grundlag for det diagnosesystem vi anvender i Skandinavien i dag (Nielsen, 2008; Overtaci Fonden, 2003; Skårderud et al., 2010). Dette var et enkelt og praktisk system, hvor inddelingen var baseret på *forløb* frem for spekulationer om årsagsforhold, altså ved

hjælp af en *deskriptiv* tilgang, hvor klassifikationen byggede på beskrivende udsagn om sygdommens karakteristiske forløb (ibid.).

1900-1950: Nye strømninger i psykiatrien og publicering af ICD og DSM

Den første halvdel 1900-tallet var kendetegnet ved diversitet i sygdomsmodellerne (Mellergård, 2008; Rosenbaum, 2006). Sideløbende med den biologisk funderede psykiatri, med dens positivistiske baggrund, fandt andre teorier og filosofiske tænkemåder vej ind i den videnskabelige verden, herunder blandt andre psykoanalysen, fænomenologien, eksistentialismen og den kybernetiske tænkning (ibid.). Særligt Sigmund Freud (1856-1939) bidrog til psykiatrien med et nyt fokus på indre psykiske processer og det sociale miljøes betydning for psykisk sygdom (Mellergård, 2008). Psykoanalysen, og dermed den psykologiske behandling, blev ligeledes en behandlingsform i psykiatrien (ibid.). Dette parallelt med den medicinske behandling, selvom den psykoanalytiske behandlingsform af mange blev betragtet som kontroversiel, og for psykiatris vedkommende var den dominerende forståelse af psykisk sygdom imidlertid fortsat det biologiske og somatiske udgangspunkt (ibid.; Rosenbaum, 2006). Dette sideløbende med en række samfundsmæssige diskussioner om holisme, antipsykiatri og kritisk sociologi (ibid.).

Efter Anden Verdenskrig begyndte verdenssundhedsorganisationen World Health Organization (WHO) at klassificere psykiske lidelser (Ovartaci Fonden, 2003; Rosenbaum, 2006). Dette bevirkede i 1949 til publiceringen af den 6. udgave af ICD (International Classification of Diseases) (ibid.). Tre år herefter i 1952 udgav den amerikanske psykiatriorganisation, American Psychological Association (APA), den 1. udgave af DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (ibid.). Disse klassifikationssystemer var kendetegnet ved et psykobiologisk syn på psykisk sygdom, hermed samspillet mellem biologiske, psykologiske og sociale forhold (ibid.).

1950-1980: Moderne Psykofarmaka, biologisk og socialpsykiatri

Psykiatrien har fra 1950 og frem til i dag særligt været præget af fremkomsten af moderne psykofarmaka, der blev opdaget mere eller mindre tilfældigt, på trods af en begrænset viden om hjernens biokemiske processer (Ovartaci Fonden, 2003; Rosenberg, 2008; Skårderud et al., 2010) Her kan særligt fremhæves litium,

antipsykotika og antidepressiva (ibid.). Dansk psykiatri i efterkrigstiden var særligt inspireret af tysk psykiatri, der tog afsæt i det enkelte menneskes særlige konstitution som disposition for psykisk sygdom (ibid.). Her anså man tre årsagsforhold som afgørende. Disse defineres som anlæg, kår og psykogenese. Nogle lidelser opfattedes som overvejende genetiske, mens andre ansås som miljøbetingede (ibid.). Psykoanalytisk tænkning, der var dominerende i USA i perioden, vandt et større indpas som behandlingsform i dansk psykiatri, men stod imidlertid tilbage for den moderne psykofarmakologi som førende behandlingsmetode (ibid.).

I tiden omkring 1970 tog den biologiske psykiatri fart (Ovartaci Fonden, 2003; Rosenberg, 2008). Dette godt hjulpet på vej af tiltagende viden om hjernens anatomi og funktion samt udviklingen af den moderne psykofarmaka, der blandt andet bidrog til en teoretisk forståelse af sygdomsmekanismer (ibid.). Eksempelvis viden om hvorledes forstyrrelser i neurotransmitter kan have betydning for psykisk sygdom (ibid.). Der kom ligeledes et fokus på spillet mellem arv og miljø, og tvillingestudier skabte bevidsthed om betydningen af genetiske forhold samt hvordan den arvelige disposition spiller forskellige roller ved forskellige sygdomme (ibid.). Sideløbende med denne udvikling bidrog humanistiske strømninger til at dele af psykiatrien bevægede sig væk fra det lægevidenskabelige udgangspunkt (Skårderud et al., 2010). Der blev således en fremgang for humanistisk tænkning og humanistisk inspirerede terapeutiske praksisser (ibid.).

Socialpsykiatri var ligeledes et nyt paradigme der i perioden vandt indpas i psykiatri, hvilket blev begyndelsen på mere kritiske og sociologiske strømning inden for feltet (Skårderud et al., 2010; Rosenberg, 2008). Det grundlæggende ved socialpsykiatri er en søgen efter at definere psykiatri ud fra et epistemologisk genstandsfelt, hvor den psykiske sygdom forstås som en social konstruktion (ibid.). Denne forståelse vil blive beskrevet i den efterfølgende redegørelse, der søger at forstå børns diagnoser som social konstruktion.

1980-2015: Antipsykiatri og neuropsykiatri

Op gennem 1980'erne opstod der modreaktioner på den biologiske psykiatris behandlingsmetoder (Ovartaci Fonden, 2003; Rosenberg, 2008; Rosenberg, 2013). Kritikken gik på, at der blev medicineret for meget og at den psykiske sygdoms

psykologiske og samfundsmæssige faktorer blev negligeret (ibid.). Særligt en række humanister afviste forståelsen af psykisk sygdom som biologisk funderet (Skårderud et al., 2010). Flere så i psykoanalysen en tilgang, der var langt bedre egnet end lægevidenskaben, herunder den biomedicinskprægede psykiatri, til at behandle det centrale ved psykiske lidelser, hvilket blev forstået som eksistentielle, udviklingsmæssige og sociale konflikter (Rosenberg, 2008). Flere socialmedicinske og psykoterapeutisk orienterede læger deltog i debatten, men overvejende var den domineret af almen befolkningen (ibid.).

Selvom der har været strømninger i psykiatrien der har haft fokus på psykologiske, sociale og miljømæssige faktorer for udvikling af psykisk sygdom, er der de seneste 10-15 år atter kommet et fokus på de biologiske årsagsforklaringer (Rosenberg, 2008). Særligt neuropsykiatri har de seneste år vundet indpas (Rosenberg, 2013). Dette i kraft af udvikling i den biologiske psykiatri og videnskabelige fremskridt indenfor molelykærbiologi og genetik samt billededannende metoder, som for eksempel PET- og MRI- scanning (ibid.).

Op gennem tiden er der kontinuerligt sket en udvikling i diagnosesystemerne (Ovartaci Fonden, 2003; Rosenbaum, 2006). Denne udvikling har fra de første udgivelser og frem til i dag hovedsageligt bestået i en bevægelse væk fra det psykobiologiske syn på psykisk sygdom for i stedet at sigte mod en *polytetisk operationel, deskriptiv taksonomi*, baseret på observationer (ibid.). Hermed bliver psykisk sygdom udelukkende defineret ved sin fremtræden, altså symptomerne, og ikke ved de eventuelle bagvedliggende sammenhænge og årsager (ibid.). Denne definition vil der blive redegjort for i det følgende afsnit.

Hovedtræk i de aktuelle klassifikationssystemer

I følgende afsnit vil hovedtræk i de to fremherskende klassifikationssystemer ICD-10 og DSM-5 blive ridset op. Der vil blive lagt mest vægt på beskrivelsen af ICD-10, da det er dette diagnosesystem der anvendes i Danmark. Dette indblik i diagnosesystemerne findes relevant, da disse udgør hele grundlaget for børns diagnoser. Hermed vil denne redegørelse bidrage til en forståelse af børns diagnoser som essentialistiske funderede med afsæt i klassifikationssystemerne.

Der findes i dag to fremherskende klassifikationssystemer. Disse er WHO's ICD-10, som anvendes i Europa, Asien og Afrika og APA's DSM-5, som anvendes i USA og Sydamerika (APA, 2013; Simonsen, 2010; WHO, 1994). Der arbejdes i øjeblikket på en publicering af ICD-11, der forventes udgivet i 2017 (WHO, nedtaget d. 1.4.2015, <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>)

Formålet med klassifikationssystemet er først og fremmest at skabe et system der muliggør kommunikation mellem faggrupper i psykiatrien og eksterne samarbejdspartnere (Reisby et al., 2000; Simonsen, 2010). Dernæst at give psykiateren et pejlemærke for hvornår en bestemt diagnose bør anvendes (ibid.). Diagnosen kan defineres som et element i klassifikationssystemet, der anvendes til behandlingsmæssige og prognostiske vurderinger (ibid.). Hermed er formålet med diagnosen at afgrænse og definere psykiske sygdomme og symptomer, så det bliver muligt at handle på dem på en relevant måde (ibid.). Dette på baggrund af en samling symptomer, men ikke en beskrivelse af sygdomsbilleder som helheder (ibid.). Hermed er diagnosen udelukkende en del af en psykopatologisk sammenhæng, isoleret fra en større helhed og fremhævet for et praktisk formål (ibid.).

ICD-10

ICD-10 Klassifikationssystemet er opbygget sådan, at det ideelt set udgør en taksonomi, hermed en systematisk ordnet inddeling af fænomener (Reisby et al., 2000). Denne taksonomi må være udtømmende og udgøre afgrænsede kategorier, således at der ikke opstår overlap mellem de forskellige tilfælde (ibid.). Grundlaget for forstyrrelses klassifikation ville oplagt være dennes ætiologi (Kragh-Sørensen, Parnas & Mors, 2009; Simonsen, 2010). Dette er dog ikke i praksis muligt, da der endnu ikke er nok viden om disse årsagsforhold (ibid.). Dertil har psykisk sygdom ikke nogen sikker sygdomsstatus, men betragtes som forstyrrelser (ibid.). Hermed er udgangspunktet for klassifikation af den psykiatriske forstyrrelse, defineret som et sæt af symptomer eller adfærdstræk (ibid.).

Ved udarbejdelsen af ICD-10 har det været til formål at benytte nedenstående principper for klassifikationen: *hierarki, polytetisk deskriptiv, operalisering* (Kragh-Sørensen et al., 2009; Rosenbaum, 2006; WHO, 1994).

At klassifikationen skal være hierarkisk opbygget vil sige, at de øverste grupper i hierarkiet har diagnostisk forrang før grupper længere nede i hierarkiet. Hermed går de lidelser der vurderes som sværest forud for de mindre svære. Grupperne går fra F00 til F99 (WHO, 1994). Disse grupper har koder med to eller tre cifre, samt forbogstavet F, der indikerer de psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (ibid.). De første to cifre betegner hovedgruppen, og efter punktummet beskrives undergruppen. Hvis en person for eksempel opfylder kriterierne til flere diagnoser, vil den diagnose der er øverst i hierarkiet være aktuel og blive betegnet som hoveddiagnosen, herunder aktionsdiagnosen. Eksempelvis er det ikke muligt at få begge hoveddiagnoser F84.5: Aspergers syndrom og F90: Hyperkinetisk forstyrrelse. Det ville i denne henseende være diagnosen Asperger syndrom der vil blive hoveddiagnosen, da den står øverst i hierarkiet. Diagnosen Asperger syndrom ville eventuelt kunne blive valgt som bidiagnose ved mindre eksklusionskriterierne forhindrer det, hvilket ikke er tilfældet her. Disse eksklusionskriterier vil blive beskrevet nærmere i det følgende afsnit.

Med begrebet polytetisk deskriptiv menes, at klassifikationen skal bygge på et polytetisk princip og udsagnene i klassifikationen skal være deskriptive (Rosenbaum, 2006; Simonsen, 2010). Med et polytetisk princip forstås, at en diagnose kan stilles på baggrund af, at et vist antal kriterier er til stede, herunder symptomer eller adfærdstræk (ibid.). Det er dog ikke en betingelse at alle de træk der kendetegner en den psykiatriske sygdom fremkommer, for at en diagnose kan stilles (ibid.). For de Gennemgribende udviklingsforstyrrelsers vedkommende kan kravet eksempelvis være, at mindst 6 ud af 9 symptomer er til stede (WHO, 1994). Her må hverken teoretiske forforståelser eller kulturelle aspekter påvirke den psykopatologiske beskrivelse af de iagttagne symptomer (Reisby et al., 2000). Med betegnelsen deskriptiv menes, at klassifikationen skal bygge på beskrivende udsagn om de psykopatologiske fænomener (ibid.). Hermed er den fænomenologisk og ikke-ætiologisk. Når der anvendes et polytetisk system tillades det, at en patient kan have flere diagnoser (Kragh-Sørensen et al., 2009; Simonsen, 2010).

Ved operalisering af klassifikationskriterierne forstås en operationel definition af karakteristiske symptomer (Reisby et al., 2000; WHO, 1994). Dette gøres ved anvendelse af konkrete og kontekstfrie beskrivelser af de psykopatologiske

fænomener (ibid.). Eksempelvis er det ikke fyldestgørende med et klassifikationskriterie der hedder ”afvigende socialt samspil”, men fænomenet må forstås ud fra konkrete beskrivelser, som for eksempel blikkontakt, mimik, kropsholdning og gestikulation. Hermed specificeres symptomerne, så klassifikationen bliver anvendelig i klinisk praksis.

Som beskrevet i det ovenstående kan der være tilfælde hvor en person opfylder kriterierne for flere diagnoser. Dette grundet, at patientens grundlæggende forstyrrelse forårsager andre komplekse forstyrrelser, eller fordi patienten lider af flere psykiatriske sygdomme uafhængigt af hinanden (Reisby et al., 2000). For at imødekomme denne komorbiditet er der i diagnosesystemet opstillet regler for, at bestemte diagnoser udelukker andre (ibid.). Dette sker ved de såkaldte eksklusionskriterier, der bevirker, at der tages forbehold for en diagnose, såfremt sygdommen eller tilstanden bedre forklares ved de i eksklusionskriterierne nævnte tilstande eller forhold (Kragh-Sørensen et al., 2009; WHO, 1994).

Forskelle mellem DSM-5 og ICD-10

De to klassifikationssystemer har fra deres tilblivelse og frem til nu nærmet sig hinanden, og samarbejdet mellem WHO og APA har været højnet i udfærdigelsen af DSM-5 med det formål at gøre den sammenlignelig med den nye ICD-11 (Arendt, Jónsson, Hougaard, 2013).

Overordnet fungerer de to systemer efter samme princip og har mange fællesstræk, og for de enkelte diagnosers vedkommende er forskellene på de to systemer små (APA, 2013; WHO, 1994). Der er dog nogle centrale afvigelser som det findes relevant at nævne.

Selvom både ICD-10 og DSM-5 kan siges at være *multiaksiale* systemer, hvor det er muligt at inddrage patientens sociale funktionsniveau såvel som betydningen af kontekstuelle i miljø og livsstilsfaktorer kan en væsentlig forskel siges at være, at DSM-5 er et horisontalt system og er ikke hierarkisk opbygget efter samme princip som ICD-10 (Arendt et al., 2013; Reisby et al., 2000; Rosenbaum., 2006). DSM-5 systemet indeholder hele fem akser, og for hver patient vurderes der ud fra alle fem akser. Disse er *kliniske sygdomme, personlighedsforstyrrelser, somatiske diagnoser,*

psykosociale og miljømæssige problemer samt *global vurdering af funktionsevne* (Simonsen, 2010). DSM-5 er derfor ikke overordnet hierarkisk organiseret, men fungerer efter hierarki inden for de forskellige akser (Arendt et al., 2013; Reisby et al., 2000; Rosenbaum., 2006). Hermed er der mindre brug af eksklusionskriterier og dermed flere komorbide lidelser (ibid.). En fordel er dog, at der på baggrund af de forskellige dimensioner bliver taget hensyn til flere aspekter af patientens liv. Eksempelvis undgås det, at patientens personlighedsstruktur overskygges af tilstedeværelsen af andre sygdomstegn (Simonsen, 2010).

Centralt ved DSM-5 er ligeledes en integration af dimensioner som supplement til den kategorielle diagnostiske praksis. Dette er der for eksempel søgt at opnå med en udvidet brug af rating af sværhedsgrad og symptomer. Hermed er det muligt at graduere lidelsens sværhedsgrad og de fremtrædende symptomer (Arendt et al., 2013).

Inden for de neuropsykologiske diagnoser kan der særligt fremhæves, at lidelserne *Infantil autisme*, *Atypisk autisme* og *Aspergers syndrom* og *anden gennemgribende udviklingsforstyrrelse* er samlet under en fælles betegnelse "*autism spectrum disorder*" (ASD) (Arendt et al., 2013). Denne anvendelse af et spektre betyder mere flydende overgange mellem afgrænsningerne mellem de gennemgribende udviklingsforstyrrelser, men har også den konsekvens, at en mindre gruppe af de der ellers ville få diagnosen Asperger syndrom i ICD-10 ikke vil være kvalificeret til en sådan diagnose i DSM-5 (ibid.). I forhold til diagnosen *ADHD* er en væsentlig forskel fra ICD-10, at begyndelsesalderen er hævet fra før 7 op til 12 år (ibid.). Desuden er det muligt at specificere graden af ADHD til let, moderat eller svær (ibid.).

De neuropsykologiske børnediagnoser

I følgende afsnit vil de neuropsykologiske børnediagnoser: de gennemgribende udviklingsforstyrrelser, herunder autismspektrumforstyrrelserne og Hyperkinetisk forstyrrelse blive skitseret. Dette med afsæt i ICD-10 klassifikationen. Dette findes relevant, da beskrivelserne heraf danner en baggrundsforståelse for hvorledes netop disse diagnoser, beskrevet ud fra de diagnostiske kriterier i ICD-10, kommer til udtryk.

De diagnostiske kriterier for autismespektrumforstyrrelserne er i ICD-10 som følger:

Autismespektrumforstyrrelserne

F84.0 Infantil autisme

”En gennemgribende udviklingsforstyrrelse som manifesterer sig før 3-års alderen, og som karakteriseres ved mangelfuld udvikling af socialt samspil, af kommunikationsfærdigheder og ved begrænset, stereotypt repetitiv adfærd. Hertil kan komme en række mindre specifikke fænomener som fobier, søvn- og spisevanskeligheder, raserianfald og selvdestruktiv adfærd.

- A. Forstyrret udvikling, som manifesterer sig før 3 års alderen inden for ≥ 1 af følgende områder:
- (1) impressivt eller ekspressivt sprog
 - (2) udvikling af selektiv social tilknytning eller evne til socialt samspil
 - (3) funktionel eller symbolsk leg
- B. ≥ 6 af følgende symptomer, hvoraf ≥ 2 fra (1) og ≥ 1 fra både (2) og (3):
- (1) afvigende socialt samspil med hensyn til:
 - a) blikkontakt, mimik, kropsholdning, gestikulation
 - b) udvikling af fælles interesser, aktiviteter og emotioner med jævnaldrende
 - c) emotionel respons, situationsfornemmelse eller integration af social, emotionel og kommunikativ adfærd
 - d) spontan delagtiggørelse af andre i fornøjelser, interesser eller aktiviteter
 - (2) kvalitativt afvigende kommunikation med hensyn til:
 - (a) talesprog, som mangler eller er tilbagestående, uden forsøg på at kompensere herfor ved mimik eller gestikulation
 - (b) evne til spontan samtale
 - (c) brug af ord og sætninger, som er stereotype, repetitive eller ideosynkratiske

- (d) spontan deltagelse i varieret »som-om« leg eller for de yngste social imitationsleg
 - (3) indsnævrede, repetitive og stereotype adfærds-, interesse- og aktivitetsmønstre med ≥ 1 af følgende:
 - (a) udtalt optagethed af 1 eller flere stereotype, indsnævrede interesser, afvigende med hensyn til indhold eller fokus
eller
optagethed af 1 eller flere interesser, afvigende med hensyn til intensitet og afgrænsning, men ikke indhold eller fokus
 - (b) tvangspræget fastholden ved specifikke formålsløse rutiner eller ritualer
 - (c) stereotype, repetitive motoriske manérer omfattende hånd- eller finger-basken eller -vriden, eller komplekse kropsbevægelser
 - (d) optagethed af delelementer eller detaljer uden funktionel betydning (så som legetøjets lugt, konsistens, berøringsfornemmelse eller lyde)
- C. Forklares ikke ved skizofreni (F20.-), specifik forstyrrelse af sprogopfattelsen (F80.2), eller tilknytningsforstyrrelser (F94.1 og F94.2)” (WHO, 1994).

F84.1 Atypisk autisme

”En gennemgribende udviklingsforstyrrelse som afviger fra infantil autisme enten ved senere begyndelsestidspunkt eller ved ikke at udvise forstyrrelser fra alle de tre områder, som er karakteristiske for infantil autisme. Kategorien bør således bruges, når udviklingsforstyrrelsen først optræder efter 3-års alderen, eller når der mangler tydelig forstyrrelse inden for et eller to af de tre psykopatologiske områder karakteristiske for infantil autisme (forstyrrelser i samspil, i kommunikationsfærdigheder og begrænset, stereotypt repetitiv adfærd) og der samtidig findes karakteristisk forstyrrelse på de resterende områder. Atypisk autisme ses ofte ved dyb mental retardering eller svær impressiv sprogforstyrrelse” (WHO, 1994).

F84.10 Atypisk med hensyn til begyndelsesalder

- A. ”Begyndelsesalder \geq 3 år
- B. Kvalitative abnormaliteter som ved F84.0 B” (WHO, 1994).

F84.11 Atypisk med hensyn til symptomatologi

- A. ”Begyndelsesalder $<$ 3 år
- B. Opfylder kun kriterierne for ét eller to af områderne for F84.0 B (socialt samspil, kommunikationsfærdigheder eller begrænset, stereotyp, repetitiv adfærd)” (WHO, 1994).

F84.12 Atypisk med hensyn til både begyndelsesalder og symptomatologi

- A. ”Begyndelsesalder \geq 3 år
- B. Opfylder kun kriterierne for ét eller to af områderne for F84.0 B (socialt samspil, kommunikationsfærdigheder eller begrænset, stereotyp, repetitiv adfærd)” (WHO, 1994).

F84.5 Aspergers syndrom

”En tilstand af usikker nosologisk validitet karakteriseret ved samme kvalitative forstyrrelse af socialt samspil som ved infantil autisme, tillige med et begrænset, stereotypt og repetitivt repertoire af interesser og aktiviteter. Den afviger fra infantil autisme ved, at der ikke ses generel forsinkelse eller hæmning af den sproglige eller kognitive udvikling. Tilstanden er ofte forbundet med motorisk klodsethed. Der er udtalt tendens til, at tilstanden persisterer gennem adolescensen og voksenalderen. Psykotiske episoder kan optræde tidligt i voksenalderen.

- A. Ingen forsinkelse af impressivt eller ekspressivt sprog
- B. Kvalitativt afvigende socialt samspil, som ved F84.0
- C. Indsnævret, repetitiv, stereotyp adfærd, som ved F84.0, eller usædvanligt intense særinteresser

D. Skyldes ikke andre lidelser eller tilstande (f.eks. F20.-, F21, F42, F60.5, F84.0-.4, F94.1-.2)” (WHO, 1994).

Beskrivelse af autismespektrumforstyrrelserne

Autismespektrumforstyrrelserne betegner et diagnostisk underbegreb for de gennemgribende udviklingsforstyrrelser: Infantil autisme, Atypisk autisme og Asperger syndrom.

Disse forstyrrelser har længe været kendt inden for børne- og ungdomspsykiatrien og blev af Leo Kanner og Hans Asperger beskrevet første gang allerede i 1940'erne (Asperger, 1944; Kanner, 1943).

Autisme defineres i dag som en neurologisk udviklingsforstyrrelse, der har sin begyndelse i den prænatale periode af barnets liv, hermed er der konsensus om, at personer med autisme har en medfødt genetisk sårbarhed (Frith, 2003; Kerig, Ludlow & Wenar, 2012; Landa & Garrett-Mayer, 2006). Typisk vil forstyrrelsen tidligst opdages når barnet er omkring 16-24 måneder, hvor de første bekymringer fra forældre og professionelle opstår (ibid.).

Infantil autisme, Atypisk autisme og Asperger syndrom udgør et spektre inden for de generelle udviklingsforstyrrelser, der har centrale fællestræk (Jørgensen, 1999). Hvad der imidlertid adskiller dem er graden af medfølgende mental retardering, hvilket er afgørende for hvor i spektret forstyrrelsen placerer sig (ibid.). Atypisk autisme er i de fleste tilfælde ledsaget af svær mental retardering (ibid.). Derimod er infantil autisme oftest er kendetegnet ved, at en del er let eller moderat retarderede, hvor den resterende andel er normalt begavede, men med sproglig retardering, så som forsinket eller manglende sproglig udvikling (ibid.). I den lette ende af spektret findes diagnosen Aspergers syndrom, hvor der hverken findes mental retardering eller sproglig retardering (ibid.).

Som tidligere nævnt findes der ved alle variationer af gennemgribende udviklingsforstyrrelser nogle centrale fællestræk (Frith, 2003; Kerig et al., 2012; Landa & Garrett-Mayer, 2006; Scheeren, Rosnay, Koot & Begeer, 2013). Her findes det særligt relevant at fremhæve forstyrrelse af socialt samspil (ibid.). Her kan

eksempelvis nævnes evnen til brug af verbal og nonverbal adfærd i gensidige sociale udvekslinger, så som øjenkontakt og gestik (ibid.). Hvad der også findes væsentligt at nævne er repetitive og begrænsede adfærdsmønstre, som sparsom forestillingsevne og begrænset legeeve og fantasi (ibid.). Dette ses for eksempel ved manglende evne til rolleleg og ”laden som om” lege, men derimod optræder der ofte stereotype tvangsprægede ritualer, som givetvis afspejler den begrænsede udvikling af forestillingsevne og fantasi (ibid.). Der ses ligeledes vanskeligheder med *Theory of Mind*, hvilket kan beskrives som evnen til at forstå og gøre sig forestillinger om andre personers tanker, følelser og motiver (ibid.). Denne evne er dog langt mere udviklet for personer med autisme der kan defineres som højt fungerende og har sammenhæng med sproglige færdigheder og evnen til ræsonnering (ibid.). Afsluttende kan fremhæves vanskeligheder med de *eksekutive funktioner*, som kan defineres som styringsfunktioner og selvregulerende kontrolfunktioner, der blandt andet har at gøre med evnen til at tage initiativ, få ideer, planlægge, udføre, vurdere og eventuelt ændre strategi (ibid.).

F90: Hyperkinetisk forstyrrelse

De diagnostiske kriterier for Hyperkinetisk forstyrrelse i ICD-10 er som følger:

”En gruppe lidelser karakteriseret ved tidlig opståen (sædvanligvis inden de første 5 leveår), mangel på vedholdenhed i aktiviteter som kræver udfoldelse af kognitive funktioner og tendens til at skifte fra den ene aktivitet til den anden uden at gøre noget færdigt, tillige med desorganiseret, excessiv og ustyrlig aktivitet. Adskillige andre abnormiteter kan optræde forbundet hermed. Hyperkinetiske børn mangler omtanke og er impulsive, tilbøjelige til at komme galt af sted eller i disciplinære vanskeligheder på grund af tankeløse brud på normer og regler snarere end ved forsætlig trods. I forholdet til voksne viser de ofte socialt uhæmmet adfærd med mangel på normal forsigtighed og tilbageholdenhed. De er upopulære blandt andre børn og bliver ofte isolerede. Kognitive forstyrrelser ses ofte, og specifikke motoriske og sproglige

udviklingsforstyrrelser er uforholdsmæssigt hyppige. Sekundære komplikationer omfatter dyssocial personlighed og lav selvfølelse.

A. Opmærksomhedsforstyrrelse gennem mindst 6 måneder med ≥ 6 af følgende:

- (1) kan ikke fæstne opmærksomheden ved detaljer, laver skødesløse fejl
- (2) kan ikke fastholde opmærksomheden ved opgaver eller leg
- (3) synes ikke at høre hvad der bliver sagt
- (4) kan ikke følge instrukser eller fuldføre opgaver
- (5) kan ikke tilrettelægge arbejde eller aktiviteter
- (6) undgår eller afskyr opgaver som kræver vedholdende opmærksomhed
- (7) mister blyanter, bøger, legesager eller andre ting, som er nødvendige for at udføre opgaver og aktiviteter
- (8) lader sig let distrahere af ydre stimuli
- (9) er glemsom i forbindelse med dagligdagsaktiviteter

B. Hyperaktivitet gennem mindst 6 måneder med ≥ 3 af følgende:

- (1) uro i hænder eller fødder, sidder uroligt
- (2) forlader sin plads i klassen eller ved bordet
- (3) løber, klatre, farer omkring på utilpasset måde
- (4) støjende adfærd ved leg, har vanskeligt ved at være stille
- (5) excessiv motorisk aktivitet, som ikke lader sig styre

C. Impulsivitet gennem mindst 6 måneder med ≥ 1 af følgende:

- (1) svarer før spørgsmålet er afsluttet
- (2) kan ikke vente på at det bliver deres tur
- (3) afbryder eller maser sig på
- (4) taler for meget, uden situationsfornemmelse

D. Begyndelsesalder < 7 år

E. Forstyrrelserne optræder i flere forskellige situationer, f.eks. både i skolen og hjemmet såvel som ved klinisk undersøgelse

F. Forstyrrelserne forårsager betydelige vanskeligheder eller vanskeliggør sociale, skole- og beskæftigelsesmæssige funktioner

G. Skyldes ikke affektive lidelser (F30-F39), angsttilstande (F40-41) og opfylder ikke kriterierne for F84" (WHO, 1994).

Beskrivelse af Hyperkinetisk forstyrrelse

Hyperkinetisk forstyrrelse kan betegnes som en forstyrrelse der længe har vakt opmærksomhed inden for børne- og ungdomspsykiatrien og gennemgået en stor udvikling gennem tiden.

De første beskrivelser af denne blev frem til 1980 beskrevet ved diagnosen *Minimal Brain Damage/dysfunction (MBD)*, der oprindeligt definerede børn med indlærings- og adfærdsforstyrrelser i USA (Fisker, 2012). I Skandinavien blev diagnosen (MDB) fra 1980'erne afløst med betegnelsen *Deficit in Attention Motor Control and Perception (DAMP)* (ibid.). Denne betegnelse var dog ikke en officiel diagnose, da den ikke var optaget hverken i DSM eller ICD, men nærmere udgjorde en samling af nogle funktionsvanskeligheder, beskrevet i ICD (ibid.). I dag anvendes betegnelsen Hyperkinetiske forstyrrelser i ICD-10, og I DSM-5 benyttes betegnelsen *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)* (APA,2013; WHO, 1994).

Diagnosen forstås overvejende som en genetisk neurologisk funktionsfejl (Fisker, 2012; Kerig et al., 2012). Tvillingeundersøgelser har vist, at symptomerne ved Hyperkinetisk forstyrrelse i høj grad er under genetik indflydelse (ibid.). Ved scanningsstudier er det ligeledes påvist, at blandt andet bestemte områder af cortex og basalganglierne er involveret i tilstanden, dog er diagnosen på mange måder omdiskuteret og kritiseret (ibid.). Særligt stilles der spørgsmålstejn ved den store stigning i personer der får diagnosen samt medicinsk behandling af børn (ibid.).

Lidelsen opdages typisk inden barnet 7 år (Fisker, 2012; Kerig et al., 2012). Særligt børn med hyperaktive symptomer opdages tidligt, da de er nemmere at få øje på end børn der overvejende har forstyrrelse af opmærksomhed (ibid.). Særligt kendetegnet ved Hyperkinetisk forstyrrelse er forstyrrelse af opmærksomhed, aktivitet og impulsivitet (ibid.). Dertil ses der vanskeligheder med de eksekutive funktioner (ibid.).

I DMS anvendes betegnelsen ADHD og ADD (Psykiatrien i Region Syddanmark, 2010). Som nævnt tidligere står ADHD for Attention Deficit Hyperactivity Disorder og omfatter forstyrrelse af opmærksomhed samt hyperaktivitet. ADD står for

Attention Deficit Disorder og betegner opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet. Disse betegnelser fra DSM er anerkendte og meget anvendte i Danmark (ibid.).

Opmærksomhedsforstyrrelse er særligt kendetegnet ved vanskeligheder med at fokusere opmærksomheden i længere tid og medfører derfor, at barnet afledes let (Thomsen & Simonsen, 2010; Videbech, 2013; WHO, 1994). Dette kommer eksempelvis til udtryk ved, at barnet let bliver distraheret af ydre stimuli og har svært ved at fæstne opmærksomheden på detaljer (ibid.). Hyperaktivitet kommer blandt andet til udtryk ved en fremherskende kropslig uro (ibid.). Dette ses for eksempel ved uro i hænder og fødder, vanskeligheder med at sidde stille samt støjende adfærd ved leg (ibid.). Impulsiviteten betyder, at barnet kan have en tendens til at reagere her og nu og har svært ved behovsudsættelse. Blandt andet ses dette ved at barnet har svært ved turtagning eller afbryder og maser sig på (ibid.). Vanskelighederne med de eksekutive funktioner giver blandt andet problemer med planlægning og overblik, manglende impuls kontrol og nedsat funktion af arbejdshukommelsen (ibid.).

Opsummering

Psykiatri, og hermed den psykiatriske diagnose, har sit ophav i lægevidenskaben og vil ud fra et videnskabsteoretisk perspektiv derfor blive betragtet ud fra et naturvidenskabeligt udgangspunkt. Hermed ud fra et ontologisk genstandsfelt der søger at studere en objektiv virkelighed, ved brug af de metoder og behandlingsformer der knytter sig til denne disciplin. På baggrund af dette kan børns diagnoser forstås som essentialistisk funderede, altså som biologiske forstyrrelser inde i barnet.

Historisk har der været en lang udvikling og flere strømninger inden for psykiatri, som har haft indflydelse på diagnosebegrebet. Særligt har det socialpsykiatriske og det psykologisk-psykoterapeutiske paradigme påvirket psykiatriens biologiske udgangspunkt, og hermed forståelsen af sygdomsbegrebet og behandlingen af psykisk lidelse. Den naturvidenskabelige disciplin, og hermed den biologiske psykiatri, har dog hele vejen igennem stået stærkt, og i dag ses en tilbagevenden til de biologiske årsagsforklaringer, hvilket særligt har været påvirket af udviklingen i forskningsmetoder og videnskabelige fremskridt inden for biologisk psykiatri. På

baggrund af dette, har der igennem tiden været en lang tradition for at forstå børns diagnoser som essentialistisk funderede.

Klassifikationssystemet bygger i sig selv på et ikke-ætiologisk princip og argumenterer derfor ikke for diagnoser som iboende, men som en samling af symptomer og adfærdstræk. Disse forstås som forstyrrelser, og kan principielt udgøre en kortvarig tilstand, defineret ved sin fremtræden og ikke ved de eventuelle bagvedliggende sammenhænge og årsager. Både autismespektrumforstyrrelserne og Hyperkinetisk forstyrrelser betegnes i et psykiatrisk perspektiv dog som diagnoser der er essentialistisk funderede. Disse har længe været kendt inden for børne- og ungdomspsykiatri og forstås som forstyrrelser der er betinget af en genetisk disposition og som kommer til udtryk ved de i klassifikationssystemets beskrevne symptomer og adfærdstræk. Hermed kan disse psykiatriske diagnoser, som har en lang tradition inden for børnepsykiatri, forstås som essentialistisk funderede.

Kapitel 3

Børns diagnoser som socialt konstruerede

I den følgende redegørelse vil forståelsen af børns diagnoser som socialt konstruerede blive beskrevet. I den forbindelse vil der indledningstvist være et videnskabsteoretisk afsnit der redegør for dette perspektivs videnskabsteori. Herefter vil der være en redegørelse for henholdsvis Kenneth Gergens (1934-) socialkonstruktionisme, Michel Foucaults (1926-1984) poststrukturalistiske tilgang, Michael Whites (1948-2008) narrative teori samt Gregory Batesons (1904-1980) systemiske teori. Disse tilgange er valgt, da de hver især findes anvendelige til at forstå børns diagnoser som socialt konstruerede.

Videnskabsteori for diagnosen som social konstruktion

I dette afsnit vil der være en redegørelse for hvordan diagnosen placerer sig videnskabsteoretisk, når den forstås som en social konstruktion. Dette findes relevant, da en belysning af et sådant perspektivs videnskabsteoretiske ophav kan bidrage centralt til forståelsen af børns diagnoser som socialt konstruerede.

Når diagnosen forstås som en social konstruktion tages der afsæt i et socialkonstruktionistisk og humanvidenskabeligt grundlag (Christensen, 2002). Ud fra dette perspektiv, kan diagnosen forstås med afsæt i et *epistemologisk* genstandsfelt (ibid.). Hermed fraviges forståelsen af en objektiv virkelighed, hvilken Kant (1727-1804) beskrev som det værende, frem for en forståelse af virkeligheden som afhængig af den der oplever den. Dette beskrev Kant som det *erkendbare* (ibid.). Hermed er mennesket, dets kultur og erkendelse genstandsfeltet for diagnosen, når den forstås som social konstruktion. I denne henseende refererer mennesket til den subjektivitet det bringer med ind i forståelsen (Rasmussen, 2007).

Det socialkonstruktionistiske forståelse bliver betegnet som den yngste psykologiske hovedretning og hviler på det filosofiske grundlag der blandt andre finder hos Jean-François Lyotard (1924-1998) og Foucault (Christensen, 2002). Særligt fremtrædende for den socialkonstruktionistiske tænkning er blandt andre amerikaneren Gergen (ibid.).

Denne retning indebærer en kritik af essentialisme og positivistiske videnskabsidealer. Hermed gøres der op med tanken om at individer rummer en form for essens eller fast kerne (Rasmussen, 2007). Videnskabelige sandheder forstås ikke som universelle sandheder om verden, men anses som konstrueret af videnskaben (Christensen, 2002). Hermed konstruerer forskeren verden på en bestemt måde (Gergen, 2010). I dette perspektiv er der dermed fokus på *konstruktionsprocesser*, hvor sproget anses som fundament for konstitueringen af den menneskelige psyke (Christensen, 2002). Hermed har relationerne mellem mennesker og den forhandling der finder sted, i den kommunikative interaktion, betydning for diagnosen konstituering (ibid.). Diagnosen anses i dette perspektiv som noget der opstår *mellem* mennesker, frem for i enkeltindividet.

Hvad der især kendetegner det humanvidenskabelige genstandsfelt er en forståelse af, at sandhed skal findes i det enkelte menneskes erkendelse (Christensen, 2002). Empirien består i stor udstrækning af *kvalitative* data, så som fortællinger i form af tekster, eller som interviews eller nedskrevne beretninger (ibid.). Metoden er *hermeneutisk*, hvilket vil sige fortolkende og fænomenologisk (ibid.). Den er orienteret mod aktørens egen *oplevelse* af det undersøgte og søger derfor ikke et objektivt kvantitativt forhold (ibid.). Formålet med den hermeneutiske metode er at behandle særskilte fænomener i deres egenart, modsat naturvidenskabens søgen efter almene lovmæssigheder (ibid.). Hermed vil børns diagnoser være forårsaget af barnet eller omgivelsernes oplevelse og tolkning af verden, og interventionen vil derfor sigte imod at ændre eller omformulere disse forhold (ibid.).

Denne fortolkning af fortællinger som metode betyder, at den humanvidenskabelige tilgang kan defineres som *praktisk* (Christensen, 2002). Dette grundet, at fortolkningen er forbundet med pragmatisk kundskab hos forskeren, hvor denne bruger egen viden og erfaring i tolkningen (ibid.). Da den socialkonstruktivistiske analyse kan siges, at tage afsæt i den måde hvorpå sproget konstituerer individets forståelse af verden og identiteten, vil forskerens opgave være at afdække og analysere diskurser i subjektets ytringer, idet diskurserne forstås som formende for subjektet (ibid.).

Socialkonstruktionisme

I dette afsnit vil der være en redegørelse af Gergens socialkonstruktionisme. Dette perspektiv findes relevant at inddrage, da der hermed skabes et indblik i hvorledes børns diagnoser kan ses som socialt konstrueret gennem relationer og kulturelle forhold, herunder sprog og traditioner.

Gergens socialkonstruktionistiske tilgang kan betragtes som en af de yngre hovedretninger (Christensen, 2002). Denne kan ses som affødt af et nyt fokus der i 1970'erne kom på sproget (ibid.). Dette i kombination med postmodernitetens forståelse af individet som fritstillet fra traditionelle bindinger, hvilket ligger op til en mere fri konstituering af psyke og identitet (ibid.).

Objektivitet i parentes

Hvad der særligt kendetegner en socialkonstruktionistisk tilgang er, som nævnt tidligere, et forbehold mod den positivistiske og naturvidenskabelige antagelse om, at en objektiv forståelse af verden er mulig (Gergen, 1982). Denne tilgang stiller sig kritisk over for naturvidenskabens autoritet og dens krav på at formulere sandheden om verden, da disse formuleringer anses som formene for samfundets opfattelse af hvad der er sand viden (ibid.).

Gergens definition af socialkonstruktionisme søger dog ikke at fornægte enhver essens, objektiv sandhed, videnskab og moral, men opfordrer derimod individet til at reflektere over forenkede bindinger og tage traditionelle faldgrupper såvel som deres determinerende forudsigelser i betragtning (Gergen, 2010). Hermed anerkendes den viden andre videnskaber har frembragt, som for eksempel naturvidenskabens, men der er ligeledes en kritisk forholden til selvsamme videnskaber og deres eventuelle omkostninger for individet (ibid.). Eksempelvis når diagnosen anses som biologisk funderet. Imidlertid ses en sådan antagelse dog heller ikke som en endegyldig sandhed i et socialkonstruktionistisk perspektiv, da diagnosen først opnår sin meningsfulde konstruktion for individet i relationen mellem mennesker (ibid.). Hermed benægtes ikke en essens, men fokus er på, hvad nytte den har socialt (ibid.). Gergens pointe er derfor, at når som helst mennesket definere noget som virkeligt eller sandt, så taler de ud fra et bestemt ståsted eller synspunkt (Gergen, 2001). På den måde, sættes objektiviteten i parentes (ibid.).

På baggrund af dette, fremhæver Gergen vigtigheden i at individet forholder sig kritisk og reflekterende til det åbenlyse samt benytte sig af alternative forståelsesrammer og positioner (Gergen, 2010).

En sådan opfordring til refleksion kan belyses med følgende citat:

“ We confront the brutal reality of depression, attention deficit disorder, schizophrenia and the like. Or do we? We may all agree that there is something unusual about an individual’s behavior, but why should we suppose that the community of clinicians and psychiatrists are correct in calling it a ‘mental illness’, and that DSM categories are maps of this world? [...] If we give up our capacity to question the callings – the all-too-obvious realities of sub-cultures or societies – then we become the victims” (Gergen, 2001).

Verden som konstitueret gennem relation og kultur

Gergen anser individets erkendelse af verden som et produkt af relationelle og kulturelle forhold (Gergen, 2010). Særligt sproget er grundlæggende for individets erkendelse af verden (ibid.). Her anses relationen som betydningsfuld, da det er i relationer til andre individets sproglige konstruktioner udfolder sig (ibid.). Hermed mener Gergen, at individet konstruerer den verden det lever i, i og med at det kommunikerer med andre (ibid.). Eksempelvis ved individet ikke, at en diagnose er en diagnose før det indgår i en relation, hvor et andet menneske kender begrebet diagnose. I denne relation kan individet så begynde at organisere denne nyopdagede sproglige konstruktion, gennem kategorisering (ibid.).

Disse sproglige konstruktioner anses som blivende betydningsfulde i kraft af deres sociale nytte i forhold til den kultur individet lever i (Gergen, 2010). Hermed giver det eksempelvis mening, at tale om diagnoser som indlejret i de traditioner eller livsformer som individet befinder sig (ibid.). Eksempelvis har eskimoer flere ord for sne, end folk i kulturer der befinder sig i varmere klima. Dette fordi, at disse distinktioner er nyttige for dem, der lever i det arktiske område (ibid.).

Hvis diagnosebegrebet for eksempel ingen nytte havde for eskimoer, ville det muligvis aldrig opstå i de arktiske områder, og hvis det gjorde, ville eskimoerne sandsynligvis ikke beskæftige sig meget med det. Denne nytteværdi af sproglige konstruktioner vil blive berørt nærmere i diskussionen.

Identitet som relationel handling

Individets identitet er, ifølge Gergen, ligeledes skabt i relationer. Inspireret af blandt andre George Herbert Mead og Erving Goffman anvender Gergen en scenemetafor, hvor individet frembringer forskellige former for optræden i forskellige relationer (Gergen, 2010). Med afsæt i denne forståelse er individets styrker, svagheder og selv sansninger et produkt af disse relationelle forhold (ibid.). Eksempelvis ses diagnosen, som et produkt af de relationelle scenarier, som individet er involveret i. En form for handling der finder sted i kraft af kulturen og den relationelle kontekst (ibid.).

Gergen ser ikke blot sproget og de sociale relationer som afgørende for menneskets opfattelse af verden og dets identitetsdannelse, men anser ligeledes individets traditioner for sprogbrug som indlejret i sociale institutioner, hvor sproget og vidensdiskurser er afgørende træk ved sådanne magt relationer (Gergen, 2010). Hermed har sociale institutioner, så som videnskaben, en stor magt til at skabe sproglige konstruktioner (ibid.). Denne forståelse er hentet fra Foucaults teoretisering af hvorledes individet frivilligt underkaster sig raffinerede former for magt (ibid.). Foucaults magtbegreb vil blive nærmere beskrevet i det følgende afsnit.

Poststrukturalisme

I følgende afsnit vil der være en redegørelse af Foucaults poststrukturalistiske tilgang. Denne retning findes relevant at inddrage, da den kaster lys over hvordan diagnosen kan ses som socialt konstrueret på baggrund af diskurser i samfundet der skabes gennem sociale institutioner.

Den post strukturalistiske tilgang opstod, i 1970'erne, som et humanistisk modspil til den traditionelle strukturalisme, som eksempelvis marxismen (Heede, 2002). Hvad der særligt er centralt ved denne tilgang er tanken om, at der ikke findes nogen faste strukturer eller diskurser, men at disse er dynamiske og påvirket historien (ibid.). Hermed tilbyder denne tilgang et kritisk syn på eksempelvis menneskets natur som

en statisk og stabil størrelse (ibid.). Selvom Foucault selv, afviser at betegne sig som strukturalist, kan denne teori siges at have en mere strukturel form, end de øvrige postmoderne og socialkonstruktionistiske retninger, hvorfor den betegnes som poststrukturalisme (ibid.). Dette særligt med henblik på magtbegrebet, der kan betegnes som en forholdsvis fast samfundsmæssig struktur (ibid.).

Individet som produkt af historien

En grundlæggende forståelse i Foucaults teoretisering er tanken om, at individet er konstrueret historisk på baggrund af herskende institutionelle diskurser i samfundet (Foucault, 1977). Hermed anses individet ikke som ejer af nogen iboende essens eller natur (ibid.).

Foucault beskriver eksempelvis hvorledes menneskets forståelse af sand viden har ændret sig gennem historien, hvor denne viden har påvirket de *subjektiveringsprocesser* der igennem tiden har formet individets identitet (Heede, 2002). Disse processer vil blive nærmere beskrevet i et følgende afsnit.

Dette beskriver Foucault eksempelvis ved, at de græske digtere i det 6. århundrede, på daværende tidspunkt, var dem, der havde autoritet til at definere sandheden, hvor deres ord udgjorde den sande og værdiladede diskurs som individet tilsluttede sig (Foucault, 1971). Denne forståelse af sandhed var en helt anden, end den der for eksempel var kendetegnet ved det 17. århundrede, hvor sandheden skulle findes i iagttagelige, målelige, klassificerbare objekter (ibid.). Denne forståelse af sandhed beskriver Foucault som støttet af institutionelle systemer, hvor den forstærkes og fornyes i et tæt væv af praksisser (ibid.). Eksempelvis ser Foucault psykiatri som autoriseret gennem en sandhedsdiskurs i samtidens samfund, konstitueret på baggrund af den medicinske videnskabs institutioner og praksisser (Foucault, 1971). Denne forståelse af viden som støttet af samfundets institutioner kan belyses ved følgende citat:

”Men denne vilje til sandhed hviler, som andre eksklusionssystemer, på en institutionel støtte: den finder på samme tid forstærkelse og fornyelse i et tæt væv af praksisser, som naturligvis pædagogikken, som bøgernes system, udgivelsens, bibliotekernes, som førhen de lærde

selskaber, og nu til dages laboratorierne. Imidlertid fornyes den også, uden tvivl på mere dybtgående vis, gennem den måde, hvorpå viden indarbejdes i et samfund, måden, hvorpå viden vurderes, udstykkes, fordeles, og på den vis tildeles” (Foucault, 1971).

Moderne magt

Som beskrevet i det ovenstående, ser Foucault individet som underlagt magtrelationer, der opretholdes ved hjælp af sproget og vidensdiskurser i samfundet (Heede, 2002). På baggrund af dette, anser Foucault viden som nært forbundet med magt (ibid.).

Særlig centralt i Foucaults teoretisering er begrebet om den *moderne magt* (ibid.) Den moderne magt skal defineres som en magtform der ikke er synlig, som for eksempel politi eller militær, men som en usynlig magtform der fungerer i kraft af de diskurser i samfundet der eksisterer (Heede, 2002). Disse diskurser fungerer som en form for sandheder der opretholder individets selvdisciplinering (ibid.).

Foucault ser magt som et grundvilkår i sociale relationer (Heede, 2002). Derfor beskrives enhver relation som en magtrelation. Ikke forstået som en form for kamp mellem undertrykker og magthaver, men nærmere som en naturlig mekanisme der er grundlæggende i enhver relation (ibid.). Af sådanne magtrelationer kan blandt andet nævnes relationer mellem forældre og børn, læger og patienter eller psykiatere og psykisk syge (ibid.).

I disse magtrelationer vil der altid være en form for modmagt, hvor der opstår en slags kamp om retten til at definere sandheden (Heede, 2002). Disse magtrelationer vil altid indeholde lokale styrkeforhold, betegnet *magtens rationalitet*, hvor den stærkeste i relationen er den de samfundsmæssige diskurser anser som den rette til at definere sandheden (ibid.).

Videnskaben har i samtidens moderne kultur, ifølge Foucault, en stærk magt, da den fungerer som en form for sandhedsregime (Heede, 2002). Dette sker på baggrund af videnskabens metoder og teknikker til at udskille og legitimere sande diskurser fra

falske samt udvalgte individer til at fastslå denne sandhed (ibid.). Disse individer kan betegnes som videnskabens talerør og er for eksempel de fagfolk der repræsenterer den bestemte videnskab (ibid.).

Foucault mener, at der ingen neutral formidling af viden findes og at der i høj grad udøves magt ved henvisning til videnskab, normer, etik og moral (Foucault, 1977). Eksempelvis beskriver Foucault, hvorledes magten i de vestlige liberale samfund hænger meget tæt sammen med viden, hvor denne viden danner, styrer og installerer individuelle og totaliserende sandheder i subjekterne (ibid.). Dermed anses det som ren og skær magtudøvelse, når psykologer og psykiatere forsøger at beskrive, definere og kategorisere individer. Dette på baggrund af det stærke sandhedsregime som disse fagfolk repræsenterer (Foucault, 1971).

Diskurser om kulturelle normer og standarder ses som den moderne magts redskaber, hvor de kommer til at fungere som målestokke, hvorigennem mennesker måler deres eget livs værd, og hvorigennem de disciplinerer sig selv (Heede, 2002). Hermed begrebet om *normalitet*. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at individet søger at leve op til de normer og idealer diskurserne foreskriver, som eksempelvis normer om hvad der er normalt eller idealer om skønhed og prestige (ibid.). Ved *normalisering* søges at fremme den bestemte adfærd, der anses som normen i en bestemt kontekst (ibid.). På den måde reguleres og formes befolkningens adfærd i forskellige kontekster (ibid.). Menneskets identitetsdannelse er ligeledes underlagt magt og skabes gennem diverse *subjektiveringsprocesser* (ibid.). Disse vil blive beskrevet nærmere i et følgende afsnit.

Subjektivering

Foucault ser ikke individet som ejer af en iboende essens eller identitet, men som formet gennem den *subjektivering* der sker gennem magtrelationer, hvor det enkelte menneske tildeles en bestemt natur eller identitet (Heede, 2002). Eksempelvis har Foucault foretaget en række analyser at subjektiveringsmekanismer i de første sindssygeanstalter i perioden fra 1650 og frem til den franske revolution i 1789-1804 (ibid.). Disse mekanismer kom til udtryk ved en praksis, hvor individer der repræsenterede en form for uorden eller afvigelse blev sammenstuvet i massive almenhospitaller, i et forsøg på at tøjre denne ufornuft og uorden. Dette i stærk

kontrast til tidligere tider, hvor galskaben helt op til 1650 var en naturlig variation af livet (ibid.). Disse var mennesker med psykiske lidelser såvel som fattige gamle, tiggere, vagabonder og andre befolkningsgrupper på kanten af samfundet (Foucault, 1976). Hermed skete der, ifølge Foucault, en subjektiveringsproces hvor disse mennesker blev tildelt en identitet som sindssyge og samtidig blev ekskluderet fra samfundet og underlagt magten til at blive defineret af andre (ibid.). Foucault mener, at disse mennesker under deres ophold på disse galeanstalter arvede en lang række egenskaber fra deres tidlige bofæller, for på den måde at internalisere den gales natur, hvilket kan forklares ud fra *normaliseringsprocesser* (Heede, 2002). Foucault ser denne produktion og sindssyge og sindssygdomme som den moderne magts bestræbelser på at objektivisere mennesket (Heede, 2002). Dette med afsæt i den positivistiske psykiatri forsøg på at gøre mennesket til en objektiv videnskab (ibid.). Når psykiatri søger at systematisere, klassificere og diagnosticere baner det, ifølge Foucault, vejen til en vidensproduktion af menneskets indre (ibid.). Dette med afsæt i menneskets svage punkter, der åbner op for konstitueringen af det unormale eller afvigelsen (ibid.).

Den narrative tilgang

I dette afsnit vil der følge en redegørelse for den narrative teori. Denne findes relevant, da den beskriver hvorledes børns diagnoser kan konstrueres socialt gennem sproget, herunder de fortællinger eller narrativer der konstrueres om barnet.

Den narrative tilgang grundlag 1980'erne af White (White & Morgan, 2007). White var særligt inspireret af den poststrukturalistiske tankegang, herunder Foucaults teorier om den moderne magt og subjektiveringsprocesser i samfundet (White, 2006). Derudover er den narrative tilgang ligeledes inspireret af socialkonstruktionismen og den systemiske tænkning (ibid.).

Sproget konstituerende for identitet

Inspireret af Freidrich Nietzsche (1844-1900) og Foucault ser den narrative teori ikke mennesket som indehavende af en essens, eller menneskelig natur som det er determineret af (White, 2006). Mennesket er derimod konstitueret igennem identitetsskabende faktorer så som diskursive magtrelationer i samfundet, historie, kultur og sidst men ikke mindst sproget (ibid.). Hermed er det en persons særlige begreber, forståelsesrammer og historier der determinerer, og det er disse der anses

som havende magt over individet, frem for et biologisk eller psykologisk udgangspunkt (ibid.). Derfor kan der heller ikke tales om diagnosen som noget iboende i mennesket, som kommer til udtryk på baggrund af en biologisk defekt (ibid.). Den narrative teori finder derimod psykiatri, og herunder diagnosen, konstrueret på baggrund af magtfulde samfundsdiskurser (ibid.).

Grundtanken i narrativ teori er at identiteten skabes igennem de historier, vi selv og andre fortæller om os, relateret til de kulturelle normer, standarder og forventninger der viser sig i disse fortællinger (Holmgren, 2008). Disse fortællinger udgør individets fortolkningsramme, for på den måde at være retningsgivende for hvilke aspekter af dets levede liv der kommer til udtryk (White, 2006). Et narrativt perspektiv vil derfor altid søge at prioritere eller centrere individets egen forståelse af sit liv og forhold, frem for den professionelle ekspertviden (Lundby, 2009). Eksempelvis ser White, på samme måde som Foucault, professionelles definitioner om individet som ren magtudøvelse, eksempelvis når ordvalget i den diagnostiske hjælpekultur fastlåser individet i ét perspektiv eller én kategori, ved at favorisere nogle historier frem for andre (White, 2006).

Mennesket skal dog ikke forstås som passiv overtager af de historier og fortællinger det bliver præsenteret for, men derimod som aktivt medskabende og medkontekstualiserende af de historier der fortælles (White, 2006). Dermed er mennesket aktivt medskabende af sig selv gennem fortolkende praksis og gennem dets fortællinger om sig selv og andre (ibid.). Hermed skabes og transformeres virkeligheden i gensidige relationer (ibid.).

Magtrelationer og modmagt

White er især inspireret af Foucaults arbejder om moderne magt og de subjektiveringsprocesser der finder sted i samfundet. Med afsæt i denne forståelse mener White, at individet er styret af normer og idealer der går imod dets egne livsformer og interesser (White, 2006).

På samme måde som magt kan produceres, antager White, at modmagt kan skabes (White, 2006). Den narrative terapi søger derfor at skabe en modmagt på et lokalt plan, ved at etablere alternative beskrivelser, der kan producere nye former for

subjektivitet, ved at benytte sig af en alternativ fortælling (White & Morgan, 2007). På den måde, kan individet få mulighed for at opleve *agenthed* (White, 2006). Med dette begreb henviser White til oplevelsen af at kunne regulere sit eget liv, at kunne intervenere i eget liv, så det bevæger sig i retning af ens hensigter samt at kunne agere på en måde, så livet formes af den enkeltes viden og livserfaringer (ibid.). Hermed mere at skulle have sagt i forvaltningen og styringen af eget liv, frem for at være determineret af kulturelle normer (White & Morgan, 2007). Denne interventionsform vil blive diskuteret nærmere efterfølgende diskussion.

Alternative fortællinger

Grundtanken i narrativ teori er, at individet ikke besidder sine problemer, men ser problemer som selvstændige størrelser der eksisterer *udenfor* individet (White & Morgan, 2007). Når problemerne eksisterer udenfor individet, anses de ikke som en del af individets identitet, og det er derfor altid muligt at fortælle andre alternative fortællinger en den problemfyldte (Holmgren, 2008). Disse alternative fortællinger skal ikke søge at erstatte den dominerende fortælling, men handler om at personen får mulighed for at fremhæve andre og mere positive aspekter af sit liv (ibid.).

Det narrativ perspektiv erkender at der eksistere diagnoser, men disse forstås hermed ikke som noget der er af indre karakter lokaliseret i barnet eller i andre vigtige personer i barnet liv, så som forældrene (White, 2006). Et narrativt perspektiv søger derfor heller ikke at komme med interventioner, komme med forslag til ændringer eller behandle barnet, men ønsker derimod at nedbryde det magthierarki der konstituere problemerne, ved nysgerrigt og fordomsfrit at undersøge effekten af magtforholdet i den konkrete historie (ibid.). Hermed søges bevist positive og ikke-patologiserende beskrivelser af barnets liv og forhold (Lundby, 2009). Det narrative perspektiv erkender at diagnosen, i den konkrete sag, kan være meningsgivende og tilbyde et ståsted, men tilgangen stiller spørgsmålstejn ved, om diagnosen er med til at skabe agenthed (White, 2006).

White beskriver denne problemstilling i følgende citat:

”Diagnoser kan sagtens i den konkrete sag have en meningsgivende og samlende effekt. Det diagnostiske sprog

kan give mening i et landskab, man har bevæget sig i uden at finde mening. Diagnosen kan være med til at skabe hvile og give et ståsted. Spørgsmålet er, om en diagnose er med til at skabe agenthed, bevægelse og åbne døre til nye landskaber i menneskers liv, eller om diagnoser er med til at begrænse, marginalisere og definere de muligheder, et menneske har i sit liv” (White, 2006).

Den systemiske tænkning

I følgende afsnit vil der blive gjort rede for Batesons systemiske teori. Dette perspektiv findes relevant, da det bidrager til at forstå diagnosen som socialt konstrueret i systemer, på baggrund af relationer, sammenhænge og mønstre der findes mellem deltagerne i systemet. Hermed kastes der lys over konteksten og de relationer og mønstre der findes mellem individerne i denne.

Bateson var især inspireret af antropologi og særligt pattedyrs interaktion og kommunikation i grupper og udviklede på baggrund af denne inspiration sin systemiske teori i 1950'erne (Holmgren, 2007).

Helheder, relationer og sammenhænge

En hovedtanke i systemiske tænkning er, at individet ikke kan betragtes uafhængigt af sin kontekst. Bateson er i den forbindelse kendt for strofen om: ”*at helheden er mere end summen af de enkelte dele*” (Bateson, 1979). Her ligger han vægt på, at helheden opstår ud fra sammenspillet mellem de enkelte dele (Hertz, 2008).

I den systemiske teoris terminologi findes der ingen objektiv virkelighed (Bateson, 1979). Virkeligheden anses, som det er kendetegnets ved socialkonstruktionismen, som en social konstruktion (ibid.). Denne skabes gennem relationer og kommunikation mellem mennesker i systemet (Bateson, 1972). Individet skal i denne sammenhæng forstås som en del af et større system eller organisme, og det giver derfor ikke mening at betragte det enkelte individ isoleret (ibid.). Hermed kan der heller ikke tales om enkeltindividet som indehavende af en særlig essens eller identitet, men denne nærmere som konstrueret på baggrund af de relationer, sammenhænge og mønstre der findes mellem individerne i systemet (Bateson, 1979).

Forståelsen er univers og generelle lovmæssigheder, er i den systemiske tænkning erstattet af forståelsen af multivers (Bateson, 1979). Hermed en forståelse af, at der findes mange forskellige versioner af sandheden (ibid.). Eksempelvis er der mange måder at se verden på, alt for eksempel efter iagttagerens position, historie, intentioner (Strand, 2005).

I den første periode af systemteoriens udvikling var der særligt fokus på kommunikation og relation (Bateson, 1979). I følge Bateson, er *alting* kommunikation (ibid.). I denne forbindelse anså Bateson det som nødvendigt at se på rammerne eller *konteksten* for kommunikation (ibid.). Han mener hermed, at når individet opfatter noget, sker det altid inden for rammerne af en overordnet opfattelse af, hvad situationen drejer sig om (Reichelt, 2006). Eksempelvis mener Bateson, at psykiske lidelser, eller vanskeligheder i det hele taget, udelukkende kan forstås som en del af den kontekst individet befinder sig i (Bateson, 1972; Holmgren, 2007).

Første og andenordens kybernetik

Begreberne om *første* og *andenordens kybernetik* er ligeledes anvendte begreber i den systemiske tænkning (Strand, 2005). Den systemiske tænkning opererer hermed med forståelsen af, at det ikke er muligt at reparere eller observere et system udefra, hvad der er kendetegnet ved 1. ordens kybernetik (ibid.). Derimod arbejdes der med 2. ordens kybernetik, der fastslår at individet altid er deltager i det system som det undersøger eller iagttager (ibid.). Eksempelvis er det som fagperson ikke muligt at være en passiv iagttager, som ikke påvirker det der iagttages gennem egen virksomhed (ibid.). Med afsæt i denne forståelse vil behandlingssystemet blive problematiseret på den måde, at en diagnose ikke kan objektivt iagttages ved én enkeltperson i systemet, men udelukkende en adfærd, der bliver omtalt af en eller flere observatører i systemet (Holmgren, 2007).

Lineær og cirkulær forståelsesform

I den systemiske tænkning er et centralt element ligeledes den cirkulære forståelsesform (Strand, 2005). Der tages her afstand fra den lineære kausale tænkning, for i stedet at tænke i sammenhænge (ibid.). Fokus flyttes fra enkeltpersoner til relationelle mønstre (ibid.). Derved bliver det alle de individer der er implicerede i mønsteret, der er ansvarlige for mønsterets eksistens og dermed også dets ændring (Bateson, 1972).

Eksempelvis ses der ikke en lineær sammenhæng mellem årsag (A) og virkning (B), men en cirkulær proces, hvor hændelse (A) fører til hændelse (B) som igen fører til hændelse (A) (Dixon, 2007). Hermed vil forståelsen af barnet *med* vanskelighederne, eksempelvis i form af en diagnose, anses som et barn *i* vanskeligheder i relation og proces med sine omgivelser (Strand, 2005). Ud fra denne forståelse er det hermed ikke givet, at det er barnet i vanskeligheder der skal *ændres*, men løsningen kan ligeledes findes i barnets kontekst, der bidrager til en konstituering og vedligeholdelse af barnets oplevede vanskeligheder (Strand, 2005).

Opsummering

Når børns diagnoser anses som socialt konstruerede, vil disse, ud fra et videnskabsteoretisk perspektiv, blive betragtet med afsæt i et socialkonstruktivistisk og humanistisk grundlag. Hermed ud fra et epistemologisk genstandsfelt, der sigter mod at studere subjektet, dets kultur og erkendelse. Dette ved hjælp af de kvalitative metoder, som er kendetegnet ved denne disciplin. På baggrund af denne videnskabsteoretiske forståelse vil børns diagnoser blive forstået som socialt konstrueret *mellem* mennesker.

Den socialkonstruktivistiske tilgang ser menneskets identitet som konstrueret gennem relationelle og kulturelle forhold, herunder sprog og traditionelle livsformer. Særligt sproget anses som betydningsfuldt for dannelsen af menneskets identitet, hvor sociale institutioner, så som videnskaben, har en stor magt til at skabe sproglige konstruktioner. I dette perspektiv anses børns diagnoser som sprogligt konstruerede i den kontekst og de relationer de interagerer i. Her anses den kulturelle og traditionelle nytte af diagnosens sproglige konstruktion som betydningsfuld for om begrebet overhovedet opstår og hvor stor betydning det bliver tillagt.

Den poststrukturalistiske tilgang rummer forståelsen af at menneskets identitet skabes af historiske og kulturelle kræfter, herunder diskurser der især skabes af magtfulde institutioner i samfundet. Dette i kraft af subjektiveringsprocesser, der bidrager til at skabe afvigerens identitet. Med afsæt i denne forståelse skal børns diagnoser ses som socialt konstrueret på baggrund af magtrelationer mellem barnet og en institution, herunder psykiatri, som har stor magt til at definere normalitet og afvigelse i kraft af sin samfundsmæssige status som naturvidenskab.

Inspireret af socialkonstruktivismen, poststrukturalisme og den systemiske tænkning rummer den narrative tilgang ideen om, hvordan fortællinger bidrager til konstitueringen af menneskets identitet. Disse fortællinger skabes af historiske, kulturelle og sociale kræfter. Den narrative teori finder hermed børns diagnoser som socialt konstrueret på baggrund af magtfulde samfundsdiskurser og de narrativer der skabes om barnet. I denne anledning skal den diagnostiske fortælling ses som én ud af mange fortællinger om barnet.

Med afsæt i den systemiske tænkning skal individets identitet anses som konstrueret som en del af et socialt system. Dette i kraft af de relationer, sammenhænge og mønstre der findes mellem deltagerne i systemet. Hermed skal børns diagnoser i dette perspektiv anses som socialt konstrueret gennem disse relationer, sammenhænge og mønstre der er i systemet. Hermed skal konstruktionen af børns diagnoser anses som en del af en større organisme, hvor konstitueringen og vedligeholdelsen af denne skabes i konteksten.

Kapitel 4

Diskussion af de valgte teoriers anvendelighed

I følgende afsnit vil der være en diskussion af, om børns diagnoser kan forstås som essentialistiske funderede eller socialt konstruerede. Hermed vil følgende diskussionsafsnit berøre spørgsmålet om, hvorvidt børns diagnoser bedst kan ses som repræsentationer af en essentialistisk og objektiv virkelighed eller de nærmere kan forstås ud fra subjektive, diskursive og kulturelle processer. Dermed diskuteres forholdet mellem ontologi og epistemolog.

Da følgende diskussionsafsnit har til hensigt at munde ud i en sammenfatning af de to perspektiver, i en bio-kontekstuel model der kan kaste lys over forståelsen af børns diagnoser og anvendes af professionelle der står i dilemmaet om diagnosticering af børn, vil de valgte perspektivers anvendelighed i forhold til at forstå børns diagnoser ligeledes blive diskuteret.

Som beskrevet i det redegørende afsnit, der omhandler forståelsen af børns diagnoser som essentialistisk funderede, tager den psykiatriske diagnose afsæt i lægevidenskaben. Hermed et ontologisk genstandsfelt der søger at studere børns diagnoser ud fra objektiv virkelighed. Denne forståelse bidrager til, at diagnoser søges forklaret med udgangspunkt i barnet biologi som kan studeres uafhængigt af menneskets erkendelse.

Som berørt i det historiske afsnit, har psykiatri, siden sin fødsel i 1800-tallet og frem til i dag, været gennem en rivende udvikling, med en lang forskningstradition bag sig, hvor den har studeret sit genstandsfelt, herunder menneskets biologiske udgangspunkt, og i kraft af denne videnskabelige udvikling er der skabt et solidt grundlag for at forstå og behandle psykisk sygdom ud fra et biologisk perspektiv.

På baggrund af diagnosesystemet, der findes anvendeligt som arbejdsredskab for læger og psykiatere, har det været muligt at skabe en begrebslighed der gør det muligt at identificere og behandle disse psykiske lidelser.

Diagnosesystemet, der er et deskriptivt system, taler i denne anledning ikke, i sig selv, for diagnosen som essentialistisk funderet, men medføre imidlertid den omtalte begrebslighed der inden for psykiatrien forstås som essentialistisk.

Med afsæt i den psykiatriske forståelse af børns diagnoser, findes det hermed ikke muligt at benægte at der findes en objektiv virkelighed. Ud fra et ontologisk perspektiv er der jo netop intet ønske om at diskutere hvorledes børns diagnoser fortolkes eller erkendes, men derimod hvordan de *er*.

Der kan med afsæt i denne forståelse argumenteres for, at børns diagnoser, i kraft af deres biologiske grundlag, kan ses som essentialistiske funderede. Der kan i denne anledning stilles spørgsmålstegn ved, om det overhovedet er muligt helt at fravige et ontologisk perspektiv.

Det er dog fundet relevant at se de to perspektiver i et samspil, hvor der ligeledes kan argumenteres for, at børns diagnoser kan forstås som en social konstruktion. Her ses der et epistemologisk genstandsfelt der søger at beskrive forståelsen af børns diagnoser ud fra subjektive, kulturelle og erkendbare forhold.

Børns diagnoser som konstrueret af kultur og social nytteværdi

Gergen ser eksempelvis børns diagnoser som konstruerede på baggrund af sproglige, relationelle og kulturelle forhold.

Med afsæt i denne forståelse kan menneskets verden, og herunder børns diagnoser, ikke forstås som en fast størrelse. Gergen mener i denne anledning, at diagnosen først får sin berettigelse i relationen mellem mennesker, hvor sproglige konstruktioner udfolder sig. Dette på baggrund af den traditionelle livsform der findes i barnets kultur samt den sociale nytte diagnosen har.

Hvis der tages udgangspunkt i en sådan forståelse, kan der argumenteres for, at der er nogle forhold i samtidens kultur og traditionelle livsform der kan være med til at konstruere børns diagnoser og medvirke til at antallet af diagnosticeringer stiger.

I denne anledning beskriver Carsten René Jørgensen eksempelvis, hvorledes normer og forventninger i det det senmoderne skolesystem her bevirket at særligt drenge

ikke kan honorere de krav skolesystemet stiller, hvilket resulterer i at deres oplevede vanskelige adfærd bliver beskrevet ud fra ADHD-lignende træk (Jørgensen, 2014). Disse øgede krav til at kunne lykkes i skolesystemet kan muligvis forklares ud fra et øget fokus på præstation, i kraft af neoliberalistiske strømninger i samtiden (Davies & Bansel, 2007).

Svend Brinkmann beskriver dertil, at der ses en tendens i samtiden til at individets ”normale” kulturelle, sociale og eksistentielle problemstillinger patologiseres. Her beskriver Jørgensen i tråd med dette, hvordan en stigning i børn og unge der diagnosticeres med ADHD kan forstås som en patologisering af urolig adfærd. Denne patologisering betragtes som en kollektiv proces, med mange forskellige aktører involveret, der ikke alene kan forklares ud fra medicinsk imperialisme (Nielsen & Jørgensen, 2010). I denne anledning kan der argumenteres for, at fagfolk bør overveje nøje, om disse oplevede vanskeligheder i virkeligheden skyldes en psykiatrisk diagnose, eller om der kan være andre årsagsforklaringer til adfærden.

Der kan imidlertid også argumenteres for, at de videnskabelige og forskningsmæssige fremskridt der er sket inden for psykiatri, som beskrevet i det historiske afsnit, har medvirket til at flere børn, der kan falde ind under diagnosekategorien, opdages og herved får den hjælp og støtte til at klare hverdagen som de har behov for.

Der kan afsluttende argumenteres for, at jo flere børn der ikke kan leve op til de samfundsmæssige krav de stilles, jo større vil behovet være for at kategorisere dem der falder uden for, og hermed opstår den nytteværdi som Gergen omtaler. Dermed kan der argumenteres for, at Gergens forståelse af, at objektiviteten sættes i parentes kan have sin berettigelse. Der ses på den måde en anerkendelse af, at der findes individuelle biologiske forhold i børn, men at diagnosen først giver nytte at beskæftige sig med når den tjener en social funktion. På den måde kan der argumenteres for, at både et biologisk og et socialkonstruktionistisk perspektiv kan inddrages i forståelsen af børns diagnoser.

Børns diagnoser som produkt af historie og kultur

Den poststrukturelle tilgang, ser derimod børns diagnoser som skabt på baggrund af samfundsmæssige magtforhold der er historisk og kulturelt betingede.

Foucault mener, at den viden der betragtes som sand viden i et samfund er et produkt af historien og kulturen, skabt på baggrund af samfundsmæssige magtrelationer. I samtiden anses psykiatri som en institution der producerer diskurser om normalitet og afvigelse og som har magt til at tildele barnet en bestemt natur.

Denne forståelse stemmer godt overens med den udvikling der har været i forståelsen af psykiske sygdomsmodeller gennem tiden. Som det er beskrevet i det historiske overblik over dansk psykiatri, har flere andre tankeformer, end det biologiske udgangspunkt, gjort sit indtog i dansk psykiatri. Det biologiske psykiatri har dog alle dage stået stærkest, frem for eksempelvis en epistemologisk forståelse som socialpsykiatrien bidrager med, herunder blandt andet recovery-orienterede tilgange til behandling der tager afsæt i patientens egen oplevelse af tilstanden (Hertz, 2008). Mogens Jensen beskriver i tråd med dette, at holdningen til psykisk lidelse og afvigelse altid vil være præget af samfundets herskende referencesystem og normer. Dette er ligeledes gældende for de interventionsformer der anvendes, eksempelvis liges der i samtiden stor vægt på den evidensbaserede behandling og standardiserede behandlingsmetoder. Dette sandsynligvis fordret af den naturvidenskabelige psykiatri (Jensen, 2012).

Foucault mener, at denne medicinske imperialisme kan forklares ud fra begrebet om moderne magt, men der kan ligeledes argumenteres for, at den viden psykiatrien producerer nærmere er den mest nyttige i forhold til forklaring og behandling af psykiske lidelser, hermed den mest nyttige sociale funktion, hvilket Gergen er inde på. En sådan betragtning vil dog vedvarende tage afsæt i forståelsen af, at samfundet producerer behovet for diagnosticering.

Et andet argument er, der gennem den historiske og kulturelle udviklingen ligeledes er sket naturvidenskabelig og teknologisk fremgang, som har skabt øget indsigt i det biologiske grundlag for psykiske lidelser. Som beskrevet i det historiske afsnit, var samfundets syn på psykisk sygdom i fortiden præget af overtro, hvor det i dag er

muligt at tage avancerede scanninger af hjernen. Dermed er det sandsynligvis også den udvikling der er sket indenfor psykiatri gennem tiden der er med til at forme forståelsen af psykisk sygdom og løsningen herpå.

Forskning inden for autisme har for eksempel skabt et bedre kendskab til de genetiske aspekter ved denne diagnose, modsat tidligere, hvor der var en idé om at det var bindingen mellem mor og barn der var årsagen til tilstanden. Dermed var der en forskydning fra barnet til miljøet som symptombærer (Frith, 2003).

Her kan der ligeledes stilles spørgsmål ved, om der ikke alle dage har været en stigmatisering af de individer der skiller sig uden for mængden.

Som beskrevet i redegørelsen af socialkonstruktionisme, er Gergen inspireret af Goffmans teoretisering, der blandt andet omhandler begrebet Stigma, der netop omtaler flertallets stigmatisering af de individer der afviger fra normen (Goffman, 2009). Der kan med afsæt i denne forståelse argumenteres for, at denne stigmatisering af afvigere alligevel ville finde sted selvom produktionen af diskurser i samfundet var anderledes. I andre kulturer eller historiske perioder ville disse ”anderledes” sandsynligvis blot have en anden betegnelse end for eksempel børn med ADHD eller autisme. Hvis individet levede under mere primitive forhold, ville der hermed sandsynligvis stadig være en udskillelse af dem der ikke kunne leve op til diskursen om normalitet i lige netop den kultur, men det ville muligvis være nogle andre afvigelser der ville blive bemærket, mens dem der kendes i dag ville falde ubemærket hen.

Afsluttende kan der argumenteres for, at biologisk psykiatri, ved at udgøre et herskende referencesystem i beskrivelsen af psykisk sygdom, i gennem tiden har haft stor indflydelse på forståelsen af børns diagnoser, hvilket der både kan være kulturelle og teknologiske årsager til. Der kan på baggrund af dette argumenteres for, at en poststrukturalistisk tilgang, i samspil med de øvrige perspektiver, kan bidrage til forståelsen af børns diagnoser som socialt konstruerede ved at kaste lys over de strukturer der i en bestemt kultur skaber det referencesystem der former individets opfattelse af afvigelse og behandlingen heraf.

Børns diagnoser som skabt af sprog og fortællinger

Den narrative tilgang har sit særlige fokus på hvorledes sproget og fortællinger om børn kan konstruere deres diagnoser, ved at skabe en sproglig fortolkningsramme som barnet relaterer sig til. Dertil ses diagnosen som en form for fortælling der fastlåser barnet i én kategori eller ét perspektiv ved at favorisere den diagnostiske fortælling frem for andre og mere positive fortællinger.

Som beskrevet i redegørelsen af den narrative teori, mener White, at disse kategorier aldrig er neutrale, da de udgør en mental konstruktion som tillægges en bestemt begrebslighed og mening. På den måde, kan barnet i kraft af den diagnostiske fortælling blive fastlåst i en sproglig kategori der definerer barnet som sygt eller handikappet og herved virke hæmmende, da udviklingspotentialer hermed kan synes forsvindende småt. Derimod mener White, at de positive og ressourcefokuserede fortællinger kan skabe udvikling og vækst. Geir Lundby beskriver i den forbindelse, hvorledes diagnosen kan betragtes som en form for fortælling der overskygger andre og mere positive fortællinger, da den i sin patologiserende form indtager for stor en del af individets identitetsfortælling (Lundby, 2009).

På baggrund af denne forståelse kan der argumenteres for, at den narrative tilgang kan supplere til forståelsen af børns diagnoser som socialt konstruerede på den måde, at de narrativer der skabes om barnet kan have indflydelse på hvor patologiserende fortællingen om barnet der er "anderledes" er. Hermed en konstruktion af diagnosen på mikroplan, eksempelvis i det system som barnet er deltager i. Hvilke værdier og hvilke vanskeligheder der eksempelvis fremhæves i kraft af denne "anderledeshed". Mødes barnet for eksempel med nysgerrighed og forundring eller er der mere fokus på fortællingen om barnet med diagnosen der fejler i at leve op til de normer og krav som samfundet stiller det.

Der kan ligeledes argumenteres for, at det kan være betydningsfuld for forståelsen af barnet, at "normale" problemstillinger der kan skyldes andre faktorer end de individuelle ved barnet ikke patologiseres, som Brinkmann beskriver. Dertil kan der ligeledes argumenteres for værdien i at fokusere på de ressourcer og udviklingsmuligheder som barnet besidder.

Dertil kan der ligeledes argumenteres for, at opmærksomheden på at lokalisere diskurser for normalitet og idealer hos barnet kan skabe opmærksomhed på hvad der er normalt og ønskværdigt for lige netop *dette* barn. Hermed kan nogle af de samfundsmæssige diskurser om normalitet og idealer, som Foucault beskriver, nedbrydes på mikroniveau, hvilket sandsynligvis bidrager til en lempelse af de krav og forventninger der er til barnet og hermed bidrage til oplevelsen af at barnet ikke så ofte falder ”igennem” og dermed virker mindre anderledes. Hermed altså en forståelse for at arrangere hverdagen, så barnet kan deltage ud fra sine forudsætninger.

Der kan dog stilles spørgsmålstejn ved, om den struktur sproget og fortællingerne udgør er stærk nok til at opretholde den fortolkningsramme som White beskriver. Der kan derfor argumenteres for, at det på mikroplan *kan* være muligt at nedbryde samfundsmæssige diskurser og fremhæve barnets ressourcer, men at et makroplan ikke vil blive involveret og at forståelsen af barnet herved vedvarende vil blive påvirket af samfundsmæssige diskurser om normalitet.

På baggrund af ovenstående kan der argumenteres for, at den narrative tilgang, i samspil med de øvrige tilgange, kan bidrage til forståelsen af børns diagnoser som socialt konstruerede på mikroplan, eksempelvis i skolesystemet.

Børns diagnoser som medskabt i systemet

Den systemiske teori forstår børns diagnoser som konstituerede i et socialt system. Dette i kraft af de relationer, sammenhænge og mønstre der findes i systemet.

Bateson mener her, at diagnosen ikke kan placeres i det enkelte barn, men at alle de individer der deltager i systemet ses som medskabende i forhold til de symptomer og adfærdstræk der kommer til udtryk ved diagnosen. Barnet skal i denne sammenhæng forstås som en del af et større system eller organisme, og det giver derfor ikke mening at betragte dets vanskeligheder isoleret, men nærmere som et barn *i* vanskeligheder i relation og proces med sine omgivelser.

Grundlæggende i den systemiske teori er en multifaktoriel forståelse af barnets oplevede vanskeligheder. Hermed kan mange sandheder have berettigelse, som for

eksempel at der både kan være forhold i barnet og ved systemet der gør, at barnet opleves anderledes eller i vanskeligheder.

Her kan kommunikationen i systemet, som beskrevet ved den narrative tilgang, såvel som mønstre og relationer anses som betydningsfulde faktorer.

Eksempelvis beskriver Helle Rabøl Hansen, Inge Henningsen & Jette Kofoed hvordan klassekultur kan glide over i ekstreme eksklusioner, ved et såkaldt ”tippepunkt”. Et eksempel på et sådan tippepunkt beskrives som en klassekultur der af eleverne beskrives som negativ. Her ses der altså en større tendens til en konstituering af afvigere i en negativ klassekultur og hermed sandsynligvis også mindre rummelighed til forskellighed. Med afsæt i en sådan forståelse kan der argumenteres for, at den kultur der findes i systemet kan skabe nogle eksklusionsmekanismer, der kan bidrage til forståelsen af børns diagnoser som socialt konstruerede.

Dertil kan der argumenteres for, at der kan være nogle praktiske forhold i systemet der gør, at barnet kan have svært ved at passe ind. Hermed kalder den systemiske tilgang på forståelsen af at det ikke nødvendigvis er barnet der er symptomfører, men at systemet, eksempelvis den måde forældre og professionelle indretter hverdagen for barnet på, kan gøre det vanskeligt at være barn i lige netop denne kontekst, hvilket bidrager til at de oplevede vanskeligheder opstår.

Eksempelvis mener Søren Hertz, at barnets adfærd skal ses som invitationer til nysgerrigt at forholde sig til det der ikke umiddelbart er forståeligt, for på den måde at kunne respondere hensigtsmæssigt. Han beskriver for eksempel hvordan hyperaktivitet ved barnet kan ses som en invitation til at udvikle måder at gøre noget ved impulsiviteten på og derved hjælpes ad med at udvikle roen og muligheder for fordybelse (Hertz, 2008).

På den måde, åbner den systemiske tilgang op for muligheden for at se børns adfærd i et multifaktorielt perspektiv, hvor der kan være flere årsager til den oplevede problemadfærd end de individuelle. Der er ligeledes et fokus på, at børns diagnoser skabes i kraft af 2. ordens kybernetik. Hermed er adfærden altid omtalt af de deltager der er i systemet og kan i kraft af denne forståelse ikke betragtes uden subjektiv indvirken fra disse deltagere. Som beskrevet, er diagnosesystemet jo et deskriptivt

system, og hermed vil diagnosen stilles på baggrund af andres vurderinger og oplevelser af barnets adfærd.

Der kan dog argumenteres for, at denne systemiske tilgang er mest anvendelig til at beskrive børns diagnoser som socialt konstruerede når den ses i samspil med barnets biologiske udgangspunkt, da der kan stilles spørgsmålstejn ved, i hvor høj grad barnets system, så som skolesystemet, kan indvirke på om barnets tildeles en psykiatrisk diagnose, så som autisme eller ADHD.

Der kan afsluttende hermed argumenteres for, at den systemiske tilgang til forståelsen af børns diagnoser som konstruerede, i samspil med de øvrige tilgange, kan bidrage med til forståelse på den måde, at barnets, med sit udgangspunkt, jo er en del af et system, hvor dette udgangspunkt kommer i spil med de relationer, mønstre og processer og den kommunikation der findes i dette system, hvilke alle kan ses som indflydelsesrige i forhold til barnets oplevede vanskeligheder.

Diskussion af konsekvenser ved de divergerende forståelser

I følgende diskussionsafsnit vil der kastes lys over de positive og negative konsekvenser der kan være for børnene ved de divergerende tilgange. Der tages her særligt afsæt i de behandlingsmæssige konsekvenser, som disse forskellige tilgange bidrager til. Hermed vil der implicit blive fremhævet styrkesider såvel som kritik ved disse tilganges anvendelighed i forhold til at respondere på de vanskeligheder der opleves ved barnet der diagnosticeres. Der vil her blive fokuseret på de valgte diagnoser Autisme og ADHD.

Positive konsekvenser ved den essentialistiske forståelse

Som beskrevet i indledningen, kan der først og fremmest være nogle samfundsmæssige anordninger der gør, at en diagnosticering af barnet kan give en blåstempling i forhold til at opnå behandling, medicinering, ekstra ydelser, for eksempel i form af specialtilbud eller støttetimer. Hermed kan diagnosen åbne op for blandt andet interventions- og behandlingsmuligheder for barnet.

Som nævnt tidligere, har psykiatri en lang forskningstradition bag sig og der er sket store videnskabelige fremskridt inden for dette felt i forhold til at forstå og behandle psykiske forstyrrelser hos børn.

De behandlingsmetoder der anvendes i forhold til intervention og behandling af Autisme og ADHD er evidensbaserede, og der er hermed en sikkerhed for effekten heraf. I den anledning beskriver John Kjøbli, hvordan han mener, at evidens er nødvendig for at sikre, at samfundet anvender de sikreste og bedste metoder der i størst mulig grad er til hjælp for barnet.

Dertil søger den psykiatriske tilgang at intervenere på et individplan. Hermed arbejdes der med vanskelighederne i barnet. Der kan i denne anledning argumenteres for, at den psykiatriske diagnose kan sikre at behandling, intervention og pædagogik kan tilrettelægges, så barnet får en nødvendig hjælp og støtte til at kunne befinde sig bedre i hverdagen. Dette både set i forhold til den føromtalte begrebslighed, som diagnosen fører med sig, der skaber forståelse for og indblik i barnets vanskeligheder, men også set i forhold til muligheden for at tilrettelægge en evidensbaseret behandling af barnet.

Der findes flere forskellige behandlingsformer for børn med diagnoserne Autisme og ADHD. Behandlingen af børn med Autisme vil overvejende være af pædagogisk karakter, hvor der både kan anvendes en ”skubbende” pædagogik og en mere ”skærmende” af slagsen. Denne pædagogik er beskrevet i evidensbaserede standardiserede programmer, ved eksempelvis *Lovaas's Behaviour Modification Programme (LBMP)*, som udgør en skubbende pædagogik, der søger at give barnet nogle færdigheder, så den problemfyldte adfærd mindskes og autismen på den måde søges behandlet (Kerig et al., 2012). Herved skal barnet tilpasse sig omverdenen, ikke omvendt (Fisker, 2012). En skærmende pædagogik er eksempelvis *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH)*, som i højere grad bidrager til at strukturere og hermed tilpasse miljøet, så barnet kan deltage ud fra sine forudsætninger (ibid.). Hermed altså to eksempler på evidensbaserede tilgange der kan hjælpe barnet med autisme i hverdagen.

Behandling af ADHD kan ligeledes have et pædagogisk sigte. Her kan eksempelvis nævnes forældretræningsprogrammer, der kan betegnes som skubbende pædagogik, der har det sigte af forbedre adfærdsforstyrrelser ved børn med ADHD (Fisker, 2012). Et eksempel på et sådan program er det danske evidensbaserede standardiserede forældretræningsprogram, som anbefales af ADHD-foreningen, *Kærlighed i kaos* (ADHD Foreningen, nedtaget den 15.5.2015, <http://adhd.dk/projekter/effekten-af-kaerlighed-kaos/>).

Dertil kan der ligeledes anvendes nogle skærmende pædagogiske tiltag til børn ADHD, så barnet kan klare flere ting i hverdagen på egen hånd, så som støtteredskeer der blandt andet bidrager til at skabe struktur og tidsstyring samt støtte af hukommelse og koncentration (ADHD-foreningen, nedtaget den 15.5.2015, <http://adhd.dk/livet-med-adhd/stoetteredskeer/>).

Meget anvendt, men også meget omdiskuteret og kritiseret, er der ligeledes den medicinske behandling af ADHD, eksempelvis med Ritalin. Et argument for denne behandlingsmetode er, i følg Tore Kargo, at barnet der er medicinsk behandlet mange gange fungerer bedre i hverdagen og har større mulighed for at profitere af den pædagogiske indsats der er tilrettelagt. Herved opnås der mulighed for at arbejde med barnet på en måde der ikke var mulig inden medicineringen. Der ses færre konflikter i hverdagen og der er mere tid til leg og læring (Kargo, 2011).

Denne forståelse stemmer godt overens med de af Sundhedsstyrelsen udarbejdede *Nationale Kliniske Retningslinjer for god praksis (NKR)*, der ser en kombineret intervention af medicinsk behandling og psykosocial intervention som den bedste behandlingspraksis, for at afhjælpe andre kernesymptomer som for eksempel adfærdsforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Negative konsekvenser ved den essentialistiske perspektiv

Selvom en positiv konsekvens ved den individfokuserede og evidensbaserede behandling er fremhævet i ovenstående afsnit, kan der ligeledes fremhæves nogle negative konsekvenser ved denne tilgang.

Eksempelvis beskriver Mogens Jensen, hvorledes han mener, at den diagnosticerende tilgang har sine fordele, men ligeledes i nogle tilfælde kan virke forstyrrende for pædagogisk arbejde (Jensen, 2012). Her problematiserer han især det faktum, at den i kraft af sin søgen efter lineær kausale sammenhænge, kan fjerne fokus fra de systemiske og multifaktorielle sammenhænge barnet er en del af. Dertil ses standardiseringen af de evidensbaserede programmer som svære at tilpasse det enkelte individ (ibid.).

Hanne Kathrine Krogstrup, som forsker i effektevaluering, stiller sig ligeledes kritisk i forhold til selve effektevalueringen af standardiserede evidensbaserede programmer og hermed ligeledes anvendelsen af evidensbegrebet i forhold til disse (Krogstrup, 2011). Krogstrup problematisere især evidensbegrebet set i forhold til det hun betegner ”vilde problemer”. Disse er karakteriseret ved at de ikke har entydige lineære kausale løsninger og dermed ikke kan defineres og adskilles fra andre problematikker (ibid.) Disse vilde problemer kan der argumenteres for, at adfærdsforstyrrelser netop udgør, hvilke jo betegnes som et kernesymptom ved ADHD (Sundhedsstyrelsen, 2014). Desuden vil den intervention der udgør løsningen være et samspil mellem mange forskellige variable (Krogstrup, 2011).

Dette betyder, at effektevalueringen af et sådant program kan betegnes som særdeles vanskelig, da den ikke kan genereres data på baggrund af lovmæssigheder, men derimod handlingsmønstre (ibid.). Hertil kan nævnes, at den viden der knytter sig til interventioner der omhandler sociale problemstillinger er indlejret i den kontekst de udspiller sig i. Dette bevirker, at der ikke kan tales om en ”sikker” effekt, men nærmere en ”sandsynlig” effekt (ibid.). Dertil kan den standardiserede løsning kan komme til kort, da for eksempel adfærdsforstyrrelser kommer til udtryk på mange forskellige måder. Hermed er det ikke den samme udfordring alle deltagere står overfor. Endvidere er det svært at definere *hvad* der gav effekten, da resultaterne kun sjældent påviser sammenhæng mellem intervention og effekt (ibid.).

Krogstrup problematiserer endvidere de metodologiske præmisser for effektevalueringen, herunder det randomiserede kontrollerede forsøg som ”Golden Standard”, hvilket bevirker at det vurderes som mest troværdigt og opnår højeste rang i forhold til finansiering af forskning og evaluering, problematisk når der i

undersøgelsen forekommer høj ekstern validitet (ibid.). Svagheden er hermed, at det kan være vanskeligt at vurdere, hvorvidt de resultater eksperimentet viser, vil opstå i andre sammenhænge med deltagelse af andre mennesker (ibid.).

Som det kommer til udtryk i redegørelsen af børns diagnoser som socialt konstruerede, kan der ligeledes fremhæves det faktum, at den socialkonstruktivistiske forståelse på mange måder er kritisk over for diagnosticering af mennesker. Dette især grundet en forståelse af, at begrebet ”sygdom” begrænser individets handlemuligheder (Gergen, 2010). Dertil beskriver Lundby hvorledes særligt børn kan være følsomme overfor disse forhold, da de er i udvikling og meget afhængig af deres kontekst (Lundby, 2009)

I tråd med dette mener Karen Vibeke Mortensen, at selvom psykiatrien ligger stor vægt på at diagnosen er beskrivelser af sygdomsbilleder, og ikke personer, kan der ske et skred, hvor individet alligevel anvender diagnoser som personbeskrivelser (Mortensen, 2006). Hermed ses diagnosesystemet ikke, i sig selv, patologiserende, men omverdenens respons på diagnosen kan føre til denne konsekvens.

Mortensen mener ligeledes, at medicinalindustrien spiller en for stor rolle i behandling og udforskning af psykiske lidelser. Især af den årsag, at diagnoserne udelukkende hviler på symptomer ved barnet og at der ikke indgår en vurdering af barnets miljø som en obligatorisk del af den diagnostiske vurdering. Hun mener på samme måde som Lundby, at børn er dybt afhængige af deres miljø og aldrig kan vurderes uafhængigt af det (Mortensen, 2009).

Hun stiller sig særligt kritisk over for medicinering af børn, da hun ikke ser medicinsk behandling som egnet til at behandle multifaktorielle komplekse vanskeligheder og mener, at den fjerner fokus fra psykologiske og pædagogiske behandlingsmetoder. Dertil mener hun ikke, at der vides nok om de udviklingsmæssige konsekvenser medicinering har for barnet (ibid.).

I tråd med dette mener Tine Basse Fisker, at overlap mellem ADHD og adfærdsforstyrrelserne kan bidrage til fejl-diagnosticering. Dette ser hun som problematisk, da de to diagnoser ikke kræver samme behandlingsformer,

eksempelvis er det ikke hensigtsmæssigt at behandle adfærdsforstyrrelser medicinsk (Fisker, 2012).

Der kan i denne anledning argumenteres for, at der altid vil være en risiko for fejlvurdering når en psykiatrisk udredning laves. Dette grundet af diagnosen stilles ud fra psykiater og læges subjektive vurdering af barnets symptomer. Disse overvejende på baggrund af oplysninger fra forældre og fagfolk. Derfor kan der argumenteres for, at disse er subjektafhængige, hvilket altid vil påvirke vurderingen, som beskrevet ved tanken om 2. ordens kybernetik.

Positive konsekvenser ved det socialkonstruktionistiske perspektiv

Som beskrevet i redegørelsen, sætter de socialkonstruktivistiske tilgange til forståelsen af børns diagnoser fokus på betydningen af narrativer om barnet og påvirkningen af samfundsskabte normer og idealer. Dertil rettes der ligeledes opmærksomhed på at barnet er en del af et system.

Særligt inden for den pædagogiske psykologi er der i samtiden sket et paradigmeskift, hvor der blandt andet inden for PPR arbejdes systemisk og narrativt, modsat tidligere, hvor der var et større fokus på vanskeligheder *i* det enkelte barn. Der er ligeledes sket et skift fra at psykologen skulle agere ekspert til at anvende mere konsultative tilgange (Dall, 2008; Hansen, 2002).

Ud fra dette socialkonstruktivistiske ståsted har psykologen, ved en narrativ og systemisk konsultation, gode muligheder for at arbejde med alternative forståelser af virkeligheden, og dermed en re-formulering af de eksisterende narrativer omkring barnet. Hermed arbejdes der med kontekstens tilgang til barnet, som for eksempel lærernes, frem for barnet på individplan, som det er kendetegnet ved de individfokuserede behandlingsformer som for eksempel ved (LBMP) og medicinsk behandling.

I konsultationen kan psykologen arbejde med begrebet *reframing*, der søger, at tilbyde barnet en alternativ referenceramme, som omtalt i den narrative teori (Hansen, 2002). På den måde sker der et skift fra en kategori til en anden og barnet løsrives fra de forståelser og den mening der er tillagt en bestemt kategori.

Psykologen må i den henseende være bevidst om, hvordan den professionelle position medvirker til en *definitions*magt, samt hvordan systemet, ud fra tanken om 2. ordens kybernetik, ikke kan forstås som uafhængigt af denne. Hermed hvordan psykologen selv er med til at påvirke narrativerne om barnet (Bae, 1992; Hansen, 2002).

For at bidrage til vedvarende udvikling i systemet, og hermed det miljø der omgiver barnet, må psykologen søge at skabe 2. ordens forandringer, der har karakter af en øget faglig kompetence og autonomi ved de professionelle omkring barnet, der bidrager til en udviklingsstrategi i systemet (Hansen, 2002). For at gøre dette, må for eksempel de professionelles evne til refleksion og ressource-tænkning fremmes, så de selvstændigt bliver opmærksomme på processer og mønstre i systemet og uafhængigt søger nye alternative forståelser af barnet (Dixon, 2007). Samarbejdet mellem psykologen og den professionelle må derfor omhandle en proces af refleksiv facilitering, hvor de gennem dialog sam-skaber betingelser for kognitiv og emotionel indsigt og udvikling (Hansen, 2002).

Det kan i denne anledning argumenteres for, at der i konsultationen kan skabes nye fortællinger om barnet og ligeledes på mikroplan nedbrydes nogle af de krav og forventninger der er til barnet. Denne tilgang kan ligeledes bidrage til professionelles refleksion over alle de forhold der bliver betragtet som sande og selvfølgelige. Liv Mette Gulbrandsen beskriver i tråd med dette, hvordan en socialkonstruktivistisk tilgang eksempelvis kan hjælpe professionelle med at indtage en metaposition i forhold til viden, tænkning og praksis (Gulbrandsen, 2006). Dertil liges der op til at de professionelle bliver opmærksomme på de uhensigtsmæssige processer og mønstre der kan være i systemet.

Negative konsekvenser ved det socialkonstruktivistiske perspektiv

På trods af ovenstående argument, for de positive konsekvenser af den socialkonstruktivistiske tilgang, kan der ligeledes fremhæves nogle negative konsekvenser.

Først og fremmest kan der argumenteres for, at en sådan tilgang kan komme til at "svigte" barnet, hvis der ikke bliver handlet på de vanskeligheder der *kan* være inde i barnet. Dette eksempelvis hvis professionelle bliver berøringsangste i forhold til de oplevede vanskeligheder i frygt for at stigmatisere. Der er her en fare for at diagnoser som fx Autisme eller ADHD ikke bliver opdaget, da der i stedet fokuseres på at tale mere ressourcefremmende eller at ændre andre faktorer i systemet.

En konsekvens ved, at børn der har en form for funktionsnedsættelse ikke bliver udredt kan være, at de får problemer senere hen i livet, hvis ikke vanskelighederne opdages og behandles. Særligt kan dette gå ud over arbejdsevne og psykisk sundhed (Danske Regioner, nedtaget den 15.5.2015, <http://www.regioner.dk/~media/Filer/Social%20og%20psykiatri/PsykiskSygdomTilNettet2.ashx>).

Det er eksempelvis velkendt, at børn med autisme blandt andet kan udvikle angst, grundet for meget uforudsigelighed i hverdagen (Autismeforeningen, nedtaget den 15.5.2015, <http://autismeforening.dk/videncenter/temaArtikelSe.aspx?id=53>).

Børn med ADHD har ligeledes større sandsynlighed end andre for at udvikle misbrug eller komme ud i kriminalitet. Dette sandsynligvis grundet lavt selvværd, manglende honorering af krav og vanskeligheder med at passe ind i en "normal" hverdag (ADHD-foreningen, nedtaget den 15.5.2015, <http://adhd.dk/livet-med-adhd/adhd-og-risikobetonet-adfaerd/>).

Der kan hermed stilles spørgsmålstegn ved, om det kan hjælpe barnet *nok*, at der arbejdes med konteksten alene. Som det ses i klassifikationskriterierne, har børn med autisme og ADHD mange områder hvorpå de adskiller sig fra normen. Der kan i denne anledning argumenteres for, at der kan opstå nogle problemer udelukkende ved at anvende socialkonstruktivistiske tilgange med henblik på, at disse børn skal finde sig bedre tilpas og fungere bedre i hverdagen.

Som nævnt i tidlige, kan der ligeledes stilles spørgsmålstegn ved, om det i praksis kan lade sig gøre at skabe forandringer på lokalt plan, ved at tilbyde barnet en anden referencerammer og nedbryde diskurser om normalitet. Der kan hermed argumenteres for, at barnet vedvarende vil blive konfronteret med sin anderledes væremåde. Som tidligere beskrevet, har skolesystemet for eksempel ændret sig i dag,

hvilket betyder, at nogle børn nemmere ”falder igennem”. På grund af disse samfundsmæssige krav, kan der argumenteres for, at det kan være yderst udfordrende at ændre på disse forhold lokalt. Desuden befinder barnet sig i et system, hvor det måske nemt bliver positioneret som afviger. Hermed kan der stilles spørgsmålstejn ved, om barnet som er en del af et system, som Bateson beskriver, kan fritages fra de normer og idealer som samfundet og barnets kontekst foreskriver.

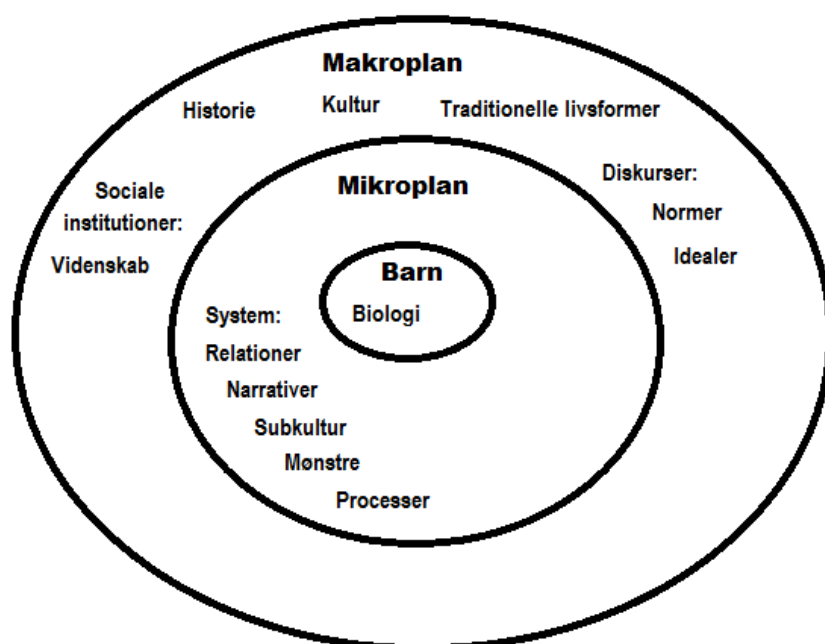
Syntese

Med afsæt i foregående diskussion, kan der argumenteres for brugbarheden af en integration af de beskrevne tilgange, som alle kan bidrage til forståelsen af børns diagnoser. Hermed tages der både hensyn til de vanskeligheder der kan være i barnet, men ligeledes søges der at finde svar i barnets kontekst. Dermed bliver det ligeledes muligt at tage de beskrevne positive og negative konsekvenser, der kan være ved de forskellige tilgange, i betragtning.

Denne integration vil blive illustreret i følgende afsnit ved en bio-kontekstuel model

Den bio-kontekstuelle model

Ved at integrere de to perspektiver kan der udledes denne Bio-kontekstuelle model:



Denne model er en syntese af de i specialet anvendte teoretiske tilgange og bygger på forståelsen af:

- At naturvidenskaben, herunder psykiatri, via dennes metoder og praksisser, er i stand til at identificere og behandle psykiske afvigelser hos børn, så som ADHD og Autisme. Dette på baggrund af symptomer og adfærdstræk beskrevet i ICD-10 og DSM-5. Hermed anerkendes det, at diagnosen kan identificeres i barnet. I denne anledning anses det som essentielt at der handles på barnets vanskeligheder, da det ellers kan gå ud over barnet psykiske velbefindende på lang sigt.
- At en evidensbaseret og individfokuseret behandling af børn med ADHD eller Autisme, som for eksempel medicinering, (LBMP) eller forældretræningsprogrammer, som Kærlighed i kaos, kan hjælpe barnet til at fungere bedre i hverdagen. Det er dog her vigtigt at være opmærksom på, at evidensbaserede programmer ikke favner multikausale problemstillinger.
- At der i samfundet eksisterer socialt skabte diskurser, herunder normer og idealer, som individet søger at indrette sig efter. Diagnosesystemet kan siges at være et produkt af en sådan diskurs om normalitet som er opstået på baggrund af den traditionelle livsform der findes i barnets kultur samt den sociale nytte den har. På den måde skabes diagnosen *mellem* mennesker.
- At der ikke stilles spørgsmålstegn ved disse socialt konstruerede referencerammer der er i et samfund, eksempelvis begrebet om normalitet. Videnskaben har muligvis stor magt, på baggrund af dens legitimitet, til at definere sandheden, men sandsynligvis handler denne stigning i diagnosticering af børn ligeledes om skærpede samfundsmæssige krav til individet, for eksempel krav i skolesystemet grundet neoliberalistiske strømninger, samt en kulturel tendens til at patologisere normale problemstillinger. Dertil kan de videnskabelige og forskningsmæssige fremskridt der er sket inden for psykiatri have medvirket til, at flere børn, der kan falde ind under diagnosekategorien, opdages.

- At sproget har en skabende og definerende kraft. Eksempelvis ved at diagnosen kan betragtes som en form for fortælling der overskygger andre og mere positive fortællinger, da den i sin patologiserende form indtager for stor en del af individets identitetsfortælling. Diagnosen skal hermed ses som én fortælling ud af mange.
- At det, i en vis grad, er muligt, at nedbryde nogle af de herskende samfundsmæssige diskurser på lokalt plan for at fremme barnets velbefindende. Dette kan for eksempel gøres ved at der arbejdes med barnets kontekst i narrativ systemisk konsultation. Eksempelvis kan der sættes fokus på, hvad der giver mening for lige netop *dette* barn, med ADHD eller autisme. Hvad der er normalt og hvad der er ideelt samt hvilke fortællinger om barnet der er værd at fremhæve.
- At barnet ikke kan ses uafhængigt af sin kontekst, og at sociale systemer kan bidrage til at konstituere og opretholde barnets oplevede vanskeligheder. Derfor ses det som betydningsfuldt, at være opmærksom på at inddrage konteksten, herunder en cirkulær forståelsesform, i vurderingen af barnets adfærd. Hermed en opmærksomhed på, at barnet ikke alene som symptombærer, men at systemet kan gøre det vanskeligt at være barn i lige netop denne sammenhæng. Denne betragtning af konteksten vil aldrig kunne iagttages objektivt, da der kan være mange versioner af sandheden omkring barnets vanskeligheder. Hermed anses den diagnostiske forklaring som én sandhed ud af mange.

Kapitel 5

Konklusion

I indeværende speciale er der teoretisk blevet undersøgt, om børns diagnoser kan forstås som essentialistisk funderede eller socialt konstruerede og hvilke konsekvenser der kan være for børnene ved disse forskellige forståelser.

Valget af netop denne problemstilling kommer af en undren over den stigende diagnosticering der ses i samtiden og en opmærksomhed på det dilemma professionelle der arbejder med børn kan stå i, når de på den ene side ser diagnosticering af barnet som en mulighed for blandt andet at tilrettelægge behandling og pædagogik, så barnet kan hjælpes bedst muligt i forhold til de oplevede vanskeligheder som det står i, og på den anden side er bekymrede for, om en sådan diagnosticering skaber en begrebslighed der fører til en patologisering og stigmatisering af barnet som kan hæmme dets udviklingsmuligheder.

Med afsæt i specialets indeværende teoretiske redegørelser kan børns diagnoser, på den ene side, ses som essentialistisk funderede. Med afsæt i dette perspektiv kan børns diagnoser forstås som skabt af lægevidenskaben, ved brug af de metoder, herunder klassifikationssystemet, der knytter sig til denne disciplin.

Diagnosesystemet, der er et deskriptivt system, søger ikke i sig selv at komme med årsagsforklaringer for de tilstedeværende symptomer og adfærdstræk, men da lægevidenskaben, med sit ontologiske og naturvidenskabelige grundlag, søger at studere barnets biologiske udgangspunkt, vil en sådan forståelse imidlertid knytte sig til diagnosebegrebet.

Særligt den biologiske psykiatri har gennem tiden stået stærkt, hvor der ses en stor udvikling af forskningsmetoder og markante videnskabelige fremskridt i forhold til at behandle og forstå børns diagnoser med afsæt i et biologisk grundlag. Denne udvikling kan bidrage til at forklare den stigende diagnosticering af børn ved at flere børn, der kan falde ind under diagnosekriterierne, opdages.

Diagnoserne Gennemgribende udviklingsforstyrrelse og Hyperkinetisk forstyrrelse har længe været kendt inden for børne- og ungdomspsykiatri og forstås i dag, i et psykiatrisk perspektiv, hovedsageligt som betinget af genetiske faktorer.

På den anden side, kan børns diagnoser ligeledes forstås som socialt konstruerede. Med afsæt i dette perspektiv kan børns diagnoser forstås som konstruerede på baggrund af menneskelig erkendelse og kontekstuelle forhold. Hermed forstås børns diagnoser ud fra et epistemologisk og humanvidenskabeligt perspektiv.

Den socialkonstruktivistiske tilgang, som Gergen repræsenterer, ser børns diagnoser som konstruerede på baggrund af sproglige, relationelle og kulturelle forhold. Denne tilgang anerkender forståelsen af, at en objektiv tilgang til verden er mulig, men mener, at børns diagnoser først opnår sin meningsfulde konstruktion i relationen mellem mennesker og skabes på baggrund af kulturelle forhold og deres sociale nytteværdi.

Den poststrukturelle tilgang, som Foucault er forgangsmand for, ser derimod børns diagnoser som skabt på baggrund af samfundsmæssige magtforhold der er historisk og kulturelt betingede. Disse magtforhold anses som betydningsfulde for samfundsmæssige diskurser der definerer normalitet såvel som afvigelse. Her anses psykiatri som en institution der i kraft af naturvidenskaben har stor magt til at tildele barnet en bestemt natur eller identitet. Her kan der dog ligeledes peges på neoliberalistiske strømninger, der medvirker til øgede krav til individet, samt en stigende tendens i samtiden til at patologisere ”normale” problemstillinger.

Den narrative tilgang, som White er fortaler for, har sit særlige fokus på hvorledes sproget og fortællinger om barnet kan konstruere børns diagnoser, ved at skabe en sproglig fortolkningsramme der danner grundlag for hvilke aspekter af det levede liv der kommer til udtryk. Her ses diagnosen som en form for fortælling der fastlåser barnet i én kategori eller ét perspektiv ved at favorisere nogle historier frem for andre.

Den systemiske teori, som er repræsenteret af Bateson, forstår børns diagnoser som konstituerede i et socialt system. Dette i kraft af de relationer, sammenhænge og mønstre der findes i systemet. Med dette fokus kan diagnosen ikke placeres i det

enkelte barn, men alle de individer der deltager i systemet ses som medskabende i forhold til de symptomer og adfærdstræk der kommer til udtryk ved diagnosen.

Der kan ved både den essentialistiske og den socialkonstruktivistiske forståelse af børns diagnoser være nogle positive og negative konsekvenser for børnene, hvilke er blevet diskuteret i indeværende speciale.

For at imødekomme de styrkesider såvel som faldgrupper der kan være ved de divergerende forståelser af børns diagnoser, er det under udarbejdningen af specialet fundet relevant at integrere de to perspektiver i en bio-kontekstuel model. Denne model er tænkt som en integration af de to perspektiver der kan anvendes som et redskab til fagpersoner der står i det omtalte dilemma omkring diagnosticering af børn.

Afsluttende kan der på baggrund af indeværende speciale konkluderes, at børns diagnoser kan forstås som både essentialistisk funderede og socialt konstruerede, hvor der ses både negative og positive konsekvenser ved de divergerende tilgange.

Børns diagnoser kan hermed være påvirket af flere faktorer, der kalder på, at professionelle der arbejder med børn har disse faktorer for øje, når de tager beslutninger omkring diagnosticering af børn. Disse faktorer er søgt integreret i den udarbejdede bio-kontekstuelle model.

Denne model fastslår, at børn *har* en særlig essens eller natur, som udfolder i et samspil med den kontekst barnet *befinder* sig i.

Litteraturliste

- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychological Association
- Andreasen, N. C. (1994). Emil Kraepelin 1856-1926. *The American Journal of Psychiatry*, 151(3)
- Arendt, M., Jónsson H. & Hougaard, E.(2013). Diagnoseliste: DSM-5. *Psykolog Nyt*, 2013(15)
- Asperger, H. (1944). Die autistischen psychopathen im kindesalter. In Videnscenter for autisme (ed.), *Hans Asperger & Leo Kanner: oversættelse af originalartikler*. København: Videnscenter for autisme
- Bae, B. (1992). Relasjon som vågestykke – læring om seg selv og andre. In B. Bae & J. E. Waastad (eds.), *Erkjennelse og anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Chicago: The university of Chicago
- Bateson, G. (1979). *Mind and nature: a necessary unity*. Glasgow: William Collins Sons & Co
- Christensen, G. (2002). *Psykologiens videnskabsteori*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag
- Dall, K. J. & Sparre, A. S. M. (2008). Den narrative PPR-psykolog. *Psykolog nyt*, 13(2008)
- Davies, B. & Bansel, P. (2007). Neoliberalism and education. *International Journal og qualitative studies in education*, 20(3)
- Dixon, R. (2007). Systemic thinking – a framework for research into complex psychosocial problems. *Qualitative research in psychology* 4(2007)
- Fisker, T. B. (2012). Mere viden om diagnoser. *Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), Århus universitet*
- Foucault, M. (1971). *Talens forfatning*. København: Hans Reitzels Forlag
- Foucault, M. (1976). Questions on geography. In C. Gordon (ed.), *Michel Foucault: power/knowledge*. New York: Vintage Books
- Foucault, M. (1977). Truth and power. In C. Gordon (ed.), *Michel Foucault: power/knowledge*. New York: Vintage Books

- Frith, U. (2003). *En gådes afklaring*. København: Hans Reitzels Forlag
- Gergen, K. J. (1982). *Toward transformation in social knowledge*. New York: Springer
- Gergen, K. J. (2001). *Social construction in context*. London: SAGE Publications
- Gergen, K. J. (2010). *En invitation til social konstruktion*. København: Forlaget Mindspace
- Goffman, E. (2009). *Stigma – om afvigerens sociale identitet*. København: Samfundslitteratur
- Gulbrandsen, L. M. (2006). *Opvækst og psykisk udvikling*. København: Akademisk Forlag
- Hansen, K. V. (2002). Teoretiske og metodiske overvejelser. In K. V. Hansen (ed.), *Konsultation – et udviklingsperspektiv på Pædagogisk Psykologisk Rådgivning*. København: Psykologisk Forlag
- Hansen, R. H., Henningsen, I. & Kofoed, J. (2014). Når klassekultur tipper over i mobning. In J. Kofoed & D. M. Søndergaard (eds.), *Mobning gentænkt*. København: Hans Reitzels Forlag
- Heede, D. (2002). *Det tomme menneske: Introduktion til Michel Foucault*. København: Museum Tusulanums Forlag
- Hertz, S. (2008). *Børne og ungdomspsykiatri*. København: Akademisk Forlag
- Holmgren, A. (2007). Systemisk og narrativ terapi. In B. Karpatschhof & B. Katzenelson (eds.), *Klassisk og moderne psykologisk teori*. København: Hans Reitzels Forlag
- Holmgren, A. (2008). Det fraværende, men implicite. *Psykolog nyt*, 2008(9)
- Hovmand, I. (2006). Diagnose og fortælling. *Fokus på familien*, 2(34)
- Jensen, M. (2012). Diagnoser og socialpædagogisk behandlingsarbejde. *Gjallerhorn*, 2012(15)
- Jørgensen, C. R. (2012). *Danmark på briksen*. København: Hans Reitzels Forlag
- Jørgensen, C. R. (2014). *ADHD: bidrag til en kritisk psykologisk forståelse*. København: Hans Reitzels Forlag
- Jørgensen, O. S. (1999). Gennemgribende udviklingsforstyrrelser. In L. Lier, T. Isager, O. S. Jørgensen, F. W. Larsen & T. Aarkrog (eds.), *Børne og ungdoms psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag

- Kanner, L. (1943). Autistic Disturbances of Affective contact. *Quarterly journal of psychopathology: psychotherapy, mental hygiene and guidance of the child*, 2(3)
- Kerig, P., Ludlow, A. & Wenar, C. (2012). *Developmental psychopathology*. Berkshire: McGraw-Hill Higer Education
- Kjøbli, J. (2010). Nødvendigheten av evidens når vi skal hjelpe barn med atferdsvansker. *Norges barnevern* 2(87)
- Kragh-Sørensen, P., Parnas, J. & Mors, O. (2010). Psykiatriens teoretiske fundament: sygdomsbegreb, klassifikation og diagnostik. In O. Mors, P. Kragh-Sørensen & J. Parnas (eds.), *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard Danmark
- Kristensen, J. E. (2012). Diagnosernes diagnose – om diagnoser og samtidsdiagnostik. *Gjallerhorn*, 2012(15)
- Krogstrup, H. K. (2011). *Kampen om evidens: resultatmåling, effektevaluering og evidens*. København: Hans Reitzels Forlag
- Landa, R. & Garrett-Mayer, E. (2006). Development in infants with autism spectrum disorders: a prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47(6)
- Lundby, G. (2009). 10. fortællinger om foretrukket identitet. In K. Bro, O. Løv & J. Svanholt (eds.), *Psykologiske perspektiver på intervention – i pædagogiske kontekster*. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Møllergård, M. (2008). Nye svar på gamle spørgsmål: psykiatriske trosretninger fra 1880-1930. In J. V. Kragh (ed.), *Psykiatriens historie I Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag
- Nielsen, T. F. (2008). Fra dårekiste til terapeutisk anstalt: dansk psykiatri 1800-1850. In J. V. Kragh (ed.), *Psykiatriens historie I Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag
- Nielsen, C. & Jørgensen, C. R. (2010). Patologisering af uro. In S. Brinkmann (ed.), *Det diagnosticerede liv: sygdom uden grænser*. Aarhus: Forlagt Klim
- Mortensen, K. V. (2006). *Fra neuroser til relationsforstyrrelser*. København: Gyldendal
- Mortensen, K. V. (2009). Børn og diagnoser. *Psykolog nyt*, 19(2009)
- Ovartaci Fonden. (2003). *Psykiatriens historie: fra middelalderen til 2002*. København: Ovartaci Fonden

- Psykiatrien i Syddanmark (2010). *Opmærksomhedsforstyrrelse: diagnose og behandling*. Augustenborg: Psykiatrien i Syddanmark
- Reisby, N. (2000). Psykiatrisk sygdomsopfattelse, diagnostik og klassifikation. In R. Hemmingsen, J. Parnas, A. Gjerris, N. Reisby & P. Kragh-Sørensen (eds.), *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard
- Rosenbaum, B. (2006). Diagnostik. In P. Elsass, J. Ivanouw, E. L. Mortensen, S. Poulsen & B. Rosenbaum (eds.), *Assessmentmetoder: håndbog for psykologer og psykiatere*. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Rosenberg, R. (2008). Den psykofarmakologiske udvikling 1950-1970. In J. V. Kragh (ed.), *Psykiatriens historie I Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag
- Rosenberg, R. (2013). Neuropsykiatri: kort historisk tilbageblik. In R. Rosenberg & P. Videbeck (eds.), *Klinisk neuropsykiatri: fra molekyle til sygdom*. København: FADL's Forlag
- Scheeren, A. M., Rosnay, M., Koot, H. M. & Begeer, S. (2013). Rethinking theory of mind in high-functioning autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 54(6)
- Simonsen, E. (2010). Psykiatrisk klassifikation. In E. Simonsen & B. Møhl (eds.), *Grundbog I psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatribogen: krop, sind og samfund*. København: Hans Reitzels Forlag
- Strand, H. (2005). Nye tanke- og praksisformer i PPR-arbejdet. *Psykologisk Pædagogisk rådgivning* 5(6)
- Sundhedsstyrelsen (2014). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge - med fokus på diagnoserne "Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed" og "Opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet" i henhold til ICD-10*. København: Sundhedsstyrelsen
- Thomsen, P. H. & Simonsen, E. (2010). ADHD hos voksne. In E. Simonsen & B. Møhl (eds.), *Grundbog I psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag
- Tore, K. (2011). Den medicinerede døgninstitution – en ny virkelighed. In I. M. Bryderup (ed.), *Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik*. København: Hans Reitzels Forlag

- Videbeck, P. (2013). ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse hos børn og voksne. In R. Rosenberg & P. Videbeck (eds.), *Klinisk neuropsykiatri: fra molekyle til sygdom*. København: FADL's Forlag
- White, M. (2006). *Narrativ teori*. København: Hans Reitzels Forlag
- White, M. & Morgan, A. (2007). *Narrativ terapi med børn og deres forældre*. København: Akademisk Forlag
- World Health Organization. (1994). *WHO ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard Danmark
- Ørnberg, J. (2012). At se med diagnoser. *Gjallerhorn*, 15(2012)

Kilder hentet på internettet

- ADHD-foreningen, nedtaget den 15.5.2015, <http://adhd.dk/>
- Autismeforeningen, nedtaget den 15.5.2015, <http://autismeforening.dk>
- Danske Regioner, nedtaget den 15.5.2005, <http://www.regioner.dk>
- WHO, nedtaget den 1.4.2015, <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>