

Abstract

In this master thesis dissertation I seek to account for discursive patterns of institutional objects, institutional positions of subjects and professional work strategies involved in the field of psychiatric and pediatric practice, concerning the diagnosis of ADHD/hyperkinetic dysfunction, and their relation to the practice of social work in different fields of the welfare institutions in Aalborg Kommune. In the preliminary analysis of the diagnostic literature I constructed a hypothesis around a number of inconsistencies, upon which I have laid the foundation of an institutional ethnographic exploration of the field of social work. In the fieldwork of this part of the research I interviewed 5 social workers in the fields of welfarecounseling, and social-psychiatry and conducted a number of discursive studies, in the field of diagnosis. In the interviews I have applied an inductive and explorative approach in order to study local structures of institutional discourse, in search of patterns, disruptions, and discursive formations surrounding the practice of diagnosis, its rules of conduct, and its relations to different fields of social work. In the analysis of the study I have applied archaeological and genealogical approaches, which are inspired by the works of Michel Foucault and other researchers of discourse-analytics. The abstract thesis of the study has been to study the explication of bio-political strategies involved with diagnosis, and the construction of social identities within the institutional framework of ADHD-related social work. Through these measures I indicate that the use of direct observation, among other techniques, in diagnosing ADHD/Hyperkinetic dysfunction in children and adolescents, is no longer ascribed any significance as a criterion of validity. This bio-political change in the discourse of diagnostics is reflected in the discourse among the social-workers in this study. In conclusion the practitioners of client-oriented social work describe the conciseness and qualitative content of the diagnostic observations, conclusions, and recommendations as proportional with their level of professional utility for the social worker. The declining usage of direct observation along with other measures of diagnostic practice is articulated as a cause of institutional disruption and insecurity. The change in biopolitical attitude towards the diagnosis of ADHD is described among the socialworkers as having affect upon the direct administrative work in the institutions as well as inflicting insecurity and doubt in conducting the daily tasks of consulting, evaluating and counseling the diagnoses children and their families.

Med stor tak til Pia, hvis tålmodighed og hjælpsomhed jeg har tilladt mig at udnytte til det fuldeste. Samt med tak til Marie og Bente, uden hvis skarpsindige korrektur og moralske opbakning, jeg stadig sad ved tastaturet.

Aalborg d 20/1 2012

Indhold

Indledning	5
Problemfelt	6
Diagnosticering	6
<i>Diagnosekategorier</i>	7
<i>DuPaul-skemaet</i>	10
<i>Diagnosekritik</i>	11
Socialt arbejde	14
Problemformulering	16
Teori, metode og videnskabsteori	16
Teori	16
<i>Biomagt</i>	17
<i>Biopolitik</i>	19
<i>Operationalisering af biopolitikken</i>	21
Videnskabsteori	22
Metode	24
<i>Den genealogiske metode</i>	24
<i>Den institutionelle etnografi</i>	26
<i>Diskursanalyse</i>	31
<i>Analysedesign</i>	36
Afgrænsning	40
Selvstændig konsultation	40
Socialrådgivning	41
PPR	42
Specialcenter	42
Etnografien	43
Valg af informanter	44
Interviewstrategi	47
Analyse	50
Genealogisk analyse	51
<i>MBD</i>	51
<i>DAMP</i>	52
<i>ADHD / DAMP</i>	53
<i>Fra DAMP til ADHD</i>	53
<i>Diagnosticeringsmetoder i referenceprogrammet</i>	56
Diskursanalyse	59
<i>Forskel på diagnoser</i>	60
<i>Forskelle mellem hjem og skole</i>	69
<i>Analyse af diskursiv formation</i>	75
Biopolitisk analyse	82
<i>Biopolitisk strategi</i>	82
<i>Diagnostiske og socialfaglige gyldighedsbegreber</i>	84
<i>Faglige forskelle</i>	86
<i>Neurologi og stigmatisering</i>	88
<i>Undervisningsdisciplin og fritidsproblematik</i>	90

Konklusion	94
Litteratur	97

Indledning

Viden om ADHD-diagnosen er i de senere år blevet en vigtig kilde til retningsanvisning for en række aktører i det institutionelle arbejde i takt en stigning antallet af børn og unge, som bliver diagnosticerede. Når et barn får stillet ADHD-diagnosen, må familie, lærere og socialarbejdere tage stilling til og inddrage den viden, som indhentes igennem den diagnostiske praksis, samt den viden der genereres af det psykiatriske videnskabsmiljø. Sidstnævnte fagområders praksis står i et udvekslingsforhold med den daglige socialfaglige praksis i institutionerne, hvor de diagnosticerede børn og unge samt deres familier mødes af socialarbejdere, der søger at inkorporere generel viden om diagnosen, samt de konkrete beskrivelser som den enkelte diagnose indeholder. Denne viden indgår siden i de socialfaglige, undervisningsmæssige og pædagogiske sammenhænge, som barnet indgår i. Relationerne mellem det sociale arbejde og den kliniske diagnostik er derfor mange og mangeartede, ligesom det ADHD-relaterede specialområde spænder over en mængde forskellige professioner, så som socialrådgivere, konsulenter, terapeuter og specialpædagoger. Disse aktørers specialiserede viden, praksis og interaktion med børn og forældre udgør et uafgrænseligt felt mellem statslig, institutionel administration og det enkelte individs, samt den enkelte families livsførelse, identitetsdannelse og videnstilegnelse. Retningslinjerne for diagnostikken har desuden på virkning på udformningen af en række tilknyttede, socialfaglige arbejdsområder. Fordi der i socialt arbejde ofte tages udgangspunkt i en eklektisk tilgang til inddragelsen af teori og praksis, arbejdes der ofte med en blandet og helhedsorienteret tilgang, som opretholdes med sigte på et individs samlede, sociale omstændigheder og behov. Inddragelsen af viden om ADHD er derfor blot én blandt mange typer viden, som aktørerne inddrager i deres arbejde med børn, unge og deres familier. Med en ADHD-diagnose opfattes et barns adfærd i nogen grad som værende afledt af en konflikt, imellem krav fra omverdenen og det pågældende barns hjerneorganiske sammensætning. Derfor tilbydes børn og unge med ADHD-diagnoser både medicin og specialpædagogiske, undervisningsmæssige og socialfaglige interventioner, med sigte på at kompensere for det handicap diagnosen betegnes som i juridisk forstand. Symptomerne i ADHD-diagnosen dækker over mange forskellige tilstande, og typer af adfærd, i det menneskelige register af motoriske, sociale og eksekutive funktioner. Som videnskabeligt fænomen dækker diagnosen i sin nuværende form over den psykiatriske konsensus, som kan opnås angående sammensætningen af kernesymptomer som opmærksomhedsforstyrrelser, hyperaktivitet med videre. Den instruktive del af diagnostikken fastsættes i diagnosemanualer, der beror på faglige multinationale konventioner, som i sig selv

indeholder regionale paradigmer, traditioner og skoledannelser, hvilket gør det vanskeligt at afgrænse begrebet. Derudover foretages der løbende en række ændringer i retningslinjerne for diagnosticering, hvilke kan have mulig påvirkning på tilgangen til de diagnosticerede børn og unge, indenfor det institutionelle arbejde som udføres med diagnosen som pejlemærke. Relationen mellem diagnostisk og socialfaglig praksis, samt den mulige effekt som ændringer indenfor diagnostikken kan have, for udførelsen af det sociale arbejde, er omdrejningspunktet for denne specialeafhandling.

Problemfelt

I forbindelse med en tidligere modulopgave ved kandidatuddannelsen, undersøgte jeg ændringer i den diagnostiske praksis på ADHD området. I denne forbindelse fik jeg det indtryk, at der, indenfor den danske diagnoselitteratur, foretages ændringer i de retningslinjer som udstikkes for den diagnostiske praksis. Ændringerne fremgår, i min optik, af de anbefalinger til diagnostikere, som fremgår af det danske *Referenceprogram for udredning og behandling af ADHD* (Thomsen et. Al 2008), hvilket er udarbejdet af dansk børne- og ungdomspsykiatrisk selskab (BUP). Programmet bliver omdelt til diagnostikere, men er også tilgængeligt for interesserede lærere og socialarbejdere. I programmet beskrives internationale forskningsresultater, ligesom der gives vejledning til den diagnostiske, og behandlingsmæssige praksis på ADHD-området. I min analyse af programmet fik jeg indtryk af, at ADHD-diagnosticeringen gennemgår en diskursiv forandring, idet en række forskellige metoder til brug under diagnosticering, som tidligere havde obligatorisk status, nu tilskrives mindre vigtighed. Det er min antagelse at disse ændringer, i formuleringen af de diagnostiske retningslinjer, kan have indflydelse på de socialfaglige strategier, hvor beskrivelserne i diagnosepapirerne skal inddrages i daglig, institutionel handling. Derfor vil jeg i det følgende foretage en indføring i diagnoselitteraturen, som er nødvendig læsevejledning for forståelsen af undersøgelsens problemformulering.

Diagnosticering

I den danske psykiatri benyttes diagnosemanualen ICD-10, hvilken er udfærdiget af WHO og ligeledes benyttes i en lang række andre lande. Ifølge denne manual kan børn med stærkt uopmærksom og hyperaktiv adfærd opnå diagnosen ”hyperkinetisk forstyrrelse” (WHO 1993: 188-191), hvilken dækker over en stor del af de samme typer symptomadfærd, som det er tilfældet med

den egentlig ADHD-diagnose, hvilken stammer fra diagnosemanualen DSM IV – TR, som benyttes af det amerikanske psykiatriske forbund (APA). Som led i diagnosticeringen af ADHD benyttes en vurderingsskala, som kaldes DuPaul-skemaet. I brugen af DuPaul-skemaet indhentes oplysninger fra lærere og forældre, angående et barns adfærd i hjemmet, skolen og evt. institutioner. Dette skema er hentet fra amerikansk praksis, hvor det benyttes til diagnosticering for ADHD, et begreb der altså ikke bruges indenfor ICD-manualen. I det danske referenceprogram refereres hovedsagligt til amerikansk forskning, hvorfor resultaterne er baserede på den amerikanske tradition for diagnosticering af ADHD. Grundlæggende kan referenceprogrammet ses som funderet i den amerikanske psykiatriske tradition, hvor ADHD beskrives som årsag til en lang række comorbiditeter eller følgesygdomme, herunder en række adfærdsmæssige og sociale aspekter, som i WHO regi traditionelt set adskilles som selvstændige problemstillinger, der ikke nødvendigvis har sammenhæng med ADHD-diagnosen. Ved at basere sig hovedsagligt på forskning fra denne psykiatriske tradition, og ved at benytte sig af metoder som DuPaul-skemaet til brug under udredning, er det min opfattelse at den danske retningslinjer for ADHD-diagnosticering ændrer karakter, hvilket potentielt vil kunne indebære en række ændringer i tilgangen til børn og unge med hyperkinetisk adfærd, samt af de socialfaglige tiltag som opstilles, for at yde støtte, vejledning og kompensation til børnene og deres familier.

Diagnosekategorier

Retningslinjerne for diagnosticeringen af hyperkinetiske forstyrrelser, som figurerer i artikelgruppen F90 indenfor ICD 10, stipulerer at de generelle kriterier for F90 (WHO 1993: 188-191) skal være mødte, samtidig med at kriterierne for F91 (ibid.: 191-196), hvilket er socialt betingede ”adfærdsforstyrrelser”, ikke må være mødte. Med artiklen F90.1 gives diagnosen ”hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse”, der angiver at der er tale om en krydset diagnose, hvor kernesymptomer fra både F90 og F91 er tilstede. Hvis det ikke er muligt at skelne mellem hvorvidt, der er tale om en udviklings- eller en adfærdsforstyrrelse, kan man altså stille en krydsdiagnose. Hvis der er usikkerhed om, hvorvidt diagnosen er en ”ren” udviklingsforstyrrelse, eller om barnets symptomer delvist skal tilskrives adfærdsmæssige faktorer, kan man stille diagnosen som ”uspecificeret” (ibid.: 191). Indenfor artikel F91.0 udspecificeres en bestemt type adfærdsforstyrrelse, som udelukkende observeres i en hjemlig kontekst, men ellers udfylder kriterierne for hovedkategorien ”adfærdsforstyrrelser” (ibid.: 194). Hvis udredningen, på baggrund

af indsamlingen af oplysninger fra forældre, viser tegn på tydelige adfærdsmæssige problemer, som udfylder kriterierne for F90, og der i øvrigt ikke er nogen uoverensstemmelser, ved jævnføring med oplysninger fra lærere, og eventuelt andre ansvarlige voksne, stilles diagnosen Hyperkinetisk Forstyrrelse. Med henblik på en afklaring, af forholdet mellem en adfærdstypes gennemtrængende karakter og udspecificeringen af diagnosen, indledes afsnittet om hyperkinetiske forstyrrelser i ICD 10 manualen som følger:

The research diagnosis of hyperkinetic disorder requires the definite presence of abnormal levels of inattention and restlessness that are pervasive across situations and persistent over time, that can be demonstrated by direct observation (...) (WHO 1993: 188)

I citatet påmindes forfatterne bag manualen diagnostikeren om, at være opmærksom på at symptomerne skal være gennemtrængende, kontekstoverskridende og mulige at demonstrere ved direkte observation. I WHO har man, forud for udspecificeringen af diagnosens forskellige underkategorier, altså fundet det magtpåliggende at udpege vigtigheden i netop denne del af diagnosens gyldighedsparametre. Den gyldige F90 diagnose indeholder altså adfærd som er gennemtrængende, og som kan observeres direkte, i flere forskellige sociale situationer. Hvis kernesymptomerne i en diagnose ikke er gennemtrængende er der, ifølge WHO's definition af hyperkinetisk adfærd, ikke tale om en ren udviklingsforstyrrelse. Hvis forældrene giver udtryk for at opleve store problemer med barnets opmærksomhedsforstyrrelser, hyperaktivitet og impulsivitet, samtidig med at eks. lærere eller pædagoger ikke giver samme særtegning af barnets adfærd, vil der skulle træffes en klinisk vurdering, hvor ud fra den konkrete diagnose stilles. Vurderes det at barnets symptomer opfylder kriterierne i F90, men udelukkende i hjemmet, vil diagnosen F90.0 ikke kunne stilles. Muligheden for diagnosticering på baggrund af situationsbestemt symptom-adfærd eksisterer altså ikke, i forbindelse med diagnosticering for hyperkinetiske forstyrrelser. I det danske referenceprogram beskrives det hvilke diagnosekriterier der tages udgangspunkt i, forud for den egentlige vejledning til brug i diagnostikken:

I nærværende referenceprogram anvendes DSM-IV klassifikationen med diagnosen ADHD. Dette til trods for, at ICD-10 klassifikationen er den officielle godkendte af Sundhedsstyrelsen. Baggrunden for dette er dels, at hovedparten af den publicerede

forskning på området tager udgangspunkt i DSM klassifikationen og dels at DSM-IV kriterierne for de to undertyper, som ikke dækkes af ICD-10, også anvendes i klinisk praksis i Danmark. Hvor der foreligger videnskabelige undersøgelser, som tager udgangspunkt i ICD-10 klassifikationen og som har relevans for nærværende referenceprogram er disse også inkluderet i programmet (Thomsen et. al 2008: 14).

I referenceprogrammet benyttes altså ADHD-diagnosens kriterier fra DSM-IV, trods det at den danske tilslutning til ICD-10 fordrer diagnosticering under denne manual. Begrundelsen for alligevel at anvende den amerikanske model er, at man i programmet tager udgangspunkt i international forskning, som mestendels er baseret på studier af denne diagnoseform, samt at de to ”undertyper”, hvilket dækker to særskilte kategorier, nemlig ”overvejende uopmærksom type” (DSM-IV 314.00) og ”overvejende hyperaktiv/impulsiv type” (DSM-IV 314.01) ikke er tilstede i WHO manualen, hvorfor DSM kriterierne allerede indgår i dansk praksis. Forfatterne bag programmet formulerer altså en begrundelse for at benytte den amerikanske diagnoseform, dels ud fra et hensyn til at jævnføre den danske diagnostik med internationale RCT studier, som altså primært tager udgangspunkt i DSM-IV manualen, og dels at denne diagnoseform tillader en inddeling af diagnosen i forstyrrelser af primært uopmærksom, eller primært hyperaktiv/impulsiv karakter. Samme sted forklares forskelle og ligheder mellem de to diagnoseformer:

Forskellene mellem de to klassifikationssystemer er begrænsede. I begge klassifikationer generelle kriterier er debutalder under 7 år, og symptomerne skal medføre en funktionsnedsættelse i mindst to situationer (f.eks. skole og hjem). ICD-10 forudsætter dog også, at diagnosen ikke udelukkende baseres på oplysninger fra forældre og lærere, men at kerne-symptomerne også skal ses ved en klinisk observation, enten i konsultationen, i skolen eller i hjemmet (Thomsen et. al 2008: 13).

Forskellen mellem de to diagnoseformer beskrives altså her som ”begrænsede” idet debutalderen er den samme i begge diagnoser, ligesom det understreges, at forstyrrelsen for begge diagnoser tilfælde skal være situationsgennemgående. Det nævnes dog også, at der indenfor DSM ikke er noget krav om, at de pågældende adfærdsmønstre skal kunne dokumenteres ved direkte observation fra klinikerens side. Dette vil altså sige, at den diagnosticering, som studierne i

referenceprogrammet tager udgangspunkt i, er foretaget uden denne forholdsregel, som ellers figurerer i WHO modellen. I programmet fastslås det derudover, ud fra de undersøgelser som er foretaget på baggrund af DSM diagnosen, at brugen af spørgeskemaer til indhentning af oplysninger i barnets sociale nærmiljø, er den mest valide form for observation (Thomsen et. al 2008: 7).

Opsummerende kan det altså fastslås at man i Danmark har mulighed for at benytte ADHD-diagnosen, trods det at ”hyperkinetisk forstyrrelse” er den officielle betegnelse. Hvis barnet fik en adfærdsforstyrrelsesdiagnose, vil denne type dysfunktion kunne forekomme udelukkende i skolen, hjemmet etc. Dette gør sig ikke gældende for ADHD-diagnosen, hvor adfærden skal være til stede i flere sociale kontekster, uanset om der diagnosticeres ud fra ICD eller DSM. I referenceprogrammet beskrives det, hvordan man her trækker på forskningsresultater fra DSM manualens anvendelsesområde. Dette vil altså sige, at de konklusioner og anbefalinger som findes i programmet er taget fra denne diagnostiske tradition. Denne forskel tillægges ingen særlig betydning i programmet, da det betones at begge modeller medfører, at symptomer skal være til stede i flere sociale kontekster. For dette speciale er det især relevant at symptomerne i ICD, skal kunne bekræftes ved direkte observation i klinikken eller i barnets normale omgivelser, samt at der i DSM ikke findes et sådant krav. Det er derudover relevant at referenceprogrammet anbefaler brugen af spørgeskemaer som observationsmetode, trods reglen om direkte observerbarhed i ICD.

DuPaul-skemaet

Til brug under diagnosticering kan der i Danmark benyttes et standardiseret skema, hvorigennem oplysninger om barnets adfærd i forskellige kontekster kan indhentes under udredning. Den score som barnet opnår i vurderingerne kan benyttes, til sammenligning med et fastsat gennemsnit for en jævnaldrene normalgruppe. Derudover tillader brugen af skemaet at dansk børne- og ungdomspsykiatrisk selskab kan indsamle oplysninger fra alle diagnosticerede, og foretage en sammenligning af den nationale gennemsnitsscore etc. DuPaul-skemaet, eller ADHD RS (rating scale) som dette også kaldes, er udarbejdet af professor George J. DuPaul, som er en amerikansk børnepsykolog ved Leigh University i Pennsylvania. Skemaet består af 26 punkter¹ som hver især indeholder en sætning, der beskriver en bestemt type adfærd. Ud for hver sætning har respondenter

¹ Den amerikanske udgave indeholder kun 18 punkter, og punkterne 19-26 er inkorporeret i den danske udgave, da vi her i landet benytter diagnosen Hyperkinetisk Adfærdsforstyrrelse, hvorfor adfærdsmæssige aspekter må inddrages i skemaet.

mulighed for at vurdere bestemte aspekter af barnets adfærd, på en skala fra 0 til 3, hvor 0 betyder at adfærdstrækkene aldrig forekommer og 3 betyder at de meget ofte forekommer. Ved et tidligere studie af DuPaul-skemaet fik jeg indtryk af, at mange af spørgsmålene i dette skema beror på en række beskrivelser, som skal vurderes subjektivt. Der indgår en række spørgsmål som har at gøre med, hvorvidt barnets adfærd er ”passende” i bestemte situationer og hvad der kan ”forventes” af barnet i forskellig sammenhæng. Denne type udtryk forekommer ofte i skemaet, og de uddybes ikke yderligere, hvorfor det er op til den enkelte selv at vurdere, hvordan begreber, sværhedsgrader og kontekst skal defineres. Skemaet uddeles til både forældre og lærere, samt evt. pædagoger i SFO, og efter besvarelsen sammenlignes de forskellige skemaer, som del af udredningen op til en evt. diagnosticering².

Diagnosekritik

I det følgende vil jeg gennemgå nogle analytiske og kritiske perspektiver på ADHD-diagnosen, den diagnostiske praksis, samt forskellen mellem DSM og ICD modellerne. De aspekter som her vil blive inddraget har været formgivende for min videnstilegnelse omkring relationerne mellem diagnostik og socialt arbejde. Da jeg i denne undersøgelses indledende litteraturstudie gennemgik forskellige analyser af diagnoserne ADHD/Hyperkinetisk Forstyrrelse, opdagede jeg at forholdet mellem diagnosekriterier og indhentningen af oplysninger om børn gennem spørgeskemaer, figurerer centralt i visse dele af den børnepsykiatriske forskning, som forholder sig kritisk til den diagnostiske praksis på ADHD området. Den engelske forsker i børnepsykiatri Sami Timimi problematiserer de åbne, relative og vanskeligt operationaliserbare spørgsmål, som kendetegner vurderingsskalaer som DuPaul-skemaet. Timimi knytter denne kritik, af de sproglige problematikker i udredningssammenhænge, til en mere gennemgående kritik, af diagnosen som symptombeskrivelse. Han beskriver hvordan ADHD-diagnosen udelukkende indeholder symptomer, som giver mening i en bestemt kulturel kontekst, og at der ikke kan gives universelle svar på, hvorvidt en adfærd er ”overdreven”, hvorvidt en oplevet forekomst af adfærd kan betegnes som ”hyppig” eller lignende (Timimi 2005: 121-122). Her kritiseres diagnosekriterierne altså for at være relative og kulturelt kontingente, samt i for høj grad baserede på subjektive skønsmål. Benyttelsen af spørgeskemaer kritiseres for at være del af en diagnostisk praksis, som ikke er

² Skemaet vedlægges som bilag.

velegnet til at kategorisere et barns adfærd, men som i højere grad måler barnets omkringliggende omgivers begreber om normalitet og afvigelse. Timimi opfatter ADHD, og de hyperkinetiske forstyrrelser, som værende tvivlsomme diagnostiske kategorier, der er knyttet til en hel række af forskellige, og ind imellem modstridende, opfattelser af symptomer, hvilket fremgår af følgende citat:

Only when there is a clear test to establish the physical component is a medical linear argument valid. Until then, in any individual child, it is pure speculation. Castles build on sand, if the foundation assumption is wrong the castle collapses. This lack of coherent concept is reflected in the lack of consensus on the question of possible causal mechanisms. Thus the condition was initially viewed as being due to an underlying, excessive motor activity [...] later as being due to an underlying central attention deficit [...] There is not even consensus on whether the core behaviors (of inattention, impulsivity and hyperactivity) need always be present (i.e. pervasive) or need to be observable in only one situation (e.g. school or home) for a diagnosis to be valid (Timimi 2005: 123-124).

Timimi anfører altså det argument, at en lineær kausalitetsopfattelse i et medicinsk argument udelukkende kan opfattes som gyldig, hvis der er en klar test til at etablere en fysisk komponent. Hvis ikke en sådan test foreligger, beror opfattelsen af barnets indre processer, og den efterfølgende, medicinske kategorisering, på ren spekulation. Timimi funderer sin kritik af diagnosen på den betragtning, at kategorien ADHD er funderet på en konstruktion af antagelser, frem for på evident medicinsk viden, og at konstruktionen står og falder med antagelsernes korrekthed. ADHD-diagnosen kategoriseres her som et inkohærent koncept, hvilket ifølge Timimi afspejler sig i manglen på konsensus, omkring de mulige kausale mekanismer. Derudover beskrives en anden divergens i de forskellige diagnostiske tilgange, som jeg finder særlig interessant for indkredsningen af specialets problemfelt. Ifølge Timimis beskrivelse er der tilsvarende mangel på konsensus, i opfattelsen af symptomernes gennemtrængende karakter (*pervasiveness*), hvilket her beskrives som en kilde til uoverensstemmelse mellem de forskellige diagnosesystemers kriterier. Jeg finder det interessant at Timimi påpeger en manglende konsensus omkring symptomernes situationsgennemtrængende karakter, samt at brugen af vurderingsskalaer beskrives som en kilde til et normativt bias i indsamlingen af oplysninger om børns adfærd. I referenceprogrammet anføres

det, som beskrevet, at spørgsmålet om den direkte observerbarhed adskiller diagnosemanualerne, men at dette ikke formuleres som en væsensforskel imellem de to diagnosemodeller. I forbindelse med samme problematisering kan det anføres, at en kroatisk forskergruppe i 2002 søgte at identificere hvorvidt der er overensstemmelse mellem hvem der diagnosticeres, på baggrund af de diagnostiske retningslinjer i henholdsvis DSM og ICD. Ifølge undersøgelsen vinder DSM indpas i Europa som diagnosticeringsmanual og til præsentation af forskningsresultater, på trods af at ICD er den gældende model. I undersøgelsen konkluderes det, at der kan fastslås statistisk signifikans i forholdet mellem de to diagnosticeringsformer, men at der alligevel er væsentlige forskelle på de to systemer. Dette resulterer blandt andet i mindre andele af diagnosticerede børn, som ikke vil kunne opnå diagnosen indenfor ICD anvendelsesområdet. Derfor konkluderer forskerne, at der, trods det signifikante forhold som kunne dokumenteres, er væsentlige forskelle på de to modeller, som må tages i betragtning, i en meningsfuld sammenligning af diagnoserne (Karlović et al 2002: 324-325). Som nævnt er det kun ICD modellen, der forudsætter direkte observation fra klinikerens side, hvilket i undersøgelsen anføres som den væsentligste forskel mellem de to diagnoser. I undersøgelsen lokaliseredes der en gruppe af børn, der ikke opnår diagnosen med ICD, men som kan opnå ADHD-diagnosen ved brug af DSM. Ifølge forskergruppens konklusion hænger denne forskel sammen med kravet om direkte observation indenfor ICD. Trods den statistiske signifikans, i sammenlignelsen mellem diagnoserne, kan der således være forskel på hvem der diagnosticeres.

Sammenfatning

I det foregående har jeg redegjort for en række kritikpunkter, som anføres i forskellige problematiseringer af henholdsvis brugen af vurderingsskalaer som DuPaul-skemaet, og tendensen til orientering mod DSM, indenfor ICD-manualens anvendelsesområde. Hensigten med gennemgangen har været at redegøre for hvilke følger det danske referenceprograms anbefalinger evt. vil kunne have for den diagnostiske praksis. Dermed skal ikke forstås at jeg sætter spørgsmålstejn ved forskning, som understøtter at brugen af vurderingsskalaer er et validt parameter, til indsamling af oplysninger om et barns adfærd, men at jeg antager at netop indstillingen til teknikker som direkte observation, og en række andre parametre under diagnosticering, kan have betydning for de socialfaglige, didaktiske og pædagogiske tiltag, som efter fastsættelsen af diagnosen vil blive iværksat, med henblik på at støtte op om det

diagnosticerede barn og dets familie. Jeg antager ligeledes at referenceprogrammets konklusioner og anbefalinger kan medføre, at den ADHD-diagnosticering kan være i færd med at tilpasse sig DSM. Problematikeringen af denne eventuelle udvikling foretages ikke på baggrund af en principiel modstand mod den amerikanske tradition, men ud fra den betragtning at der, hvis min antagelse er korrekt, også vil kunne opstå forskelle i den socialfaglige instrumentalisering af den diagnostiske viden, da der i DSM-regi er mindre fokus på klinikerens egen dokumentation af faktorer og sammenhænge indenfor barnets omgivelser, i kraft af det manglende krav om direkte observation.

Socialt arbejde

I det følgende vil jeg redegøre for en række overvejelser, angående relationen mellem diagnostisk praksis og socialt arbejde, som går forud for specialets problemformulering.

Som lægevidenskabelig attestation er ADHD-diagnosen et resultat af medicinsk praksis, hvor en diagnostiker undersøger et barn, udfærdiger en anamnese, sikrer sig at symptomerne kan dokumenteres og derefter gør sin kliniske vurdering. Herefter vil barnet, på grund af diagnosen, have krav på videre behandling indenfor sundhedsvæsenet i form af medicin, forskellige terapiformer og løbende tilsyn. Udover den sundhedsfaglige behandling, eksisterer der en række socialfaglige tilbud og støtteforanstaltninger, som et diagnosticeret barn og dets familie har krav på, fordi ADHD-diagnosen betragtes som en funktionsnedsættelse, for hvilken der kan opstilles kompenserende og støttende tiltag indenfor forskellige institutioner. I den kommunale socialforvaltning bliver barnet, på grund af sin status som handikappet, med betydelig og kronisk funktionsnedsættelse, tilknyttet en socialrådgiver. Hos denne rådgiver kan barnets forældre søge dækning af merudgifter, compensation for tabt arbejdsfortjeneste med videre. Desuden vil rådgiverne her skulle tage stilling til hvilke støttende socialfaglige tiltag, der kan tildeles på baggrund af de beskrivelser, som følger med diagnosen, samt hvilke andre aktører som med fordel kan inddrages i arbejdet med at støtte op om barnets og eventuelt familiens problematikker. I skolen kan barnet indstilles til specialundervisning og en socialarbejder i PPR vil tage stilling til, hvorvidt barnet, på baggrund af diagnosen og vurderingen af de konkrete vanskeligheder, kan tildeles en specialundervisningsplads, eller en række inkluderende foranstaltninger i normalundervisningen.. Socialarbejdere indenfor sådanne arbejdsområder varetager forskellige opgaver, hvor det diagnosticerede barn og dets forældres lovsikrede rettigheder udmøntes i konkret handling. Der opstår altså, som resultat af diagnosen, en hel kæde af institutionelle handlinger, som både tager udgangspunkt i de tilgange som knytter sig til diagnosen generelt, men også i de konkrete

beskrivelser, vurderinger og analyser, som foreligger på baggrund af diagnosticeringen. Disse socialfaglige indsatsområder modtager oplysninger fra det psykiatriske fagområde, som indgår i det daglige arbejde med diagnosticerede børn og deres familier. Undersøgelsens omdrejningspunkt vil derfor være dels formuleringen af diskurser indenfor det diagnostiske felt, og dels socialarbejders beskrivelser af deres faglige strategier indenfor det socialfaglige handlingsfelt. De socialarbejdere som forvalter ADHD-diagnosticerede børns og deres familiers sociale rettigheder i perioden efter en diagnosticering, arbejder altså med diagnosen som del af det institutionelle grundlag, og deres arbejde tager delvist udgangspunkt i diagnosebeskrivelserne. Det er mit indtryk at der i stigende grad lægges vægt på bekræftelsen af ADHD-symptomers tilstedeværelse, igennem brugen af vurderingsskalaer og lægges mindre vægt på klinikerens udforskning af barnets konkrete, sociale omstændigheder. Det er samtidig min antagelse at en tiltagende brug af spørgeskemaer vil kunne påvirke rapporteringen af forskellige aspekter af barnets familiære og relationelle omgivelser, og at denne ændring vil kunne påvirke formidlingen af disse, til de socialarbejdere som har med diagnosticerede børn og unge at gøre. Jeg vil derfor undersøge en sådan mulig ændring, igennem involverede socialarbejders beskrivelser af den diagnostiske praksis, og dennes effekt på det sociale arbejde. Jeg antager videre, at arbejdet i institutionerne giver adgang til viden om forskellige aspekter af børns sociale færden i hjemmet, såvel som i skolen, og at socialarbejders beskrivelser ligeledes vil kunne afspejle dele af det komplekse samspil mellem disse sociale fora, og kaste lys over vekselvirkninger, modsætningsforhold og korrelationer i mellem disse forskellige kontekster. Det er mit indtryk at netop viden om forhold mellem adfærdsmønstre i skolen, hjemme, og andre kontekster er relevante for det sociale arbejde. Det arbejde, som udføres i institutionerne, har fokus på at støtte, vejlede og rådgive de diagnosticerede børn og deres forældre, hvorfor forskelle og ligheder mellem de forskellige daglige sammenhænge er vigtige, for at kunne skabe rammer om en helhedsorienteret indsats. Derfor er det min antagelse at der, qua kravet om at symptomernes situationsgennemtrængende karakter, og i kraft af at verificeringen af dette krav i stigende grad gennemføres på baggrund af spørgeskemaer, eventuelt vil kunne være forskel på hvordan divergenser mellem adfærdsmønstre i forskellige sociale kontekster undersøges. En sådan forskel vil muligvis kunne afspejle sig i involverede socialarbejders beskrivelser, da netop samspillet mellem adfærdsmønstre i forskellig kontekst kan være central, for udviklingen af socialfaglige strategier. Forskelle mellem sociale kontekster er af betydning for forståelsen af børns sociale adfærd, og dette aspekt indgår i såvel DSM som ICD's krav om situationsgennemtrængende symptomer. Derfor vil jeg ligeledes undersøge socialarbejdernes beskrivelser af hvordan forskelle

eller og lighedspunkter i beskrivelsen af børns adfærd, henholdsvis hjemme og i skolen, kan have betydning for både den diagnostiske praksis, og udformningen af det sociale arbejde. Igennem de ovenfor beskrevne områder indgår ADHD-diagnosticering og det sociale arbejde med diagnosticere i en mikropolitisk social orden, som det er min hensigt at udforske i undersøgelsen, gennem en orientering mod ADHD problematikker som et biopolitisk fænomen. Den biopolitiske analytik har sit udgangspunkt i Michel Foucaults (1926-1984) analyser af magtudøvelse i de moderne samfund, og kan overordnet set beskrives som en sociologisk forskningsretning, som undersøger politiske aspekter af styringen med biologiske aspekter af den menneskelige tilværelse (Rabinow & Rose 2006). På baggrund af ovenstående gennemgang har jeg nedenfor formuleret en arbejdssætning der beskriver den problematik, som jeg ønsker at undersøge i specialet.

Problemformulering

Hvilke ændringer kan der udpeges i diskursen omkring den diagnostiske praksis i litteraturen omkring ADHD-diagnosticering og hvordan beskriver socialarbejdere den diagnostiske praksis i relation til deres arbejde, samt hvilke biopolitiske sammenhænge kan udledes af forholdet mellem disse to områder ?

Teori, metode og videnskabsteori

I de følgende afsnit vil jeg gennemgå de teoretiske, metodiske og videnskabsteoretiske delelementer, som danner grundlag undersøgelsens udførelse.

Teori

Da speciale er funderet i en hypotese omkring relationerne mellem den diskursive fremstilling af ADHD-diagnosen, og dennes effekt på de specifikke socialfaglige interaktioner, og handlingsorienteringer, har jeg valgt at tage delvist udgangspunkt i Michel Foucaults teoridannelse omkring styring igennem biomagt, samt udviklingen af biopolitiske strategier. Denne teoretiske tradition vil blive beskrevet i det følgende afsnit.

Biomagt

Det teoretiske grundlag for specialet er Michel Foucaults orientering mod udøvelsen af biomagt, som det styrende koncept for den samfundsmæssige politisering af bestemte behov og problematikker, indenfor befolkningerne i de moderne vestlige samfund. Overordnet set repræsenterer biomagtsanalytikken et brud med tidligere tiders sociologiske, og historiske opfattelser af magtudøvelse. Analytikken kredser således om udøvelsen af magt, men magtbegrebet kan ikke sidestilles med dominans, eller andre traditionelle konceptualiseringer. Magten er her snarere udtryk for al regulering af biologisk, og social adfærd, hvorfor analytikken ikke søger at skelne mellem ”repressiv” og ”gavnlig” magtudførelse. Begrebet *biomagt* stammer fra Foucaults senere produktion (Foucault 1990, 2003, 2008) og dækker over en række magtudøvelser, og politiseringer rettet mod den menneskelige biologi. Disse magtformer opstod i forbindelse med den ”delvise beherskelse af livet”, som opstod i kølvandet på den politiske udvikling, der fulgte de agrikulturelle, økonomiske og teknologiske gennembrud fra og med det 17. årh. (Lemke 2009: 46). Før disse beskrevne udviklinger fandt sted, var politisk magtudøvelse baseret på den suveræne herskers magt til fratagelse (*prevélmènt*). Denne magt bestod af feudaltherrers ret til at opkræve varer og skatter fra sine undersåtter, samt at fratage dem livet, enten indirekte gennem opkrævningen af unge mænd til soldatertjeneste, eller direkte gennem tortur og dødsstraf (Foucault 1990: 136). Fra det 17. årh. opstod en række udviklinger som forlængede og beskyttede de menneskelige eksistensbetingelser, samt fremmede velstand og velfærd. Menneskets kontrol over livet medførte en ændring i den politiske magtudøvelse, da den suveræne herskers magt ugyldiggøres og opløstes, til fordel for en gradvis overgang til forskellige former for demokrati og markedsøkonomi. I de samfundsformer, som udvikledes på baggrund af de materielle og teknologiske udviklinger, transformeredes magtudøvelsen, således at magten til at fratage individet liv og affekter ikke længere opfattedes som det primære redskab, for udøvelsen af politisk magt. Døden og den direkte magtudøvelse repræsenterer herefter grænsen for magtens virkefelt og ikke et egentligt redskab for dens udøvelse, hvorfor retten til at tage et liv, igennem den gradvise ændring af magtens legitimeringsgrundlag, blev til retten til at ”lade leve eller lade dø” (Ibid.: 138). De nye magttyper, som erstattede den hoved og halsret der kendetegnede den suveræne magtudførelse, er altså magten til at fostre eller nægte liv, livsformer og livsudtryk, som del af en række politiske, teknologiske og videnskabelige berigelser, dygtiggørelser og optimeringer af befolkningen som en helhed.

Disciplinering og sikkerhedsteknologier

Foucault beskriver, hvordan der fra det 17. årh. udbredtes en række institutioner som universiteter, gymnasieskoler³ og barakker, samt almene hospitaler, værksteder og kontorer. Disse institutioner medførte et socialt behov for disciplineringen af de enkelte kroppe, og gav samtidig mulighed for at studere, kontrollere og optimere individets adfærd, til fordel for afviklingen af den institutionelle handling (Ibid.: 140). I kraft af de nye institutionstyper opstod typer af styring, som var mindre baserede på suveræn magtudøvelse, og mere på en disciplinering af den individuelle krop, med henblik på at opretholde institutionel orden, så rationaliseringen og optimeringen af den kollektive handling kunne finde sted. I denne proces opstod en række sandhedsdiskurser om mennesket, som var et resultat af de studier som foretoges i institutionerne, og som gav vej for en række nye "humanvidenskabelige" discipliner, såsom medicin, biologi, og samfundsfag (ibid.: 141-142). Den gradvise disciplinering af menneskekroppen er altså delvist integreret i videnskabeliggørelsen af mennesket som levende, kommunikerende og producerende væsen. Disciplineringen er ligeledes indlejret i udviklingen af den kapitalistiske økonomi, eftersom optimeringen af den fysiske disciplin er både en nødvendig og særlig resurse for samfundets kontrol af med den materielle reproduktion og optimeringen af befolkningens "humane kapital" i forhold til markedsforholdene. De discipliner der udvikles hænger, således også sammen med økonomiske klasser, og magtforhold, men den vidensmagt der udøves i institutionerne repræsenterer ikke simpelthen en klasses dominans over en anden (Dreyfus & Rabinow 1983: 185). Disciplinerne udvikledes på baggrund af de daglige inspektioner i institutionerne og på baggrund af den videnskabelige teoridannelse omkring menneskets natur, samt i civilsamfundet hvor sandhedsdiskurser og disciplineringer skabte rammer for nye subjektiveringsmåder og omgangsformer (ibid.). I det 18. årh. opstod en række teknologier, som ikke havde til formål at disciplinere og intervenere, men snarere at sikre vedligeholdelsen af det samfundsmæssige og kollektive legeme⁴. Teknologiernes formål er at regulere befolkningsmassen, igennem udarbejdelsen af dødsrater, gennemsnitslevealder og sygdomsspredning (Lemke 2009: 48). Disse parametre blev grundlaget for videnskabelige discipliner som demografi og epidemiologi, samt en række befolkningshygiejniske teknikker, som

³ Som en del af den borgerlige institutionalisering, frem for som et adelsprivilegium.

⁴ Foucaults opfattelse af befolkningen adskiller sig her, fra den juridisk-diskursive opfattelse af en samfundskontrakt mellem borger og omverden.

har til hensigt at observere, og søge kontrol over bestemte biologiske og biosociale risici i befolkningerne. Sikkerhedsteknologier er derfor rettede mod reguleringen af befolkningens samlede livsytringer igennem studiet af kollektive fænomener, og betingelserne for deres variation (ibid.). Formålet med teknologierne er ikke disciplinering og social dressur, men regulering og kontrol af befolkningens samliv som en biologisk helhed⁵. En sikkerhedsteknologis formål er således, at opretholde ligevægten indenfor et bestemt område, igennem varetagelsen af et beredskab, som sikrer at videnskabelige omstruktureringer eller sociale pres ikke destabiliserer den institutionelle handlingskoordinering. Hvis et bestemt socialt eller biologisk problem truer ligevægten, vækstbetingelserne eller velfærden i befolkningen, vil dette pres kunne absorberes igennem den fleksibilitet og tilpasningsdygtighed, som de diskursivt funderede videnskaber og den sociale orden indenfor institutionerne er baserede på (ibid.). Disciplinære teknologier og sikkerhedsteknologier, har altså forskellige betydninger i forskellige perioder, og kom til syne i hver sin historiske kontekst. Hvor den institutionelle disciplinering knytter sig til konkrete, samfundsmæssige handlingsfelter som eks. hæren eller skolen, er sikkerhedsteknologien et anliggende for den centrale statslige regulering og det videnskabelige miljø (Ibid.)⁶. I trit med den gradvise udvikling af de vestlige samfund, beror den politiske styring i mindre og mindre grad på direkte regulering, men retter sig mod at minimere risikoelementer og kultivere progressive eller produktive kræfter og potentialer (ibid.: 76-80) De postindustrielle samfund kendetegnes altså ved, at være ”post-disciplinære” samfund hvor den politiske styring finder sted på baggrund af diskurser, hvor den enkelte borger italesættes som juridisk og demokratisk autonom, men samtidig gøres til genstand for biologiske og sociale kalkuler på baggrund af viden om bestemte befolkningsmæssige risici (ibid.).

Biopolitik

Biomagten kan altså, i de post-industrielle liberale demokratier, beskrives som den magtudøvelse, der finder sted i håndteringen af forskellige biologiske faktorer på baggrund af viden om menneskets biologiske natur, med henblik på opretholdelse af både borgerens juridiske

⁵ Foucault beskriver hvordan sikringen af befolkningens fortsatte velstand sikres, i en tilstræbt ”homøostatisk” relation, hvor helheden sikres imod ændringer, gennem stabilisering (Foucault 2003: 215-225).

⁶ De forskellige teknologier, som historisk fænomen, erstatter ikke hinanden kronologisk, men udgør to forskellige poler i udviklingen, og er forbundne i en række relationer⁶ (Foucault 1990: 143).

selvstændighed, og minimeringen af risiko gennem biologisk regulering⁷. Biomagten udføres i de processer, hvorigennem styringen med befolkningerne i de vestlige samfund søger at optimere hvert enkelt individs kapacitet og hvor der fastlægges politiske strategier for udformningen af det biologiske liv. Resultatet er en disciplinering og en anatomisk politisering af den menneskelige fysiologi, samt oprettelsen af en række sikkerhedsoptimerende mekanismer, der sikrer funktionaliteten af bestemte styringsmetoder, gennem fleksibilitet og kalkulation (Ibid:139). Paul Rabinow og Nikolas Rose (2006) benytter begrebet *biopolitik*, som dækker over de strategier, hvorigennem forskellige biologisk orienterede livsformer, identiteter, og narrativer opretholdes og ændres igennem både central styring, såvel som igennem udøvelsen af modmagt, og brugen af emancipatorisk diskurs⁸. I det følgende uddrag beskriver forfatterne konceptualiseringen af begrebet:

[...]within the field of biopower, we can use the term 'biopolitics' to embrace all the specific strategies and contestations over problematizations of collective human vitality, morbidity and mortality; over the forms of knowledge, regimes of authority and practices of intervention that are desirable, legitimate and efficacious (Rabinow & Rose 2006: 197).

Biopolitikken er altså de konkrete strategier, som spænder imellem problematiseringen af bestemte biologiske, befolkningsmæssige faktorer⁹, og de dertil knyttede ønskværdige, effektive og legitimerede, politiske interventionsformer eller autoritetsregimer, samt de moddiskurser der måtte opstilles herimod. For at der kan være tale om et biopolitisk problem, må det undersøgte felt indeholde følgende tre elementer:

⁷ I betydningen alle faktorer, som har at gøre med håndteringen af biologiske livsformer, herunder sygdomme og handicaps, samt psykiske sygdomme, funktionsnedsættelser eller sociale problemer etc.

⁸ Emancipatorisk diskurs benyttes i udøvelsen af individuel, og kollektiv politisering af en række biologiske faktorer. I denne sammenhæng opstod f.eks. de feministiske og minoritetsfrigørende diskurser, som instrumentaliseres i udøvelsen af modmagt, med henblik på frigørelsen af "undertrykte" livsformer og subjektiveringsmåder (Rabinow & Rose 2006: 196).

⁹ Eks. morbiditet, dødelighed eller fertilitet.

- En eller flere sandhedsdiskurser om menneskets biologiske karakter og et udvalg af autoriteter, der opfattes som kompetente til at fortælle sandheden om det biologiske liv.¹⁰
- Politiske strategier til intervention overfor individet, i folkesundhedens navn, som anvendes i tilgangen til befolkningen, med henblik på at kalkulere, afbøde og integrere bestemte biologiske pres, behov eller risici¹¹.
- Subjektiveringsmåder hvorigennem individer arbejder med selvet under bestemte autoriteter, i relation til bestemte sandhedsdiskurser og gennem selv-praksis, for deres egen eller familiens sundheds skyld¹² (*Frit oversat fra Rabinow & Rose 2006: 195-198*).

Operationalisering af biopolitikken

I det følgende vil jeg foretage en operationalisering af de ovenfor præsenterede begreber, for at redegøre for hvorledes jeg, forud for undersøgelsen, forventer at inddrage de teoretiske elementer i analysen af biopolitik.

Jeg anser ADHD-diagnosen som indlejret i en række sandhedsdiskurser, som gør sig gældende i opretholdelsen af en almindelig hverdag. I familien organiseres den daglige tilværelse under hensyn til diskurser om sengetid, tv forbrug og sund kost, samt af en række normaliserede adfærdstyper og discipliner. De sandhedsdiskurser, som rækker ind i familiens samvær og organisering, opstår bl.a. indenfor humanvidenskabelige discipliner, som eks. psykologi og pædagogik, i institutioner som skoler og børnehaver, og indenfor en række andre sociale fora og medier etc. Når forældre konsulterer en læge for at få redegjort for, om deres barn evt. har en udviklingsforstyrrelse, er denne strategi indlejret i et netværk af diskurser omkring normalitet og afvigelse. Socialarbejdere udfører en række handlinger, der er baserede på diskurser om rollen som socialarbejder, samt på en række hybride, faglige diskurser, der inddrager elementer af systemteori, psykologi og neuropsykiatri i tilgangen til den enkelte borger. Den viden som inddrages fra det diagnostiske område giver visse socialarbejdere en autoritet, i forhold til at lære børn og forældre hvordan diagnosen skal ”håndteres” og hvordan man skal identificere sig med den. ADHD-diagnosticeringen, som

¹⁰ Diskurserne er ikke nødvendigvis udelukkende biologiske, men kan være bio-psyko-sociale, bio-antropologiske, bio-demografiske, eller lignende.

¹¹ Eks. etniske minoriteters og handikappedes biologiske rettigheder, eller sundhedskampagner rettet mod bestemte demografiske segmenter etc.

¹² For en anden befolkningsgruppes, eller ligefrem for hele mennekehedens overlevelses skyld.

institutionel handling, indgår derudover i en række politiske diskurser om blandt andre folkesundhed, handicappedes rettigheder, og undervisning af elever med særlige behov. Disse diskurser indgår i styringen af den institutionelle organisering, tildelingen af skatte kroner, samt formuleringen af diagnosticeredes rettigheder. Når børn diagnosticeres, og der efterfølgende iværksættes en række medicinske, socialfaglige og didaktiske strategier, søges barnets specifikke udfordringer imødegået for at opretholde barnets og de umiddelbare omgivers trivsel, udvikling og produktivitet. Disse strategier, som finder sted lokalt, er forankrede i en række samfundsmæssige politikker, der formuleres med henblik på at dæmme op for biologiske risici, som kan true ligevægten og kapaciteten i befolkningen. Den institutionelle handling, som finder sted på baggrund af diagnosen, er knyttet til formuleringen af en række subjektpositioner i det institutionelle felt. Disse positioner kan indtages af barnet og dets forældre, i skolen, i institutionerne og i en række andre sammenhænge, og er derudover knyttet til en række sociale strategier, som har rod i diskursen omkring ADHD. Socialarbejderens subjektiveringsmåder og faglige strategier har ligeledes påvirkning på det biopolitiske felt, da den måde de agerer på, i forhold til diskurser om ADHD, resulterer i nye biopolitiske handlingsfelter. At identificere sig selv eller sit barn med diagnosen, medfører derudover en række erkendelser, rationaliseringer og subjektiveringer, som igen afstedkommer kæder af strategier og dispositioner. Ovenfor har jeg beskrevet de overvejelser omkring biopolitik, der går forud for selve undersøgelsen, men den konkrete omsætning af de teoretiske begreber afgøres naturligvis af undersøgelsens forløb

Videnskabsteori

I det følgende vil jeg redegøre for de videnskabsteoretiske overvejelser, som er foretaget forud for påbegyndelsen af undersøgelsen. Som studerende der undersøger det sociale arbejdes rammebetingelser, kan det siges at være hensigtsmæssigt at kunne tage udgangspunkt i arbejdets kontekstuelle betingelser. Ved at placere undersøgelsen indenfor en socialkonstruktivistisk ramme, er det imidlertid ikke muligt at referere til sociale kontekster som ”sociale fakta”, på den måde positivistiske sociologer som eks. Durkheim fortolker dem (Ritzer 1996: 78). Sociale forhold og sociale problemer kan, indenfor den socialkonstruktivistiske epistemologi, kun behandles som repræsentationer, eller diskurser som tager de sociale temaer op og behandler dem igennem en bestemt måde at udtrykke bestemte problematikker på. For at moderere den radikale konstruktivisme, som Foucault repræsenterer (Rasborg i Fuglsang & Olsen 2004: 358), må der

derfor foretages visse epistemologiske tilpasninger. Eftersom denne undersøgelses mål netop er at indkredse bestemte diskurser, omkring retningslinjerne for "valid" diagnostisk praksis, og deres betydning for udførelsen af det sociale arbejde, samt at analysere dem i en biopolitisk ramme, er det min hensigt at foretage en justering af det socialkonstruktivistiske program som Foucault-tilgangen medfører, i henhold til at udarbejde en "kontekstuel konstruktivisme" (Best i Rubington & Weinberg 2003: 343-346), som tager udgangspunkt i socialarbejdernes beskrivelser som udtryk for "social praksis", uden dog at påberåbe mig anden gyldighed, end den interne analytiske gyldighed som undersøgelsen kan tilvejebringe og videregive til det sociale arbejdes aktører, samt de indkredsninger af problemstillinger som kan videregives til studiet af det sociale arbejde. Foucaults forskningsprogrammer kan ikke siges at muliggøre en praktisk kontekstualisering af den diskursive praksis som analyseres. Nondiskursive elementer repræsenterer her ikke diskursanalysens omdrejningspunkt, eller som Foucault formulerer det: "They do not define its internal constitution, but what enables it to appear [...] to be placed in a field of exteriority" (Foucault 1986: 45). De nondiskursive typer af social handling kan altså ikke inddrages som objektiv viden i Foucaults diskursanalyse. Det nondiskursive er her den matrice, som muliggør diskursernes materielle eksplicitering, igennem udformningen af sproglige strategier. Materiel og institutionel handling medvirker til at forme diskursivt indhold, men det altafgørende, i forhold til diskursformationernes udvikling, er relationerne mellem de talehandlinger, som bruges i forskellig kontekst for at muliggøre bestemte typer social handling (Dreyfus & Rabinow 1982: 62). Med tilgangen kan der derfor ikke siges noget om, hvordan social praksis kan analyseres igennem diskursiv praksis. Denne epistemologiske grundantagelse må altså være central for en diskursanalyse, der benytter en foucauldiansk tilgang, hvilket medfører erkendelsen af, at ingen af de analytiske resultater kan have nogen ontologisk status. Resultaterne forbliver repræsentationer, men for at kunne redegøre for relationer mellem den medicinske diskurs og udformningen af strategier indenfor det sociale arbejde, finder jeg det nødvendigt at sætte parentes omkring visse relativiserende aspekter af den diskursanalytiske tilgang, som Foucault repræsenterer. En vigtig inspirationskilde her den britiske lingvist Norman Fairclough (1941-), der formulerer en videnskabsteoretisk antagelse om, at diskursiv praksis er indlejret i social praksis i gennem relationer af interdiskursivitet, samt at diskurs er både konstituerende og konstituerende i forhold til den sociale praksis, hvorfor inddragelsen af et mikrosociologisk element, kan hjælpe med at belyse diskursers eventuelle sociale effekt, eks. igennem etnometodologisk analyse (Jørgensen & Phillips 1999: 77-79). Dette speciales analytiske strategi er udarbejdet ud fra den begrundelse, at det første mål med analysen er at redegøre for

diskursive udviklinger indenfor diagnoselitteraturen, i hvilken forbindelse den genealogiske metodes alternative blik på historisk udvikling er relevant. Det metodiske grundlag for indhentningen af den egen empiri, som er nødvendigt for at kunne spore elementer af den historicitet som redegøres for gennem genealogien, kan ikke foretages alene på baggrund af Foucaults forskningsprogrammer, som egner sig dårligt til indsamlingen af interviewdata. Her vil jeg støtte mig til den Institutionelle Etnografi (IE), som tager udgangspunkt i et etnometodologisk studie af institutionel handling, men samtidig har visse grundlæggende træk tilfælles med en diskursorienteret tilgang. Jeg vil således orientere mig imod redegørelsen for en historisk udvikling indenfor diagnoselitteraturen, igennem den genealogiske analyse, og dernæst søge at redegøre for, hvorledes denne diskurs har indflydelse på det sociale arbejde, på baggrund af beskrivelser fra involverede socialarbejdere. På baggrund af de genealogiske resultater og udforskningen af socialarbejdernes beskrivelser, vil jeg foretage en sociologisk analyse, under den biopolitiske fortolkningsramme, hvor jeg vil reflektere over samspillet mellem diagnostisk praksis og det sociale arbejde indenfor en bredere forståelse af områdernes indplacering i et politisk handlingsfelt, med fokus på subjektivitet og social strategi.

Metode

I det følgende beskrives de metodiske orienteringer, som specialets analyseafsnit er udarbejdet under hensyn til.

Den genealogiske metode

For at kunne indkredse diskursen om ADHD-diagnosticering og indplacere denne i et biopolitisk felt, vil jeg udføre en genealogisk analyse af forskellige dele af diagnose-litteraturen.

Foucaults genealogiske studier kan beskrives som alternativ idéhistorie, hvor beskrivelsen af subjekter eller konstruerede sociale identiteter, som eks. forbrydere, sindslidende eller seksuelle afvigere er blevet konceptualiserede gennem historiske processer (Foucault 2000: 3). Målet med analyserne er, ifølge Foucault, at skrive historien om "de forskellige måder hvorpå mennesket bliver til subjekter i vores kultur" (Foucault i Dreyfus & Rabinow 1982: 82). Genealogien er dog samtidig en form for samtidshistorie, som søger at afdække de historiske kampe og strategier til beherskelse, hvorunder diskurser og vidensformer er blevet konstruerede, og hvordan deres interne systematik

fungerer (Andersen 1999: 56). Genealogi forbindes normalt med slægtsforskning, men i Foucaults anvendelse af ordet, der ikke tale om en søgen efter oprindelse, forstået sådan at diskurser og vidensformer kan lokaliseres igennem fokus på et centralt udgangspunkt. Der er imidlertid tale om en søgen efter slægtskabsforbindelser, således at analysen søger efter tilblivelsessammenhænge, samt at der fokuseres på hvorledes forskellige koncepters konstruktionsprocesser sammenfører og tilpasses elementer af tidligere videns- og praksisformer (ibid.: 60). Foucault er altså interesseret i hvordan videnskabelig objektivitet, såvel som subjektive intentioner, er et resultat af social praksis og ikke af individuel vilje eller magtudøvelse (Dreyfus & Rabinow 1982: 108). Som metode er genealogien tæt knyttet til Foucaults vidensarkæologiske metode, og det er vanskeligt at adskille de to metoder definitivt. Der findes ingen post-arkæologisk genealogi hos Foucault, men vægtningen af tilgængenes fokus har haft forskellig betydning, indenfor forskellige perioder af hans forfatterskab (Dreyfus & Rabinow 1982: 105). Som distinktion kan dog nævnes at genealogien, i modsætning til arkæologien, undersøger konkrete serier af effektive bekræftelsesformationer, hvorigennem der kan etableres et binært forhold mellem sandt og falsk. Her etableres altså det domæne, som udstikker de videnskabelige objekters positivitet, eller den gyldighed objekterne har i et system af lignende objekter (ibid.). Foucault beskrev sit mål med den genealogiske metode, som en redegørelse for de små detaljer, der har været medvirkende til at konstruere den viden, som er blevet naturaliseret. Det gælder derfor om at rette fokus mod :

The accidents, the minute deviations ... the errors, the false appraisals, and the faulty calculations that gave birth to those things that continue to exist and have value for us ; it .. discover[s] that truth or being do not lie at the root of what we are, but the exteriority of accidents and ... it disturbs what we was previously considered immobile ; it fragments what was thought unified ; it shows the heterogeneity of what was imagined consistent with itself (Foucault i Bouchard 1977 : 146-147).

Genealogien udpeger derfor diskontinuitet, hvor andre udpeger kontinuitet. Frem for at søge mening og konsistens, søges her efter detaljer og små afvigelser. I stedet for dybdegående fortolkning, har metoden som mål at skabe gennemskuelse i det åbenbare. Modstanden mod dybde og mening er altså central for den genealogiske analyse og fokus rettes mod de ”masker” hvorigennem dybden og meningen præsenteres. I genealogien er der intet at fortolke, eftersom fremtrædelsesformerne allerede er dybt forankrede i fortolkning. Fortolkningerne indkapsler ingen sandhed, men i stedet de

repræsentationer, som er udlagt af andre individer og ikke af ”tingenes væren” (Dreyfus & Rabinow 1982: 106-107). Når Foucault påpeger, at sandhederne er konstruerede af andre individer, skal dette dog ikke opfattes som om, at enkeltindivider gennemtvinger deres vilje i forhold til konstruktionen af videnskabelige objekter. Konstruktionen af videnskabelig sandhed er ikke et resultat af individers vilje, men af lokale manøvrer, strategier og taktikker som konstant fluktueres og altid er i spænding og aktivitet (ibid.: 109). Dette åbner altså muligheden for en analyse, der tilsidesætter enhver erkendelsesmæssig forankring i den videnskabelige diskurs. Selv ikke den menneskelige krop kan tjene som objekt for ontologisk sikkerhed, da også kroppen underkastes en række magtforhold, som gør at de forskellige lemmer, organer og mikroorganismer kan underkastes forskellige magtforhold og gøres til genstand for forskellige analyser, epistemer og sandhedsdiskurser, som gang på gang dekonstruerer og rekonstruerer kroppen, ud fra de specifikke, politiske omstændigheder, som den befinder sig i. De mange omstruktureringer skaber ikke nødvendigvis radikale brud i forhold til de omstændigheder der kom før dem, trods det at deres formulering lægger op til netop en sådan afgrænsning fra det der kom før (ibid.: 112). Den genealogiske metode søger altså at redegøre for, hvordan diskurser og subjektpositioner kan indfældes i historiciteten, ved en tilsidesættelse af de naturaliserede og teleologiske kategorier, hvormed begreber som psykisk sygdom, kriminalitet eller social afvigelse kan forklares med henvisning til en forhåndenværende betydningsstruktur. Da der ikke på forhånd kan udstikkes hvilken betydning forskellige momenter har i analysen, er det heller ikke muligt at definere hvilke emner eller kilder som vil blive undersøgt i analysen. I stedet må genealogien undersøge hvordan objekter konstrueres historisk på forskellige måder, og i forskellige kontekster. Det analytiske resultat af undersøgelsen er således udarbejdet på baggrund af en række afsøgninger, fravalg og afgrænsninger, som ikke fremgår eksplicit af den endelige præsentation. Her er det relevant at pointere, at genealogiens afslutningspunkt er afgørende for, hvilke diskursive videns- og praksisformers forbindelsesled det er muligt at lokalisere (Andersen 1999: 60). På baggrund af den viden som præsenteres i genealogien, vil jeg søge at udforske analysens resultater igennem udarbejdelsen af et etnografisk feltstudie, hvilket vil blive redegjort for i det følgende.

Den institutionelle etnografi

Som metodisk grundlag for undersøgelsens indsamling af empiri vil jeg benytte mig af den institutionelle etnografi (IE), som er en sociologisk metode til indhentning af ideografisk

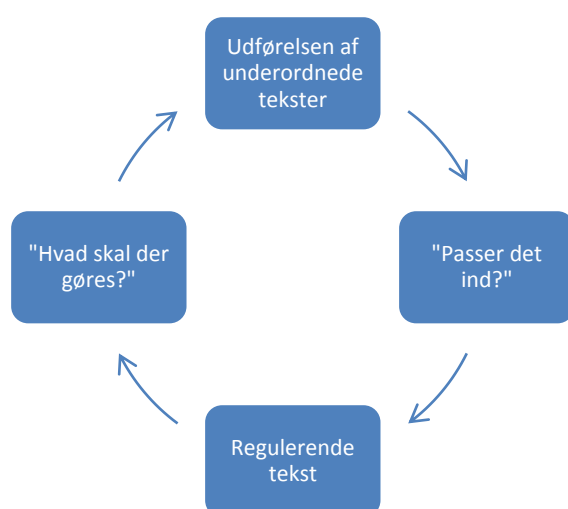
datamateriale. IE kan primært forstås som en kombination af Marxisitsk materialisme og Harold Garfinkels etnometodologi, men repræsenterer ingen metodisk ortodoksi, hvorfor tilgangen kan være applikabel i studier med forskellige tilgange (Devault & McCoy i Smith 2006 :16). Fokus indenfor IE er på studiet af institutionelle praksisser og rationalitetsformer, og etnografien udføres gennem en kortlægning af feltets naturlige sprogbruge, samt igennem en bottom up-orienteret etnografi med fokus på praksis og handlingsmønstre på lokalt plan, samtidig med at undersøgelsen må kunne perspektiveres til mere trans-lokale forhold. Den institutionelle etnografi har flere eksponenter, hvoriblandt den engelsk-canadiske sociolog Dorothy Smith (1926-) er et af de fremtrædende navne. Smith og en række andre IE forskere har udarbejdet en sociologisk feltmetode, hvor etnografen søger at udforske diskursive strukturer i forskellige tværinstitutionelle sammenhænge. I det følgende vil jeg præsentere tilgangens epistemologi, med henblik på at redegøre for hvordan tilgangen kombineres med de Foucault inspirerede tilgange. Den konkrete tilpasning vil blive foretaget i afsnittet om analysestrategi.

Hverdagen som sociologisk felt

Den institutionelle etnografis metodiske redskaber er udviklede med henblik på, at lede undersøgerens fokus mod den måde hvorpå hverdagsaktiviteter er strukturerede af diskursive og institutionelle praksisformer. Dette involverer en udforskning af de sociale relationer, som aktørerne skaber igennem deres daglige arbejde, og som skabes igennem koordineringen af praksis på et trans-lokalt snit (McCoy 1998: 395-418). Et vigtigt metodisk udgangspunkt for den institutionelle etnografi er, at indgangen til enhver undersøgelse bør være: "the standpoint of actual individuals located in the everyday world" (Smith 1988:159). Standpunktet refererer her til placeringen af individet i dets givne lokale og samfundsmæssige kontekst. Undersøgelsers fokus kan dog ikke begrænses til individets fænomenologiske oplevelse af verden, da individuelle erfaringer og oplevelser beskrives som "organized by social relations not fully apparent in it nor contained in it" (1987:92). Her mener jeg, at IE-tilgangen knytter an til den orientering mod individers instrumentalisting og integration af diskurs, som er central for Foucaults orientering mod etableringen af en diskursiv formation, hvilket senere vil blive redegjort for. Smith søger at gøre institutionelle hverdagshandlinger til et sociologisk undersøgelsesfelt og indenfor IE tages derfor udgangspunkt i institutionelle hverdagshandlinger, som undersøges gennem etnografisk observation og sociologisk analyse. Ved at undersøge det udvalgte område som en "arbejdsplads", kan

etnografen få indblik i de komplekse relationer, som strukturerer og koordinerer individers handlinger, på tværs af forskellige lokale sammenhænge. Hvis man, som Smith (1988: 173), opfatter en skoleklasse som en arbejdsorganisation (*work-organisation*), får man et andet billede af hvad der foregår i klassen, end hvis man fokuserer på eks. lærerens forventninger til den sociale handling i klassen eller den psykologiske rollefordeling. Ved at betragte al social handling i klassen som "arbejde" kan man således udvikle sit institutionsbegreb til også at indbefatte andre sociale aktører, som har direkte og indirekte effekt for arbejdet i klassen. Som eks. kan forældres arbejde med at opdrage og lære deres børn færdigheder til brug i skolen således inddrages i analysen af den institutionelle interaktion. Det etnografiske institutionsbegreb er derfor flydende, og analysen af institutionen rettes mod de "tekster" som denne konstitueres af. Teksterne består her i såvel konkrete, skrevne dokumenter, som ideologier og meningsstrukturer der repræsenteres af tekster og budskaber. Smith beskriver teksten som: "the bridge between the everyday/everynight local actualities of our living and the ruling relations" (Smith 1999:7). For Smith er teksten en bred markør, og indbefatter almindelige dokumenter af forskellig art, såvel som videoklip eller grafiske præsentationer etc. Teksterne danner rammer for, hvorledes social handling kan forklares og legitimeres indenfor institutionen. Den institutionelle etnografis formål er her at undersøge, hvorledes rutineprægede og tekstuel medierede praksisser, i forskellige lokale kontekster, koordinerer handling i et institutionelt kompleks (Smith 1999:7-12). Tekstens rolle i organiseringen af aktørernes handlinger illustreres i figuren nedenfor.

Figur 1. Intertekstuel arbejdsproces



Figuren er inspireret af en lignende figur hos Dorothy Smith (2006: 85), og repræsenterer IE-tilgangen til det dialektiske forhold mellem brugen af tekster, og handling i institutionelt arbejde. Den regulerende tekst udgør altså det underliggende institutionelle grundlag, da det er denne grundtekst som regulerer aktørernes arbejde. En sådan tekst kan være en lovtekst eller en institutionsplan, som sikrer opretholdelsen af den organisatoriske struktur på et bestemt område. Når en socialrådgiver har med handikapsager at gøre, vil det således være serviceloven, der primært danner ramme for den handling, som rådgiveren derefter foretager sig i sagen. Rådgiverens arbejde vil medføre, at der produceres en række underordnede tekster, som dokumenterer hvorvidt og hvordan servicelovens regulerende forskrifter er blevet overholdt. Disse underordnede tekster beskriver den arbejdsproces som udføres, hvilket opretholder den sammenføring af handlinger i forskellige lokale kontekster, som den regulerende tekst skal sikre. De regulerende tekster kan altså være officielle dokumenter af juridisk-politisk karakter, som benyttes til koordineringen af institutionel handling, men kan også være af uofficiel og uformel karakter. Sidstnævnte tekster tilskrives samme betydning som de officielle tekster, indenfor den institutionelle orden som undersøges. IE-tilgangen har til hensigt at anskueliggøre den styring, som finder sted igennem brugen af tekster og formuleringen af institutionel diskurs, hvilket beskrives som de udbredte talemåder og udtryksformer, som navngiver og beskriver de forskellige fænomener, begreber eller relationer, som indgår i kommunikationsformen indenfor en institution (McCoy i Smith 2007: 119). De professionelle diskurser er altså flettet ind i en række af videnskabelige og professionelle diskurser, som alle har formgivende karakter for den handling der udfolder sig indenfor institutionen. For IE-tilgangen er det afgørende at redegøre for hvordan aktører forholder sig til, og udtaler sig på baggrund, af diskurserne (ibid.)

Fokusområder

Indenfor IE er det centralt at tage udgangspunkt i det institutionelle arbejde, frem for i de typografier som kan formuleres, på baggrund af forskellige aktørers beskrivelser. Det er ikke hensigten at frembringe fænomenologiske forklaringer, men beskrivelser af det institutionelle arbejde i dets mangfoldige fremtrædelsesformer. McCoy pointerer at det indenfor IE undersøgelser er relevant at inddrage de individuelle oplevelser og beskrivelser, men at de nødvendigvis må analyseres, i relation til udførelsen af arbejdet (McCoy i Smith 2006: 114). Der er altså et

materialistisk udgangspunkt for Smiths epistemologi. Den materielle og sociale organisering af den institutionelle hverdag opretholdes af en række diskurser og ideologier, som konstrueres af de faktiske og hverdagsagtige betingelser hvorunder arbejdet i institutionerne udføres, og hensigten med tilgangen er at udtale et allerede eksisterende sæt af karakteristiske sociale handlinger, som kan skabe en basis for forståelse af en eller flere processer og deres indflydelse på andre aktører indenfor samme institutionelle orden (ibid.). Den samlede orden udgøres diskursive bestanddeles samspil med de faktiske hændelser og aktiviteter. Smiths analyse af tekstens organiserende og koordinerende rolle, indenfor institutionerne, kan i nogen grad ses som inspireret af postmodernistiske og/eller poststrukturalistiske tilgange¹³. Smith beskriver tekstuel medieret organisation, som den centrale styringsteknologi i de senmoderne kapitalistiske samfund (Smith 1990:209-224). I et vidensbaseret samfund beror de styrende praksisser, ifølge Smith, på autoriserede versioner af viden, i form af videnskabelige forskningsresultater eller ekspertudtalelser. Magt udøves derfor ikke af en herskende klasse eller af få magtfulde individer, men tages op af os alle, og de aktiveres i kraft af vores dagligdags handlinger (Ibid.). Smith argumenterer altså for, at koordineringen af institutionelle praksisser beror på både officielle, administrativt styringsformer, og på diskursive, eller ideologiske praksisser. Ideologierne former kategorier og koncepter, som skaber sammenhæng mellem lokale handlinger/strategier og den institutionelle funktionalitet (Smith 1987:160). Derudover planlægger og udfører aktørerne deres egne sociale handlinger i en lokal kontekst, ud fra hensyn til de kategorier og koncepter, som formes af diskurs (Smith 1987:160). Med en IE-tilgangen er det derfor nødvendigt at være opmærksom på det materielle interaktionsniveau, såvel som at foretage en analyse af diskursiv interaktion, eftersom aktørernes forståelse af deres daglige erfaringer struktureres af diskursiv mediation, såvel som af deres fysiske og materielle tilstedeværelse, indenfor de daglige praksisformer (Smith 2006: 94). En analyse af institutionel "handling" er altså nødvendig, for at forstå det institutionelle arbejde. Med analysen af diskurs kan der redegøres for, hvordan nye koncepter, i omgangen indenfor institutionen, introduceres og hvordan styringsformer ændrer sig, på fremtrædelsens plan. Med en IE-tilgangen, til studiet af institutionel handling, forpligter den undersøgende sig imidlertid, til at udforske hvordan styring påvirker de involverede aktører, i deres daglige arbejde, og blotlægge disse styringsforhold til yderligere betragtning. Man kan med andre ord ikke vide noget om de involverede agents handling, uden at de selv fortæller om dem (Smith 2006: 95). Nok interesserer

¹³ Smith afviser dog postmodernisterne og poststrukturalisternes grundlæggende anti-ontologiske standpunkt, ud fra en påstand om, at der, for disse teoretikere, ikke kan eksistere: "...reality posited beyond the text with reference to which meaning can be stabilized among different subjects" (Smith 1999:100).

IE forskerne sig for studiet af diskurs, men mest af alt for diskursers rolle, i udførelsen af det institutionelle arbejde (Smith 2006: 118). Intentionen med at benytte IE-tilgangen, i studiet af relationen mellem den diagnostiske diskurs og det sociale arbejde, er at redegøre for hvordan diskursen, som udstikker retningslinjer for diagnostisk praksis, har påvirkning på socialarbejdernes arbejde. Etnografien består derfor af interviews med socialarbejdere i institutioner indenfor Aalborg Kommune, samt en udforskning af de organisatoriske strukturer, hvorindenfor børn og unge med ADHD diagnosen, samt deres forældre, modtager hjælp, støtte og vejledning efter at diagnosen er blevet stillet. For at foretage en analyse af det data som indsamles under etnografien, vil jeg dels orientere mig mod visse retningslinjer indenfor IE metodens redskabskatalog, for at redegøre for hvordan den diagnostiske diskurs påvirker institutionel handling, men samtidig orientere mig imod den klassiske diskursanalyse og etableringen af en diskursiv formation.

Diskursanalyse

Foucault udviklede, igennem sin videnskabelige produktion, metoder til analyse af diskursive fænomener i historisk tekstmateriale. Metoderne er udarbejdet til at undersøge de ”arkiver” af data, indenfor hvilke videnskabelige fænomener dokumenteres og bevares for eftertiden. Foucault retter sit fokus mod de historiske betingelser for udviklingen af en bestemt diskursiv praksis, og søger at analysere diskursens eksistensdomæne og praktiske funktionsniveau. Det gælder her om at afdække det domæne af institutioner, økonomiske processer og sociale relationer som danner baggrund for den modalitet, hvorpå en bestemt diskurs kan artikuleres. Med andre ord er målet med analytikken, at afdække hvordan bestemte historiske perioder kan give plads til definitive diskurstyper, som producerer deres egen historicitet (Foucault 1977: 165-165). Foucaults metode skaber rammer for at tilsidesætte forestillingen om eks. de humanvidenskabelige koncepters rolle i den samfundsmæssige, økonomiske og kulturelle udvikling. Der banes derfor vej for analytisk diskontinuitet, med henblik på at redegøre for et bestemt fænomen på den diskursive begivenheds niveau (Ibid.: 16). Igennem orienteringen mod diskurs konstrueres et analytisk objekt, i kraft af et sæt fælles udtryksmåder og sprogbruge, eller en fælles teoretisk referenceramme, som anskueliggør et system af videnskabelige konceptualiseringer (ibid.: 37). Ligesom i genealogien tilsidesættes forestillinger om begrebers videnskabelige gyldighed, såvel som ytringers formodede oprindelsespunkt og den ytrendes intentionalitet. Enhver diskussion om gyldighed indenfor humanvidenskaber som psykologi, psykiatri og kriminologi er fra denne position derfor ufrugtbar.

Foucault fremsætter altså den tese at humanvidenskaberne, som har med analysen af aspekter af den menneskelige tilstand at gøre, per definition ikke kan være ”videnskaber”, men udelukkende udtrykke en vis positivitet, eller gyldighed indenfor et system af samtidig kulturel viden, som gør det muligt at afkode videnskabelige påstande om mennesket, som i en anden tid eller på et andet sted ville være uvæsentlige og uforståelige (Visker 1995: 5). Centralt for Foucaults diskursanalyse er en speciel tilgang til analysen af diskursiv praksis. Fokus rettes mod den sproglige omgang med de *primære* relationer, dvs. den *direkte* organisering af daglige relationer, eks. mellem socialarbejdere og borgere, og delvist de *sekundære* relationer, som består af *refleksive* processer, som eks. psykiateres forskning i psykisk sygdom (Dreyfus & Rabinow 1982: 63). Diskursen fungerer som en oversproglig dimension, der konstituerer de objekter, der bringes i tale og skrift. Denne sproglige dimension muliggør forandring i definitionen af social virkelighed. Centralt for diskursanalysen er et fokus på udsagns *positivitet*, hvilket kan betegnes som et udtryk for den diskursive gyldighed, som den sproglige konstruktion har indenfor felter af tilknyttede typer af udtryk (Foucault 1986: 126-131). En talehandlings positivitet defineres udelukkende ud fra dets placering i et netværk af andre talehandlinger. Non-diskursive forhold tilsidesættes ikke til, fordel for en rent sproglig undersøgelse, men arkæologien må tilsidesætte analysen af historisk ”fakta” som styrende princip i tilgangen til diskursiv praksis (Foucault 1986: 45). Sproglige koncepter opnår altså ikke gyldighed som talehandlinger ved præcist at kunne formulere virkelige fænomener og sagsforhold i deres fulde kompleksitet og konkrethed. For at kunne formulere komplekse og detaljerede beskrivelser af bestemte typer handling og refleksion, beror vi på systemer af indbyrdes genkendelse i dels den primære og dels den sekundære og refleksive kommunikation. Når vi præsenteres for et udsagn, genkender vi derfor ikke en definition af et empirisk fænomen, men i stedet en vis ”familielighed” med andre lignende sproglige fænomener. Den nye information organiseres efter den association, som de kendte begreber afstedkommer, hvorfor der ikke udveksles viden i forståelsen ”overførelse af empirisk data”, så meget som afkodningen af de kendte træk i det udtrykte på baggrund af en referenceramme som defineres af den såkaldt diskursive formation (Ibid.: 58-60). For at kunne gå diskursanalytisk til værks er det derfor nødvendigt at undgå at falde tilbage på traditionelle antagelser om begreber og udsagns betydning. Derudover gælder det om at analysere udsagn ved at kontrastere udsagnets empiriske og transcendentale kategorier. Dette vil med andre ord sige, at der må tages stilling til, hvordan forholdet er mellem de empiriske beskrivelser, der anvendes til at forklare ytringens budskab og de transcendentale, uafhængige kategorier, der anvendes til at vurdere ytringens proportionsforhold (Ibid.: 61).

Diskursiv formation

En udtalelse tilhører, ifølge Foucault, en diskursiv formation, på samme måde som en sætning tilhører en tekst, eller en hypotese tilhører en deduktiv helhed, indenfor hvilken elementet kan tages i betragtning. En sætnings regularitet defineres af *retorisk logik*, hvorimod et udsagns regularitet defineres af den diskursive formation (Ibid.: 55). Sætningens meningsfunktion ligger altså i den konstruerede sproglige orden, som udstikker hvilke udsagn, der kan tages for gyldige, alvorlige og korrekte. I analysen af diskurs gælder der derfor om at anskueliggøre reglerne for gyldig udtalelse indenfor et bestemt felt eller en bestemt periode (Ibid.: 55-57). I Diskursanalysen præsenteres ingen universelle eller tidløse regler for diskursiv styring. Ej heller kan der fastlægges regler for de diskursive forandringer, som finder sted i bestemte historiske perioder. Diskursanalysen repræsenterer en slags generel analytik, rettet mod hvordan styring og ændringer kan udforskes uden reference til ontologiske eller teleologiske objekter (Ibid.: 57.) Analysemodellen medfører altså en opfattelse af diskursen som et delvist autonomt niveau, der kan analyseres uden at hensyn til en formodet sandhedsværdi i forskellige udsagn. Det er altså systemet af meningsfulde ytringer, hvor indenfor et udsagn formuleres, som afgør dets kontekstuelle relevans (Ibid.: 57-58). Det system, der søges analyseret, er altså en overensstemmelse i udsagn, koncepter eller tematikker, hvorimellem der kan etableres en regularitet. Fokus ligger på det udtrykte og ikke på en analyse af deres underliggende struktur. Den struktur, der kan etableres, er ikke en ontologisk, eksisterende struktur, men er et produkt af diskursanalysen. Der må altså etableres en struktur, som hverken er resultatet af en hermeneutisk dialektik eller en fænomenologisk reduktion (Andersen 1999: 43). Det er derfor ikke diskursanalytikerens opgave at kommentere diskursernes objektive sandhedsværdi. Udsagn skal opfattes som ”sande”, i den udstrækning at de udtrykker positivitet. Altså må udsagn opfattes som positive begivenheder, der igennem deres italesættelse frembringer eksistens (Ibid.).

Objekter

Diskursformationer kan ikke grupperes ud fra et fælles fagligt emne¹⁴, men opfattes snarere som

¹⁴ Dreyfus & Rabinow påpeger samme sted, at dette var Foucaults metode i *Madness and civilization*, hvor han konstruerede den diskursive formation ud fra en fælles reference, til udtryk for et bestemt fænomen, nemlig *galskab*

rammerne for definition og produktion af objekter, hvor ud fra dannelsen af diskurser kan opstå (Foucault 1986: 57-58). Objekter er ikke genstande *ein sich*, men objekter som er konstruerede, klassificerede og specificerede af diskursen. Objektet formuleres i udsagn og gives derved social og lingvistisk validitet (Foucault 1986: 88-92). Eftersom ingen begreber har ontologisk karakter, i udførelsen af arkæologisk analyse, er det centralt for denne at foretage udførlige studier, indenfor de felter hvor diskursive objekter opstår, udfolder sig og transformeres gennem sproglig praksis (Dreyfus & Rabinow 1982: 62). Med analysen af en diskursiv formation søges det at redegøre for, hvorledes diskurser former objekter, ligesom der må etableres en regularitet i udsagnetes spredte formning af objekter. Analysen retter sig ligeledes mod hvilke regler, der dannes i ordningen og klassificeringen af objekter og mod hvilke relationer der etableres mellem diskursobjekterne. Den redegør for hvilke hierarkier af objekter, som det enkelte objekt indgår i, ligesom der søges en etablering af diskursformationens regler for dannelsen af objekter (Andersen 1999: 49).

Subjekter

En diskurs må desuden, ifølge Niels Åkerstrøm Andersen (1999: 45), frembringe en eller flere subjektpositioner eller sociale identiteter, som kan udfyldes af aktører. Subjektet står i denne forbindelse ikke uden for udsagnet, tværtimod italesættes subjektpositionens mulige indtagelse af udsagnet selv. I dette aspekt af analysen rettes fokus mod formningen af subjekter, og mod hvordan det går til at diskursen former disse. Her redegøres for agensforhold i udsagnetes konstruktion og italesættelsen af subjekter indenfor diskursformationen. De hierarkiske formationer i beskrivelsen af subjekter indgår derfor i analysen, ligesom det må redegøres for hvilke regler for udsagn og iagttagelse der kan anskueliggøres, i forbindelse med formuleringen af en bestemt subjektposition (Ibid.: 50).

Strategier

Indenfor den diskursive praksis iværksættes en række sproglige strategier, som samtidig muliggør udfoldelsen af en række tilknyttede sociale strategier, som navngives, rationaliseres og fortolkes gennem diskurs (Foucault 1986: 32). Indenfor diskursformationernes transitive felter, skabes en

række muligheder for talehandling, som udnyttes og som med tiden kan ugyldiggøres. Den mulige instrumentalisering af bestemte koncepter og definitioner udgør altså et midlertidigt handlingsfelt for strategier, som kan anskueliggøres gennem analysen af strategiernes sammenhæng med den underliggende konceptuelle orden. En diskursiv formation kan altså siges at være autonom, hvis de mulige strategier som anskueliggøres i analysen, kan udledes af det samme sæt diskursive relationer (Foucault 1986: 65, 68, Dreyfus & Rabinow 1982: 72). Diskursformationens polymorfe og polyvalente karakter muliggør altså en række strategier, som opstår indenfor formationens konstitutive orden. Lanceringen eller relanceringen af diskursive strategier leder i imidlertid ikke altid til frugtbare handlingsdispositioner. Visse strategier ugyldiggøres derfor, ligesom en række andre aldrig afsøges, da de ikke leder til ”brugbar udvikling” af de konkrete videnskabelige koncepter. Andre strategier opstår, fordi de synes mere praktisk at organisere typer af viden og erkendelse. Ændringer i strategisk fokus, indenfor den autonome diskursformation, medfører dog ikke en omstrukturering af formationens grundlæggende, regulerende principper¹⁵. Strategier kan altså opstå og udfolde sig i sameksistens, ligesom typer af viden kan ugyldiggøres, uden at diskursformationens grundlæggende selvstyingsprincipper sættes over styr (Dreyfus & Rabinow 1982: 73). Analysen må derudover redegøre for begrænsninger i de strategiske valg indenfor diskursformationen og undersøge, hvordan en diskursformation bliver til i relation til andre diskursformationer igennem interdiskursive relationer (Andersen 1999: 50).

Begrebsnetværk

Udsagn positionerer deres meningselementer i et rum, som muliggør multiplicering og diversificering af disse bestanddele. Ethvert udsagn er en del af andre kæder af udsagn, og der findes ingen udsagn, som ikke delvist rekontekstualiserer andre udsagn (Foucault 1986: 99). Udsagnet er altså knyttet til en række forudgående udsagn, som muliggør konstruktionen af det udtrykte, men åbner samtidig for konstruktionen af en række mulige, fremtidige udsagn (Andersen 1999: 46). Diskursanalyse retter sig derfor mod udsagnenes begrebsmæssige aktualisering, mod ordningen og sammenknytningen af begreber og udsagn, og mod reglerne for begrebsdannelse og diskursformationers vekselvirkning med andre diskursive formationer (Ibid.: 50).

¹⁵ Dette er en grundlæggende antagelse i eks. Thomas Kuhns paradigmatteori (Dreyfus & Rabinow 1982: 72).

Analysedesign

I det følgende vil jeg præsentere det specifikke design, der skal udgøre min strategi for analysen af det empiriske data, som indhentes gennem det etnografiske feltstudie. I den genealogiske analyse vil jeg redegøre for forskellige historiske formuleringer af reglerne for diagnostisk praksis. På baggrund af denne gennemgang af eksempler fra diagnoselitteraturen, vil jeg redegøre for hvordan diagnostikken tidligere er blevet formuleret, hvordan de forskellige repræsentationer afviger fra hinanden og hvilke brudflader, der kan udpeges i denne sammenhæng.

På baggrund her af, vil jeg søge at udforske genealogiens resultater igennem interviews med socialarbejdere, for at undersøge den eventuelle effekt af ændringer i diagnostikken. Fokus er således her, at undersøge hvorvidt den diagnostiske diskurs beskrives som havende relevans, for udførelsen af det sociale arbejde. Integrationen mellem genealogien og IE foretages bl.a. ud fra den betragtning, at IE-forskere beskriver hvordan analysen af officielle kilder har relevans for det institutionelle arbejde. Forudsætningen for inddragelsen for dokumentanalyse er her, at egentlige interviews med frontarbejdere stadig må spille en vigtig rolle, "as a way of filling in the gaps of what the researcher can learn through observation and textual analysis" (Devault & McCoy i Smith 2006 :21). Efter at have foretaget de etnografiske interviews, vil jeg gennemgå det empiriske materiale, som bliver resultatet heraf, i en tekstanalyse. I analysen af de etnografiske interviews vil jeg orientere mig, ud fra IE-metodens fokus på det institutionelle arbejde. Dette medfører uvægerligt, at jeg må tage stilling til den måde den konkrete handling fremstår på i udtalelserne, da det er viden om denne handling, jeg ønsker at frembringe med analysen. Her benyttes IE-metodens etnometodologiske fokus på "arbejdet" og på hvordan inddragelsen og produktionen af "tekster" beskrives i socialarbejderens udtalelser. Her vil fokus ligge på inddragelse af viden om ADHD-diagnosen, og inddragelsen af de konkrete diagnosebeskrivelser i de socialfaglige strategier som socialarbejderne beskriver. I denne forbindelse vil jeg orientere mig mod dele af Foucaults diskursanalyse og mod etableringen af en diskursiv formation. Her er det dog vigtigt at understrege, at der ikke er tale om en diskursanalyse som søger at finde frem til den diagnostiske diskurs, som værende tilstede i socialarbejdernes diskurs, men at lokalisere de lokale strategier og insitutionelle interaktionspunkter, hvor denne diskurs beskrives som havende påvirkning. Mit fokus liggerer altså her udarbejdet ud fra Faircloughs Althusser-inspirerede tilgang, som tager udgangspunkt i, at ideologi og diskurs har en materiel substans indenfor institutionel praksis (Fairclough 2008: 46). Det jeg ønsker at sige noget om er altså hvordan en bestemt diskurs har påvirkning på daglig

socialfaglig strategi, men ikke ved at analysere hvordan ideologiske og diskursive elementer inddrages i socialarbejderens egne formuleringer. Samtidig ønsker jeg at benytte diskursanalysens overordnede analytiske ramme, da denne fremgangsmåde vil lette overgangen til den Foucault-orienterede biopolitiske analyse, der kredser om elementer som objekter og strategi i diskurs, men som samtidig har et mere subjektorienteret perspektiv end eks. genealogien. Centralt for diskursanalysen er en ledeforskel mellem spredning og regularitet i det empiriske materiale. Det er altså centralt at redegøre for systematikken i den måde, hvorpå ytringer inden for en bestemt diskurs er fordelt, og ytringerne udgør derfor det egentlige objekt for etableringen af en diskursiv formation (Andersen 1999: 41), hvilket er et delmål med denne analyse. Her vil jeg fokusere på at redegøre for hvordan forskellige subjektpositioner er beskrevet i relation til de institutionelle strukturer og arbejdsgange, som er omdrejningspunkt for interviewsamtalerne. Dermed er der på forhånd udstukket et tema for hvilke objekter, der inddrages i diskursanalysen, eftersom disse er udpeget på baggrund af det empiriske materiale, og de emner som er udvalgt fra de etnografiske interviews. Objekterne er diagnosen og diagnosebeskrivelserne, samt de dele af det institutionelle arbejde som sættes i relation hertil. De strategier, jeg søger at udpege, er informanternes konkrete faglige orienteringer, i forhold til det arbejde der udføres, og den måde disse konstrueres indenfor et netværk af institutionel handling. Der er altså her tale om et brud med Foucaults diskursanalytiske dogmatik, hvor nondiskursive elementer udelukkende betragtes om diskursens materielle ramme for eksplicitering. Ud fra IE-tilgangen henter jeg et fokus på de institutionelle processer, og netop disse vil udgøre det egentlige indhold for analysen. Det er her vigtigt at påpege, at jeg ikke tilskriver italesættelsen af de institutionelle objekter nogen ontologisk funktion, men at jeg, for at kunne få indblik i relationer mellem diagnostisk diskurs og socialt arbejde, nødvendigvis må udforske socialarbejdernes beskrivelser af disse processer, og at de derfor er i fokus for min interviewstrategi. Dette medfører at jeg må afskære mig fra Foucaults orientering mod den diskursive formation, som et autonomt niveau der analyseres uden orientering mod de non-diskursive strukturer, der behandles i diskursen. Det er dog samtidig nødvendigt, for at kunne sammenføre de analytiske resultater med undersøgelsens biopolitiske udgangspunkt, at orientere sig mod begreber som objekt, subjekt og diskursiv formation. Der må imidlertid foretages en tilpasning, eftersom IE metoden fordrer en fokus mod arbejdet og ikke alene diskurs. Derfor fokuseres der, ligesom for diskursanalysens vedkommende, på den måde objekter, subjekter og strategier konstrueres i diskursen, mens der samtidig lægges vægt på at det er det institutionelle arbejde der undersøges, og at ytringer skal analyseres i deres sammenhæng med andre berørte emnefeltet. Det er hensigten at foretage en

analyse af den diskursive formation, eftersom det netop er undersøgelsens mål at skabe overskuelighed og systematik, i den måde udsagn og diskurser reguleres på. De udsagn, som skal danne udgangspunkt for analysens progression, opfattes som diskursivt medierede, og jeg vil ikke tilskrive socialarbejdernes udtalelser nogen egentlig sandhedsværdi. Det mest substantielle der kan udledes af analysen er derfor en vis diskursiv entydighed, som reflekterer de rammebetingelser som socialarbejderne beskriver at arbejde under på baggrund af ændringer i diskursen om den diagnostiske praksis. Jeg vil gøre brug af begrebet positivitet, dog i en anden udlægning en Foucaults diskursanalytiske brug af denne term, hvilket kræver en kort forklaring. Den italienske fiolog og socialfilosof Giorgio Agamben forklarer hvordan han ser Foucaults brug af begrebet som hentet fra den unge Hegel, via den franske, hegelikanske filosof Jean Hyppolite, som var Foucaults underviser i studietiden (Agamben 2010: 11). Hos Hegel dækker positiviten over den måde bestemte koncepter og begreber er integrerede, i et kompleks af ritualer, traditioner og institutioner. Således står den *positive* religion i et modsætningsforhold til naturreligionen, da den hviler på moderne institutionaliseret praksis og derfor kun kan opretholdes igennem et netværk af insitutionelle relationer, i modsætning til den religion der er et resultat af menneskets relation til naturen¹⁶. Positivitet er, i min analyse, derfor den insitutionaliserede mening som kan udtrykkes igennem et netværk af praksisser, og knytter sig til den fornuft som de positive symboler kan udtrykke (ibid. : 12-14). På baggrund af denne udlægning, vil jeg operationalisere begrebet positivitet til at dække over den måde eks. diagnosebeskrivelser af et barn udtrykker viden, som kan instrumentaliseres i et netværk af insitutionelle praksisformer og som udtrykker en sandhed, der kan inddrages på tværs af disse. Diskursen omkring diagnosticering, samt dennes funktion i socialarbejdernes arbejde, er derfor udgangspunktet for analysens udforskning af deres begrebsverden, men som sådan søger jeg ikke at redegøre for, hvorledes socialarbejderne selv aktiverer diskursen om diagnosticering, eller hvordan den diagnostiske diskurs påvirker deres subjektivering. Jeg søger at skabe et overblik over mønstre i deres kommunikation omkring det arbejde der udføres, på baggrund af en løs orientering mod Foucaults begreb om den diskursive formation. Min brug af begrebet vil næppe kunne accepteres i en stringent forsåtelse af den måde diskursanalysen ”bør” anvendes på, hvilket imidlertid heller ikke er mit mål. Konkret vil jeg i analysen især orientere mig imod udfyldelsen af forskellige subjektpositioner, i forbindelse med beskrivelsen af det institutionelle arbejde. Jeg vil søge at redegøre for den måde forskellige subjekthierakier etableres på (eks. mellem psykiatri og socialt arbejde eller insitution og individ), og

¹⁶ Og derfor beror på offergaver, høstriter og panteisme.

de subjekt-objekt-relationer som opstår, når forskellige individer gør andre individer til subjekter, igennem forskellige former for magtudøvelse/handling. I andre tilfælde vil jeg tage udgangspunkt i objekt-subjekt-relationer, hvor et objekt (eks. en institution eller struktur) har effekt på en bestemt subjektposition. Derudover vil jeg have særligt fokus på, hvordan den overordnede biopolitiske tilgang til den diagnostiske praksis har påvirkning på socialarbejdernes faglige strategier, samt de strategier som konstrueres for forældre og børn i forbindelse med spørgsmål om diagnosticering. Derudover vil jeg søge at redegøre for biopolitikens påvirkning på de strategier der knytter sig til andre aktører som eks. lærere, diagnostikere eller andre socialarbejdere, eftersom både IE metoden og orienteringen mod biopolitik fordrer en orientering mod udstrakte institutionelle sammenhænge. Et andet aspekt vil være forskellige strategier og manøvrers påvirkning på subjektiveringsmåder, især hvad angår diagnosticeede børn og deres forældre. Ud fra denne analysemodel er det mit mål, at kunne indplacere nogle af de resultater analysen giver i en biopolitisk analyse, hvor der reflekteres over samspillet mellem den diagnostiske diskurs og udførelsen af det sociale arbejde. I denne analysemodel indplaceres resultater fra genealogi og diskursanalyse i en sociologisk analyseramme, da jeg her vil søge at redegøre for analyseresulaterne i bredere forståelse. Her vil resulaterne, som de diskursivt orienterede analyser kan afstedkomme, behandles ud fra et bredere samfundsmæssigt perspektiv. Her er det igen vigtigt at den forklaringskraft der her søges at etablere, naturligvis er diskursivt fundereret. En informants ytringer diuskursivt medierede og giver ikke adgang til andet end en repræsentation. Når der her inddrages andre elementer end de der berøres i diskursen, er det udfra en orientering mod at etablere et midlertidigt felt for faglig perspektivering, hvor elementer af daglig praksis vendes på et sociologisk abstraktionsniveau. Ved at undersøge historisk forandring og udpege en diskursiv orientering i diagnostikken og siden at undersøge disse elementer etnografisk, for derefter at underkaste dem en tillempet diskursanalyse, er det mit mål at kunne redegøre for hvorledes det interaktionsfelt der udspiller sig mellem diagnostik og socialt arbejde tager sig ud på det diskursive felt. På denne baggrund er det mit mål, at redegøre for hvordan psykiatriens diskursive fremstilling af ADHD-diagnostikkens retningslinjer kan anskueliggøres, i socialarbejderens beskrivelser af deres faglige strategier, og hvorledes disse elementer indgår i et overordnet biopolitisk handlingsfelt. Ved at inddrage elementer af både konkret praksis, og overordnet politiks strategi er det ikke min hensigt at skabe ontologisk viden, men at skabe et analytisk overblik der kan optages af, og inddrages i daglig praksis og forstås på baggrund af det arbejde som den diskursive analytik sættes i relation til.

Afgrænsning

Undersøgelsen udføres indenfor det socialfaglige arbejdsfelt, hvor ADHD-diagnosticerede børn og unge eller deres forældre modtager støtte, vejledning og konsulentbistand eller gennemgår visitation på baggrund af diagnosen. Som udgangspunkt tages IE-metodens tekstmedierede institutionsbegreb, hvor feltet feltet udgøres af de forskellige faggrupper som udfører institutionelt og ADHD-relateret arbejde. Afgrænsningen, og indsamlingen af de institutionelle diskursfragmenter, som skal danne udgangspunktet for analysen, er foretaget på baggrund af en refleksion over hvilke diskurser som jeg, ud fra en orientering mod biopolitiske strategier og diskurser, håber at kunne observere igennem min etnografiske tilgang, til netværket mellem de socialfaglige tilbud der er til rådighed i Aalborg kommune. De udvalgte områder som indgår i undersøgelsen vil blive redegjort for i det følgende.

Selvstændig konsultation

Som del af det socialfaglige arbejde, med diagnosticerede børn og unge, har kommunens familiegrupper tilknytning til en række selvstændige konsulenter. Disse aktører er privatpraktiserende enkeltindivider, eller konsulentgrupper, som aflønnes på baggrund af Lov om social service § 41, som stipulerer at:

Kommunalbestyrelsen skal yde dækning af nødvendige merudgifter ved forsørgelse i hjemmet af et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse. Det er en forudsætning, at merudgifterne er en konsekvens af den nedsatte funktionsevne. (Lov om social service revideret udgave 2007)

Eftersom ADHD-diagnosen figurerer som en funktionsnedsættelse, og tilskrives kronicitet, kan forældre med et barn der har diagnosen altså modtage dækning for merudgifter, og rådgivere fra familiegrupperne kan i denne forbindelse tildele et forløb hos en privat konsulent. Konsulenternes service har til hensigt at yde råd og vejledning til familier, på baggrund af viden om diagnosen og igennem samtaler med både børn og forældre, enten i egen konsultation, eller ved hjemmebesøg. Dette område er af relevans for undersøgelsens genstandsfelt, eftersom konsulenternes arbejde tager

udgangspunkt i viden om diagnosen, men også indebærer specifik rådgivning og vejledning, ud fra de beskrivelser som den konkrete diagnose indeholder. Eftersom selvstændige konsulenter ikke er en del af den administrative institutionelle arbejdsområde, men stadig er en del af det IE inspirerede, institutionelle kompleks, vil deres udsagn evt. kunne give adgang til alternative vidensformer, der kan komplimentere den viden som eksisterer indenfor det administrative område. Dette specialområde blev indgangen til den etnografiske undersøgelse, hvilket vil fremgå af et senere afsnit.

Socialrådgivning

Indenfor det sociale arbejde med børn og unge, er serviceloven den centrale fordelingsnøgle for kompensation, refusion, og personaleresurser, indenfor en stor del af kommunens specialtilbud. Herunder indgår de ydelser der gives, til støtte for familier med børn der har funktionsnedsættelse eller særlige sociale vanskeligheder etc. Indenfor Aalborg kommunes familiegrupper arbejder en række socialrådgivere, HK medarbejdere etc., som har til opgave at behandle ansøgninger fra forældre hvis barn har en ADHD-diagnose. Disse opgaver drejer sig bl.a. om, den ovenfor nævnte, § 41, som angår dækning af merudgifter, samt servicelovens § 42, der beskriver hvordan:

Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp til dækning af tabt arbejdsfortjeneste til personer, der i hjemmet forsørger et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse (Lov om social service revideret udgave 2007).

Disse to lovforordninger har altså til sigte, at kompensere for underhold af merudgifter og tabt arbejdsfortjeneste. Herudaf er især § 41 relevant for studiet af specialets undersøgelsesfelt, eftersom der indenfor denne skal tages stilling til, hvorvidt en familie har krav på at modtage specielle ydelser, som forløb med en konsulent, tildeling af støtte-kontaktpersoner, forældrekurser etc.

Disse vurderinger foretages bl.a. på baggrund af de beskrivelser, der fremgår af det diagnostiske materiale, og de kvalitative beskrivelser som diagnostikeren har rapporteret. Følgelig opfatter jeg dette område som et relevant sted at undersøge, da udvekslingen mellem de diagnostiske, og de socialfaglige specialområder er særligt udtalte, ligesom mange af de andre socialarbejders opgaver udføres, på baggrund af de vurderinger som foretages af familiegruppens medarbejdere.

PPR

Det institutionelle netværk, i det sociale arbejde med børn og unge, strækker sig ind over folkeskoleområdet på en lang række områder. Når et barn får diagnosen ADHD, der figurerer som en funktionsnedsættelse, kan der indstilles til visitation, med henblik på specialundervisningstilbud, og andre støttende tiltag, på baggrund af Lov om folkeskolen, hvori det stipuleres at

Hvis det antages, at en elev har særlige undervisningsbehov, som ikke kan opfyldes inden for rammerne af den almindelige undervisning, eller hvis elevens skolesituation i øvrigt giver anledning til alvorlig bekymring, indstilles eleven til en pædagogisk-psykologisk vurdering

(Bek. om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand 2010: § 3).

Indstillingen til den pædagogisk-psykologiske vurdering kan foretages af lærere, forældre, eleven selv, eller den kommunale sundhedstjeneste (jf. Stk. 1,2,& 3). Til at varetage denne type opgaver benytter kommunen en konsulent fra PPR, som vurderer barnets behov, bl.a. med udgangspunkt i beskrivelserne fra en evt. diagnose. PPR's udredningsteams består bl.a. af psykologer og specialundervisningskonsulenter, hvoraf jeg har vurderet at den sidste gruppe vil være særlig relevant for denne undersøgelse. Dette valg er foretaget for at holde fokus på det sociale arbejde, da en psykolog ganske vist vil kunne give interessante perspektiver, på det socialfaglige arbejdsområde, men samtidig vil en sådan afgrænsning risikere at fjerne fokus fra det undersøgelsesfelt som er etnografiens omdrejningspunkt. PPR teams består netop af både psykologer og konsulenter, som ofte har en baggrund i undervisning, eller det specialpædagogiske fagområde, da der skal foretages både en psykologisk vurdering af barnet, samt en undervisningsrelateret og socialfaglig vurdering, på baggrund af både de psykologiske, og psykiatriske beskrivelser.

Specialcenter

Som tilbud til børn og unge med særlige vanskeligheder, kan der fra socialformidlingens side gives støtte til særlig rådgivning, og vejledning, på baggrund af Lov om social service § 11, stk. 4. som stipulerer at:

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde gratis rådgivning, undersøgelse og behandling af børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne samt deres familier (Lov om social service revideret udgave 2007).

Denne bistand gives af specialkonsulenter, med forskellige faglige baggrunde, i et specialcenter under kommunen. Her tilbydes rådgivning til eks. ADHD-diagnosticerede børn og unge, samt deres forældre. Udgifterne til lønning af specialkonsulenterne betales igennem et budget, som finansieres af kommunens familiegrupper, og kan som sådan sammenlignes med den ordning der fungerer ifht. de selvstændige konsulenter. Forskellen er at udgifter til specialkonsulenternes arbejde er budgetterede, og som sådan ikke er at regne for en merudgift, hvorfor konsulentens arbejde ikke hører under § 41 i Lov om social service. Derudover er konsulenternes arbejdsopgaver, ud fra det i § 11, stk. 4 beskrevne, mere specifikt udstukne med henblik på rådgivning omkring diagnosen. Dette område overlapper altså med det psykoedukative arbejde som udføres eks. i socialpsykiatrien, samtidig med at der er tale om en kommunal ordning, som servicerer alle familier, hvor et barn har ADHD-diagnose. Der foretages altså ikke nødvendigvis nogen særlig vurdering, forud for henvisningen til specialcentret, da den service som her ydes er lovberettiget for alle børn med diagnosen, og deres familier. De råd og den vejledning som specialcentret tilbyder, tager udgangspunkt i diagnosen som hverdagsproblematik, og forældrene bliver instrueret i at opstille struktur i hjemmet, håndtere konflikter m.v. Det arbejde som udføres af specialkonsulenten er altså baseret på viden om ADHD-diagnosen, og udmønter sig i konkret vejledning, og rådgivning til den enkelte familie. Dette område inddrages i undersøgelsen, fordi specialkonsulentens arbejde befinder sig på et felt, hvor både teoretisk viden om diagnosen, og diagnostikerens konkrete beskrivelser inddrages i arbejdet med den enkelte familie, og eftersom jeg derfor vurderer at denne socialfaglige position evt. kan give indsigt i relevante biopolitiske relationer, mellem diagnostik og socialt arbejde.

Etnografien

I det følgende vil jeg beskrive de dele af den etnografiske proces, der er relevante for forståelsen af den empiriske proces, som danner baggrund for det materiale der indgår i undersøgelsens analyse.

Ført vil jeg beskrive mit valg af informanter og nogle bevæggrunde for disse valg, hvorefter jeg vil redegøre for den interviewstrategi, der har været udgangspunktet for struktureringen af samtalerne.

Valg af informanter

I det følgende vil jeg beskrive de væsentlige dele af forstudiet, som udførtes forud for udførelsen af det egentlige etnografiske feltstudie. Forstudiet indeholdte materiale gennemgange og en afsøgning af mulige indgangsvinkler til det institutionelle felt. I denne fase studerede jeg netværket af forskellige positioner i det sociale arbejde med ADHD-diagnosticerede børn og unge. Derudover tog jeg kontakt til forskellige institutioner, hvor jeg forhørte mig om organisationernes struktur og forsøgte at finde frem til socialarbejdere med relation til ADHD området. Forstudiet kan karakteriseres som en eksplorativ undersøgelse med henblik på at forstå centrale træk i det sociale arbejde med ADHD i Aalborg Kommune. Jeg erfarede i denne fase, hvor svært det kan være, at afgrænse et institutionelt felt ud fra adgang til officielle kilder, som offentlige hjemmesider, kommunale offentliggørelser og lignende. ADHD området strækker sig over mange forskellige faggrupper, organisationer og ansvarsområder. Derfor er det svært at overskue, hvorledes disse områder og indsatser afgrænser sig fra hinanden, og hvem der er relevant at tale med. Denne del af undersøgelsen kredsede derfor om at opnå indsigt i de organisatoriske strukturer, og sammenhængene mellem de forskellige institutioner, samt deres brug af det diagnostiske materiale. I det følgende vil jeg præsentere mine informanter, som naturligvis er tildelt andre navne.

Anne

Gennem mine henvendelser og telefonsamtaler fik jeg kontakt til Anne, som er selvstændig konsulent, på det børne- og ungdomspsykiatriske område. Anne har tidligere arbejdet som sygeplejerske i psykiatrien, og har derfor stor indsigt i både denne del af arbejdet med ADHD-diagnosticerede såvel som hun, i kraft af sin rolle som konsulent, har viden om de institutionelle og socialfaglige strukturer og arbejdsgange. Anne indvilgede i at deltage i et interview efter en samtale om forskellige aspekter af socialt arbejde på ADHD området. I samtalen forud for interviewet, forelagde jeg min interesse for at få indblik i socialarbejderen hverdag i arbejdet med ADHD-diagnosticerede. Efter interviewet med Anne var jeg, igennem hendes observationer og beskrivelser, i stand til at danne mig et overblik over, hvilken type socialarbejdere jeg ønskede at tale med, og

hvilke relationer jeg foreløbig ville fokusere på. Jeg var således, i de følgende interviews, i stand til at stille fokuserede spørgsmål, hvis samtalen kom ind på emner som vækkede genlyd eller som var interessante, ud fra hvad jeg havde talt med Anne om. Selvom første interview blev indgangen til problemstillingen, har jeg alligevel valgt at lade det indgå i analysen, da det er en nødvendig del af indkredsningen af de berørte problematikker. Jeg har valgt ikke her at gå nærmere ind i udviklingen af den etnografiske udforskning, men i stedet lade uddragene fremgå i kronologisk rækkefølge i analysen. På denne måde vil udviklingen i min afsøgning af emner fremgå af strukturen i de præsenterede uddrag.

Trine

Næste interviewaftale blev med Trine, som er rådgiver i en af Aalborg kommunes familiegrupper. Jeg fik kontakt til Trine efter først at have haft et orienterende møde med en rådgiver fra samme afdeling. Rådgiveren forklarede at Trine var en af de ansatte på afdelingen, som havde meget med ADHD problematikker at gøre. Som rådgiveren forklarede, er den pågældende familiegruppe opdelt, sådan at kun bestemte medarbejdere tager stilling til ansøgninger om refusion, hvorimod andre fortrinsvis har at gøre med det rådgivningsmæssige. Trine virkede for mig som en oplagt person at tale med, ud fra en interesse i at udforske det sociale arbejde med familier, hvor et barn har ADHD-diagnose, da der fra hendes standpunkt i institutionen optræder en række momenter, som tager udgangspunkt i de diagnostiske beskrivelser. Til interviewet havde Trine bedt sin kollega Christina om at deltage, eftersom de to arbejder tæt sammen, og fordi Trine mente at Christina ville kunne give relevante perspektiver på det institutionelle arbejde. Dette var både til gavn for min empiriindsamling, da jeg på denne måde kunne interviewe to aktører fra samme felt, i en enkelt samtale. Samtidig var dobbeltinterviewet en udfordring, da jeg var uforberedt på at skulle tale med to rådgivere, og da samtalen bar præg af at skulle fungere mellem tre personer, hvilket indebar at ikke alle tråde kunne gøres færdig. Alligevel mener jeg at det var en fordel at både Trine og Christina deltog i interviewet, da jeg på denne måde fik indblik i diskursive sammenhænge, uden altid selv at skulle stille spørgsmål, eller lede informanterne på sporet, eftersom de to rådgivere ofte kommunikerede indbyrdes. Dette gav mig lejlighed til at vurdere hvilke emner, der skulle samles op, opsummeres eller spørges ind til fra en anden vinkel, samtidig med at snakken fortsatte, hvormed jeg undgik ophold og pauser, som kunne begrænse den glidende fremadskriden i samtalen.

Lene

Igennem mine henvendelser fik jeg kontakt til Lene, som er specialundervisningskonsulent for PPR, og har en baggrund indenfor specialundervisningsområdet. Jeg kontaktede først en PPR afdeling, og forsøgte at lokalisere en medarbejder, som kunne ville være relevant at få i tale. Jeg fandt her frem til en psykolog, som jeg havde en telefonsamtale med omkring PPR's arbejde med ADHD-diagnosticerede. Med psykologens hjælp fandt jeg frem til Lene, som efter en telefonsamtale indvilgede i at deltage i et interview. Lene forklarede i telefonen, at hun foretager visitation med henblik på specialundervisningstilbud, men at hun arbejder for inklusionsløsninger i undervisningen, hvilket er et emne der bruges megen energi på indenfor PPR. Dette faldt i god tråd med min interesse for undervisningsrelaterede ADHD problematikker, som var et af resultaterne af første interview. Samtalen drejede sig derfor en del om emner som inklusion i folkeskolen, hvilket dog ikke er kommet til at indgå i denne undersøgelse. Samtalen med Lene var den længste af de fire interviews, eftersom Lene havde sat lang tid af til vores aftale, og tog sig derudover tid til at vise mig de dokumenter, hun benytter i sit arbejde og forklare lovgivningsmæssige og administrative aspekter af PPR's arbejde. Disse oplysninger indgår, i kraft af specialets afgrænsning, heller ikke i projektrapporten, men gav mig værdifuld indsigt i det institutionelle arbejde, hvilket har været til stor hjælp for forståelsesprocessen i den etnografiske del af undersøgelsen.

Allan

I søgningsprocessen fik jeg desuden kontakt til Allan, som er ADHD specialkonsulent ved et socialfagligt center, med fagområde indenfor indsatser, på børne- og ungeområdet. Allan er uddannet specialpædagog, og har en baggrund som leder af en institution for unge med psykiatriske diagnoser herunder en del med ADHD-diagnosen. I telefonen forklarede Allan, at han i starten af dette år er blevet ansat som konsulent på ADHD området, hvilket er en ny stilling indenfor specialcentret. Allan forklarede videre, at hans arbejde indebærer at rådgive og vejlede børn med ADHD-diagnose og deres forældre. Derudover består Allans arbejdsområder af at informere kommunens borgere om diagnosen igennem foredrag og lignende. Allans beskrivelse af sit arbejde gav mig det indtryk, at hans daglige opgaver netop indebærer den balance mellem generel viden omkring diagnosen og den konkrete vurdering af de enkelte problematikker i familierne, som jeg finder relevante for undersøgelsens genstandsfelt. Derudover fik jeg interesse for Allans beskrivelse

af de arbejdsopgaver, som inkluderer generel information til kommunens borgere. Denne del af arbejdet adskiller sig fra de andre informanternes institutionelle standpunkter, og jeg vurderede at dette ville kunne give et godt perspektiv, på samspillet mellem viden om diagnosen og formidlingen af denne til den bredere offentlighed.

Interviewstrategi

I det følgende vil jeg beskrive de metodiske overvejelser omkring interviewstrategi, som jeg har taget udgangspunkt i indenfor etnografien. Jeg har søgt at integrere dele af IE-tilgangen med andre dele af den etnografiske metodetilgang og har taget afsæt i de forholdsregler, som beskrives nedenfor.

Samtalens struktur

Det etnografiske interview har, som kommunikativ begivenhed, ideelt set meget tilfælles med den uformelle venskabelige samtale (Spradley 1979: 58). Samtalens forløb er således præget af hensyn til almene konversationsstrukturer, og jeg har bestræbt mig på at tage hensyn til faktorer som samtalens forskellige initiationer, afslutninger, samt replikskifteturnus, spørgsmålsplacering og overholdelsen af informanternes naturlige tænkepauser (Spradley 1979: 55). Jeg har tilstræbt at lade samtalerne udvikle sig ud fra nogle ret "naive" og åbne spørgsmål, hvorudfra der gradvist introduceres forskellige etnografiske elementer, for sådan at få informanten til stadig at svare som informant (Kristiansen & Krogstrup 1999: 155). Sådanne spørgsmål har eks. været "Hvordan benytter i diagnosebeskrivelserne i udførelsen af jeres arbejde?" eller "Hvilke dele af de beskrivelser som indgår i diagnosen, kan i benytte i jeres arbejde?".

Som i alle kvalitative interviews er det nødvendigt at finde en balance imellem at lede informanten til at tale om de emner, som er relevante for undersøgelsen, men samtidig opmuntre til at vedkommende udtaler sig på en måde, der reflekterer konturerne af deres egne dagligdags aktiviteter (Smith 2006: 24). I denne forbindelse har jeg bestræbt mig på at lade informanterne tale frit og udtømmende om deres dagligdags rutiner og om de sammenhænge i arbejdet, som informanterne hver især har måttet finde relevante for besvarelsen af det stillede spørgsmål. I denne forbindelse har jeg, i henhold til Kvale, valgt at anvende semistrukturerede interviews for at opretholde en organisering af samtalen uden lukkede svarkategorier, faste definitioner af begreber

eller ledende spørgsmål (Kvale 1997: 104). Samtidig har jeg forsøgt at holde samtalen relativt fokuseret, igennem hvad McCoy kalder "the helpful notion of work" (McCoy i Smith 2006: 110). Begrebet dækker over, at undersøgeren må søge at opnå viden, om det "arbejde" som informanterne udfører. Arbejdet defineres således: "What people do that requires some effort, that they mean to do, and that involves some acquired competence" (Smith 1987: 165). Fokus må altså være på arbejdet, hvilket her kan opfattes som en empirisk tom kategori, der ikke på forhånd kan udfyldes af interviewer, og som fletter ind i de praktiske dagligdags gøremål informanten beskriver. Således har jeg søgt at opnå indblik i det institutionelle netværk af praksisser, som den institutionelle aktør er en del af (McCoy i Smith 2006: 110-111). De udførte interviews har altså været opbygget efter en semistruktur, med henblik på at komme omkring forskellige dele af informanternes arbejdsliv, og opnå viden om deres indplacering i et udstrakt institutionelt kompleks. Af denne årsag har samtalerne med de forskellige informanter, ud over at være løst strukturerede, heller ikke bestået af de samme spørgsmål, men været definerede af arbejdets indhold og de specifikke tematikker. Jeg har derfor ikke benyttet mig af en egentlig interviewguide, men i stedet taget udgangspunkt i de konkrete arbejdsopgaver og derigennem søgt at få indsigt i arbejdets sammenhæng med andre institutionelle positioner og relationen til det diagnostiske system. I forbindelse med at foretage interviews indenfor IE traditionen gælder det, ifølge Smith, om at tænke organisatorisk og om at erkende på forhånd, at ikke alle spor i samtalen vil blive fulgt op, men at sikre at hvert af dem noteres undervejs og vurderes ved første gennemlæsning (Smith 2006: 24). På denne måde har interviewrækken været en eklektisk proces, hvor emner er dukket op igennem en samtale, som jeg efterfølgende har forfulgt og søgt uddybet igennem de senere samtaler for således at forfølge forskellige institutionelle handlingsmønstre på et tværsektorielt og translokalt snit.

Etnografisk forklaring

Jeg har op til og under samtalerne stilet efter, at lede informanterne på sporet af hvilken type af emner og arbejdsmæssige problemstillinger, jeg har været interesseret i. For at undgå at stille ledende spørgsmål gælder det i etnografiske interviews om at klargøre formålet for informanten for derigennem at kunne kontrollere samtalen og lede den i de retninger, som vil give indblik i informanternes institutionelle viden. En løbende mængde forklaringer og meta-refleksioner over samtaleens temaer har derfor indgået i interviewstrategien for at holde informanterne ajour om emnefeltet (Kristiansen & Krogstrup 1999: 157). Jeg fortalte alle informanter, at jeg var interesseret

i deres viden om det sociale arbejde med diagnosticerede, at jeg gerne ville høre deres beskrivelser af det daglige arbejde i institutionerne, samt at jeg var interesseret i samspillet mellem diagnostikken og det institutionelle arbejde. Uden at være særlig specifik angående hvad undersøgelsen handlede om¹⁷, startede jeg altså hvert interview med en kort introduktion, hvor jeg beskrev den uddannelsesretning, jeg er tilknyttet og hvilke emner der faldt indenfor undersøgelsens genstandsfelt. Jeg beskrev, hvordan jeg forestiller mig, at netop deres viden om børn med ADHD og deres forældre samt deres kontakt til det sociale arbejde, psykiatrien eller andre institutioner ville kunne give de socialfaglige vinkler på de problemfelt jeg gerne ville undersøge. Jeg har som beskrevet haft den strategi at lade samtalen begynde med nogle åbne spørgsmål for dermed at indkredse hvilke dele af det sociale arbejde, som var relevante at tage udgangspunkt i. I løbet af samtalerne har jeg så forsøgt i stigende grad at styre forløbet af kommunikation, men naturligvis forsøgt at undgå at fremstå anmasende eller autoritær (Olsen 2009: 74). Under interviewet har jeg løbende tilbudt informanterne forklaringer for således at sætte informanten i stand til at ”lære fra sig”. I denne forbindelse har jeg benyttet mig af *projektforklaringer*, hvilke har haft til formål at redegøre for relevansen, af informanternes deltagelse i undersøgelsen (Ibid.: 75). Derudover har indgået en række *spørgsmålsforklaringer*, som især har været relevante hvis et spørgsmål har været for bredt eller abstrakt formuleret i første færd, og som således har kunnet bidrage til at forbedre informanternes forståelse af deres egen rolle som ”underviser” (Ibid.). Endelig har jeg forsøgt at komme med løbende opfordringer til brug af institutionelt, naturaliseret sprogbrug i form af lokale udtryk og vendinger, som kan give adgang til dele af feltets ”tavse” viden (Ibid.).

Etnografiske spørgsmål

I udformningen af de spørgsmål jeg har stillet i samtale med informanterne, har jeg været opmærksom på Spradleys opremsning af hovedtyper af spørgsmål, som med rette kan inddrages i etnografiske interviews. Spradley nævner over 60 forskellige grupper af spørgsmål, men jeg har taget udgangspunkt i de tre hovedgrupper, som Olsen (2009: 76-77) opstiller. I denne forbindelse har jeg i udgangspunktet stillet en række *beskrivende spørgsmål* med henblik på at finde frem til de emner, processer og arbejdsgange, som fangede analytisk interesse. Her har jeg bestræbt mig på at

¹⁷ Med den induktive vinkel, på studiets indgang til feltet, har det været mig umuligt at fastgrænse en problemstilling, som jeg kunne præsentere for en informant. Denne tilgang til informanterne har dog været af stor nytte, for udførelsen af de etnografiske undersøgelser. Ved at præsentere nogle spørgsmål til deres arbejdsområder, i relation til ADHD-diagnosen, har åbnet op for de specielle problemstillinger, som hver af informanterne kender til.

stille spørgsmålene så bredt som muligt, at undgå spørgsmål som kan besvares med ja/nej eller lignende (Ibid.). Derudover har jeg stillet en række *strukturelle spørgsmål*, som har haft det formål at kortlægge informanternes viden om feltets sociale organisering og om relationer til den umiddelbare omverden, samt interaktionen med andre relevante aktører (Ibid.). Det har ligeledes været relevant for mig at stille en række *kontraspørgsmål* med sigte på at give mere indgående adgang til emner, som allerede var berørte i informanternes tidligere svar. Denne type spørgsmål stilles for at opnå kendskab til underliggende betydningsstrukturer og har eks. til hensigt at få indblik i hvordan, der skelnes lokalt mellem forskellige typer af handlinger og begivenheder (Ibid.). For at undgå misforståelser og fejlfortolkninger har jeg løbende søgt at rekontekstualisere dele af informanternes svar igennem opsummerende og opfølgende spørgsmål for at lede informanternes opmærksomhed tilbage på tidligere emner eller at sammenligne forskellige svar og emner i samtalen (Olsen 2009: 77).

Sammenfatning

På baggrund af de metodiske regler som er beskrevet ovenfor gik jeg ind til undersøgelsen med en induktiv tilgang, og med forhåbningen om at jeg igennem den rette balance mellem åbenhed og fokuseret søgning kunne få indblik i problematikker, der har relevans for opstillingen af undersøgelsens problemformulering. Jeg søgte således at få adgang til eksisterende strukturer, der gør sig gældende indenfor de institutionelle områder, der skulle udforskes og således få indsigt i den viden der eksisterer lokalt og ikke kan hypotiseres på forhånd. På denne baggrund kan den analytiske del af undersøgelsen påbegyndes.

Analyse

I de følgende afsnit vil jeg foretage analysen af det empiriske materiale, som er indsamlet igennem den etnografiske undersøgelse. Først udføres den genealogiske analyse, hvor jeg vil foretage en analyse af historisk materiale fra diagnoselitteraturen, med henblik på at redegøre for udviklingen indenfor den diagnostiske diskurs. I det andet analyseafsnit vil jeg gennemgå uddrag fra de fire

interviews med socialarbejderne ud fra den specielle tilgang til diskursanalysen, som blev præsenteret i medtodeafsnittene. Slutteligt foretages en analyse af det biopolitiske felt, som er undersøgelsens teoretiske omdrejningspunkt, på baggrund af de to foregående analyser.

Genealogisk analyse

I de følgende afsnit vil jeg foretage en kort genealogisk analyse af forskellige beskrivelser af diagnoser og diagnosticering, som er formuleret i diagnoselitteraturen. Hensigten med analysen er at redegøre for kontinuitet og brudflader, samt reartikuleringer og omformuleringer af tidligere udsagn i diskursen om diagnoser som ADHD, samt brugen af metoder som observation under diagnosticering.

MBD

Den danske psykolog Anegen Trillingsgaard, som står anført i gruppen bag referenceprogrammet fra 2008, beskriver i udgivelsen ”Kun få vokser fra det – Om DAMP, ADHD og Hyperkinetisk Forstyrrelse i livsløbsperspektiv” fra 1995, hvordan navnefastsættelsen for diagnoser som ADHD gennem tiden har været genstand for flere paradigmer. Internationalt set har man tidligere benyttet diagnosen Minimal Brain Damage (MBD) siden 1914, hvor denne blev udarbejdet under ”The Royal Commission Of Mental Deficiency” (Trillingsgaard 1995: 22). Denne diagnose dækkede, ifølge Trillingsgaard, over en række adfærds- og funktionsproblemer i barn- og ungdom, men manglede egentlig specificitet hvad angår symptomer. Efter en epidemiologisk undersøgelse af diagnosens prævalens, og en sammenligning af de symptombeskrivelser som forelå i det kliniske materiale, foretog den amerikanske forsker S D Clements en række undersøgelser af MBD fænomenet, i hvilken forbindelse diagnosen blev ændret til Minimal Brain Dysfunction, hvorved ”Man gjorde D’et blødere”, som forfatteren bemærker (Trillingsgaard 1995:24). Under symptombeskrivelserne indgik hyperaktivitet/ opmærksomhedsproblematikker i rækken af karakteristiske adfærdsformer. Herefter, bemærker Trillingsgaard, steg brugen af diagnosen betydeligt, og ”blev visse steder i USA diagnosen for halvdelen af det børnepsykiatriske klientel og 15-20 % af en skoleårgang ”(Ibid.). Trillingsgaard beskriver, hvordan udbredelsen af MBD medførte en kritisk modreaktion, da diagnosen var begyndt at blive formuleret som et adfærdssyndrom med for vagt definerede kriterier. Der kunne nemlig ikke dannes noget ensartet

eller karakteristisk mønster, i gruppen af diagnosticerede børn. Forfatteren krediterer den engelske børnepsykiater Michael Rutter, for at stå bag den vedholdende, kritiske granskning af MBD diagnosen, som førte til en nedbrydelse af kategorien indenfor ICD-10 klassifikationen (Ibid.: 25). Her er MBD Ifølge Trillingsgaard "erstattet af diagnosen Hyperkinetisk forstyrrelse", (Ibid.) hvilket altså udelukkende kan siges at være tilfældet, for de kategorier som dækkes af begge diagnoser. Kernesymptomerne adfærds- og hyperaktivitetsproblemer indgik altså i MBD diagnosen forud for indførelsen af ICD 10, og af diagnosen Hyperkinetisk Forstyrrelse i tiden efter. Trillingsgaards bemærkning om at Hyperkinetisk Forstyrrelse "erstattede" MBD diagnosen vidner altså om, at den ny diagnoseform kan formuleres, som dækkende over en del af de samme børn der tidligere blev diagnosticerede for MBD.

DAMP

I tiden efter at MBD diagnosen blev ugyldiggjort som psykiatrisk diagnose, udviklede der sig i Skandinavien en diagnose med forkortelsen DAMP, for Deficits in Attention, Motor control and Perception. Udviklingen af denne diagnose udsprang, ifølge Trillingsgaard (1995: 33-34) bl.a. fra Rutters kritik af MBD diagnosen, og udvikledes som et alternativ til den fremvoksende ADHD-diagnose, der opstod med indførelsen af DSM III i 1968. DAMP diagnosen blev udarbejdet af svenskeren Johan Gilberg i slutningen af 1970erne. Gilberg og hans forskningskolleger foretog en undersøgelse, hvor der, på baggrund af spørgeskemaer uddelt til pædagoger og lærere, blev foretaget en sammenligning af børn med diagnoser indenfor MBD spektret. Ud af disse blev der udvalgt en gruppe med særlige problematikker indenfor hyperaktivitet og opmærksomhed. Denne gruppe fik nu diagnosen DAMP, som i sit væsen lignede ADHD-diagnosen, men som ifølge Trillingsgaard, førte "til en deskriptiv og årsagsneutral diagnose (defineret ud fra et fælles adfærdstræk)". (Trillingsgaard 1995: 34). Diagnosen benyttedes herefter i skandinavisk praksis, og man benyttede herefter blandingsdiagnosen MBD/DAMP, idet man tilkendegav, at diagnosen lå indenfor MBD kategorien, men var udspecificeret for DAMP, hvorved MBD diagnosen "overlevede længere i Norden" (Ibid.). Baggrunden for indførelsen af DAMP diagnosen som alternativ til ADHD, forklarer Trillingsgaard som et resultat af, "at der i Norden og måske især i Sverige er stærk tradition for at fokusere på de motoriske vanskeligheder" (Ibid.). Her redegøres for et biopolitisk paradigme i den skandinaviske kategorisering af børns adfærdsproblematikker. Ifølge denne beskrivelse har den motoriske komponent i diagnostikken været afgørende for udskillelsen i de

forskellige kategorier i skandinavisk sammenhæng.

ADHD / DAMP

I sin sammenligning af diagnoserne ADHD og DAMP, konkluderer Trillingsgaard, at der er forskel på en primært motorisk, adfærdsspecificerende diagnosticering (som DAMP), og en primært ætiologisk, opmærksomhedsfokuseret diagnose (som ADHD). Forskellen, beskriver forfatteren, er at ”situationsspecifik overaktivitet kan være en miljøbetinget reaktion, men det er perceptionsforstyrrelser og motoriske koordineringsvanskeligheder sjældent”, hvorfor der, ifølge Trillingsgaard, kan opnås et mere sikkert grundlag for formodningen om, at vanskelighederne skyldes en dysfunktion i centralnervesystemet, med DAMP diagnosen (Ibid.: 36). Om ADHD-diagnosen konkluderes det, at når man i DSM III inkluderede impulsivitet som en del af symptombeskrivelsen uden at stille krav om, at adfærden var kontekstoverskridende, så ”øgede man også sandsynligheden for at få børn med, som primært har miljøbetinget oppositionel, normbrydende og aggressiv adfærd” (Ibid.). Derudover bemærker Trillingsgaard afslutningsvist, at der, i hendes skrivende stund, ”er sket en stramning m.h.t. krav om situationsgennemtrængende hyperaktivitet i DSM-IV, som netop er udkommet” (Ibid.). Trillingsgaards redegørelse, tager form af en genealogi over diagnoseudviklingen, hvori det konkluderes, at der er tilpas samhørighed mellem ADHD- og DAMP-diagnosen. Derudover konkluderes det, at der indenfor ADHD paradigmet skete tiltag, som skal sikre, at symptomerne rent faktisk er situationsgennemtrængende, og at dette taler for en sammenføring af symptomerne. Her en rationalisering af den sammenføring af de to diagnoser, med henvisning til at ADHD-diagnosen nu også opstillede krav om situationsoverskridende symptomer, ligesom det beskrives hvordan denne diagnose tidligere var for bredt favnende og risikerede også at udskille børn til diagnosen, selvom deres problemer kunne formodes at skyldes adfærdsbetingede problematikker.

Fra DAMP til ADHD

I diagnoselitteraturen fra omkring årtusindskiftet tages der udgangspunkt i en egentlig samstilling af diagnoserne under en samlet ADHD kategori. PPR psykologen Kirsten Juul beskriver i hæftet ”Udredning af børn med DAMP/ADHD” fra 2002, hvordan der er ”stor, om end ikke fuldstændig overensstemmelse mellem DAMP begrebet og ADHD” (Juul 2002: 5), og videre: ”Megen af vores

viden er baseret på undersøgelser af ADHD, hvorimod DAMP er mindre belyst gennem forskning” (Ibid.). Derfor anvendes, i hæftet, skrivemåden ADHD/DAMP, med begrundelse af en ”forventning om, at betegnelsen internationalt er under ændring” (Ibid.). Det sidste udsagn konstruerer en diskurs om brugen af diagnoserne, idet Juul, ligesom Trillingsgaard, formulerer en mulighed for anvendelsen af begge diagnoser, eller af en krydsdiagnose, med henvisning til at diagnosen er under stadig ændring. I denne forbindelse formuleres en diskurs, hvor det forventes at den amerikanske ADHD-diagnose vil blive omformuleret, til også at have krav om situationsgennemtrængende symptomer, hvilket også siden er sket¹⁸. I diskursen omkring brugen af de forskellige, diagnostiske kategorier formuleres altså en konsensus omkring sammenføringen af de to modeller. De danske diagnostikere anerkender brugen af ADHD-diagnosen, idet de anfører lighederne imellem ADHD og DAMP. Forfatterne påpeger, at ADHD er den mest undersøgte/dokumenterbare diagnose og henviser til den etymologiske og ætiologiske usikkerhed. Samtidig henvises til ændringer i forbindelse med revisionen af den amerikanske model, hvor der skal tages hensyn til det situationsgennemtrængende element, hvilket beskrives som en udstrækning mod WHO modellen. Denne diskurs går igen ved gennemlæsning af referenceprogrammet. Som det fremgår i problemfeltet, beskriver forfatterne bag programmet, hvordan man med udgangspunkt i det foreliggende materiale har valgt at anføre resultater fra undersøgelser, som omhandler den mest gennemlyste og analyserede diagnose, nemlig ADHD. Derudover argumenteres det som bekendt, at forskellen på de to diagnoser er minimal¹⁹. Den eneste forskel, som anføres i forbindelse med sammenligningen af de to, er at der i ICD modellen er krav om direkte observation af kernesymptomerne, men at begge diagnoser forudsætter tilstedeværelsen af situationsgennemtrængende symptomer. Den diskurs, som opstår med Trillingsgaards afventende bemærkning om revisionen i DSM, og som videreføres i Juuls formulering af spørgsmålet om diagnosens kategoriske afgrænsning, genfindes altså i diskursen indenfor referenceprogrammet, hvor forfatterne foretager en afklaring af begrebet i den danske nomenklatur. I programmet tages der, som beskrevet i problemfeltet, igen udgangspunkt i data baseret på undersøgelser af ADHD, som er den mest undersøgte diagnose, og her betones det, at forskellen mellem de to modeller er minimal, idet der er krav om situationsgennemtrængende symptomer i begge diagnoser. I Trillingsgaards beskrivelse af symptomernes prævalens formuleres følgende udsagn:

¹⁸ Dog er der som bekendt stadig intet krav om, at symptomerne skal kunne observeres af diagnostikeren.

¹⁹ Her ADHD og Hyperkinetisk Forstyrrelse, men argumentationen for sammenlægningen med DAMP diagnosen forbliver den samme.

”Forstyrrelserne optræder i flere forskellige situationer f.eks. både i skolen og hjemme såvel som ved klinisk undersøgelse” (Trilingsgaard 1995: 32). Her pointeres det altså at symptomerne må kunne observeres under diagnostikerens egen undersøgelse. I sine anbefalinger til diagnostikeren, hvad angår observationen af symptomernes tilstedeværelse beskriver Trilingsgaard ligeledes hvordan symptomerne må kunne observeres af klinikeren, men at et besøg hos en diagnostiker ikke danner de bedste rammer for sådanne observationer:

Hvis man vil skabe sig de ideelle betingelser for at observere barnets vanskeligheder, skal det være i en gruppesituation med kendte rutineprægede og for barnet mindre interessante aktiviteter (Trilingsgaard 1995: 28)

Her beskrives det altså hvordan barnets normale hverdagsmiljø skaber de bedste rammer for observation af symptomerne, eftersom de rutineprægede mønstre giver det bedste indblik i barnets gennemgående adfærdstræk. I sin gennemgang af de diagnostiske regler for klinisk praksis, beskriver Juul hvordan der findes en række differentialdiagnostiske vanskeligheder, når der diagnosticeres for DAMP/ADHD, da hun beskriver hvordan symptomer på ADHD:

Forekommer [dog] ved en lang række andre forstyrrelser i barndommen, fx angst, depression, problemer i familien, fysisk og seksuelt misbrug, generel retardering, autisme og sprogforstyrrelser m.fl.” (Juul 2002: 8).

Her gøres der altså opmærksom på, at ADHD kernesymptomerne udgør grundlæggende adfærdstræk i en række tilstande blandt børn. Videre beskrives diagnostikerens primære rolle i forbindelse med udredning for ADHD, som:

at kunne udelukke, at de observerede symptomer har andre årsager end de hovedsymptomer, der er karakteristiske for DAMP/ADHD [...] grundige overvejelser om årsager til forstyrrelserne er derfor nødvendige, og overvejelserne skal ud over testresultaterne gøres på baggrund af anamnesen, og observation i barnets naturlige miljø (Ibid.).

Her anføres en vanskelig differentiering mellem DAMP/ADHD og en række øvrige

diagnoser/tilstande, som årsag til inddragelsen af direkte observation, med henblik på supplerende af anamnese og testresultater. Det beskrives dog at en del af observationen med fordel kan uddelegeres til forældre og lærere, men at diagnostikeren skal være opmærksom på den kontekst forældres observationer foretages i, da det beskrives som ”et relativt begreb, om barnet kan sidde stille og roligt på en stol” (ibid.: 11). Her gøres altså opmærksom på at forældrenes forudsætninger for bedømmelse af et barns adfærd, påvirkes af sociokulturel normativitet, ligesom det pointeres at ”Den samme relative normdannelse gælder selvfølgelig også for lærere og andre” (ibid.). I denne diskurs problematiseres konceptet om standardiseret dataindsamling, ud fra den betragtning at netop opfattelsen af afvigende adfærd ikke kan indsamles igennem en standardiseret matrice. Senere i hæftet refererer Juul ydermere til en undersøgelse, som har vist at forekomsten af ”hyperkinetiske børn” er næsten tre gange så høj i Kina som i England, ved brugen af standardiserede rating scales (ibid. 49). Dette formuleres som en indikator på at normativitet må formodes at spille en stor rolle, når lærere og forældre vurderer et barns adfærd på baggrund af en standardiseret skala²⁰, i hvilken forbindelse Juul formulerer en diskurs, hvor der advares mod ”overfortolkning af rating scales” (ibid.).

Diagnosticeringsmetoder i referenceprogrammet

I det danske referenceprogram fra 2008, formuleres en anden diskurs omkring observationsmetoder under diagnosticering, end de der figurerede i det tidligere diagnosticeringsmateriale.

Indhentningen af information fra barnets sociale miljøer blev tidligere beskrevet som beroende på egentlige interviews, og udførelsen af direkte observation. I referenceprogrammet har diskursen om den kliniske praksis ændret karakter, hvad angår brugen af disse teknikker, hvilket fremgår af følgende uddrag:

Diagnosen ADHD stilles især på baggrund af kliniske symptomer. Observation af symptomer og adfærd indgår derfor traditionelt som en del af udredningen. Imidlertid vil en del børn og unge kunne regulere deres adfærd i forbindelse med konsultation eller klinikerens besøg på skole eller institution, således at ADHD-kernesymptomerne dæmpes (Thomsen et al. 2008: 20).

²⁰ Juul beskriver her hvordan ”grænsen for acceptabel urolig adfærd er betydeligt lavere i Kina end i vesteuropa”

Her formuleres en relativisering af den kategoriske status, som den kliniske observation tidligere havde, i forhold til sikringen af diagnosens gyldighed. Hvor det tidligere blev beskrevet at den gode kliniske praksis måtte indeholde direkte observation, som et gyldighedsparameter til at adskille neurologiske tilstande fra andre typer dysfunktioner, understreges det ovenfor, hvordan barnet kan ”regulere” sin adfærd under den kliniske observation og derfor ikke udvise tegn på særlige vanskeligheder. At foretage direkte observation tillægges derfor ingen særlig vægt, hvilket yderligere fremgår af følgende uddrag:

Ved udredning og diagnostik af ADHD bør der indgå oplysninger om adfærd og funktion i skole/daginstitution og hjem. Disse oplysninger kan indhentes ved brug af standardiserede vurderingsskalaer fra forældre, lærere og pædagoger. Observation i skole eller institution kan være et godt supplement til indhentning af oplysninger, men kan ikke erstatte disse (Thomsen 2008: 21).

I referenceprogrammet fastslås det altså, at oplysninger om barnets adfærd i skolen og institution kan indhentes ved brug af DuPaul skemaet. Den direkte observation beskrives her som et ”godt supplement” til indhentningen af disse oplysninger, men som ude af stand til at erstatte de standardiserede skemaer. Her er altså sket en ændring i formuleringen af ADHD-diagnosens gyldighedsparametre. Som nævnt, blev det tidligere beskrevet, hvordan brugen af direkte observation var en vital del af den valide udredning for ADHD, og at brugen af standardiserede rating scales medførte risici i form af overfortolkning, på baggrund af normativiseret perception. I referenceprogrammet beskrives det derimod, hvordan observationer i nærmiljøet kan supplere brugen af vurderingsskalaer, men ikke i sig selv udgøre et validt udgangspunkt for udredning. Indhentningen af oplysninger fra barnets nærmiljø er, som beskrevet, et krav indenfor ICD-10 manualens anvendelsesområde, med henblik på at sikre, at symptomerne på ADHD er situationsgennemtrængende. I denne forbindelse beskrives det, i uddraget ovenfor, hvordan der ”bør” indhentes data fra personer i barnets forskellige, sociale kontekster. Der er altså ikke tale om en formulering, der forpligter diagnostikeren til at indhente data fra de forskellige kontekster, men om en anbefaling. Denne formulering understøttes andetsteds i programmet, da det ”anbefales” at man indhenter oplysninger fra flere forskellige kilder, til vurdering af symptomernes sværhedsgrad

(Thomsen et al. 2008: 18). Der er altså tale om en anbefaling til diagnostikeren, og det understreges at inddragelsen af forskellige informanter styrker reliabiliteten i udredningen, men der er ikke formuleret en forpligtigende diskurs, hvilket ligeledes fremgår af de to følgende punkter, som figurerer i den del af programmet der opsummerer de forskrifter for diagnosticering, som foretages på baggrund af den videnskabelige gennemgang:

- *Der skal som led i udredningen foretages klinisk interview med forældrene til barnet med ADHD, minimum dækkende ADHD-kernesymptomerne og de almindeligste komorbide Tilstande (Ib)*
- *Der bør som led i udredningen indhentes informationer fra ADHD patientens pædagoger eller lærere dækkende ADHD-kernesymptomerne (Ib) (Thomsen et al. 2008: 18).*

Her fremgår det altså at spørgeskemaer ”bør” uddeles til pædagoger og lærere, såvel som til forældre, men at der ”skal” foretages et klinisk interview med forældre. Her formuleres samtalen med forældrene altså med forrang, i forhold til indhentningen af data fra andre ansvarpersoner, og Indhentningen af disse supplerende informationer tilskrives altså ingen obligatorisk status, i diskursen som formuleres i referenceprogrammet. At udpege valget af artikuleringer som ”bør” og ”skal”, i anbefalingerne til diagnostikerne, kan virke som en perfiditet, men hvis referenceprogrammets formuleringer skal tages for pålydende må det dog konstateres at formuleringen ”skal” indebærer en forpligtelsesmodalitet, som ikke gør sig gældende ved formuleringen ”bør”, der i bedste fald kan beskrives som en guideline uden bindende effekt for læseren.

Sammenfatning

I den diagnostiske diskurs er der foretaget et gradvist overlap, mellem diagnoserne DAMP, og Hyperkinetisk Udviklingsforstyrrelse. Denne udvikling har fundet sted på baggrund af overvejelser omkring sammenfald og forskelle mellem de specifikke kategorier, og har bl.a. været et resultat af en ændring i DSM kriterierne for ADHD diagnosticering, som nu også opstiller krav om situationsgennemtrængende symptomatologi. På denne baggrund formuleres muligheden for en

fusion imellem de diagnostiske kategorier, og på samme baggrund rationaliseres det udgangspunkt, som tages i undersøgelser, der er foretaget af den amerikanske diagnose, og som refereres i den danske diskurs omkring diagnosticering. Overgangen til ADHD-diagnosen har altså været kendetegnet af kontinuitet, med hensyn til den problematisering som har været formuleret i forbindelse med DSM manualens tidligere diagnostiske retningslinjer. Overgangen til ADHD formuleres altså som beroende på at der indenfor DSM også stilles krav om situationsgennemtrængende symptomer. Eftersom dette krav nu også stilles indenfor manualen, argumenteres der i referenceprogrammet for, at der er minimal forskel mellem de to diagnoser. Det væsentligste udtryk for diskontinuitet, som fremgår i uddragene, er at der tidligere formuleredes krav om at der blev foretaget direkte observation under diagnosticering, for at afgrænse sig fra andre typer forstyrrelser, som i væsen lignende ADHD/DAMP/Hyperkinetisk forstyrrelse. Der blev tidligere formuleret en diskurs, hvor brugen af vurderingsskalaer medførte et normativt bias, hvorfor en overfortolkninger af de oplysninger som disse kan tilvejebringer ligeledes blev problematiseret. I referenceprogrammet synes denne diskurs at have taget en diametralt modsat karakter. Her anføres brugen af vurderingsskalaer som den mest valide metode til indhentning af oplysninger fra barnets nærmiljø, hvorimod brugen af direkte observation problematiseres og tilskrives bias. Jeg ser dette som en ændring i det biopolitiske felt omkring ADHD-diagnosticeringen, hvilken vil blive inddraget i den biopolitiske analyse, efter analysen af socialarbejderens udsagn.

Diskursanalyse

Jeg vil i de følgende afsnit redegøre for hovedtræk i socialarbejdernes diskurs ved at undersøge, hvordan socialarbejderne tematiserer brugen af observation under ADHD diagnosticering, og ved at undersøge beskrivelserne af observationens relation til udførelsen af det sociale arbejde.

I nogle tilfælde kræver dette en forholdsvis omfattende analyse, og i andre tilfælde vil redegørelsen være relativt kort, hvilket afgøres af den eksplicitet, hvormed de nævnte faktorer udtales i uddragene. Når nogle uddrag kræver mere analyse, skyldes dette ikke, at jeg tilskriver disse større værdi, eller at det sagte skal fortolkes. Omfanget af den analyse som foretages er vurderet på baggrund af den kompleksitet, som præger den enkelte beskrivelse, og de analytiske tiltag som jeg har vurderet er nødvendige for at redegøre for konstruktionen af subjekter, objekter og strategier i det sagte. Gennemgående har jeg forsøgt at foretage en række korte delanalyser for udelukkende at

beskæftige mig med de faktorer, som er udvalgte på forhånd og der ud over lade socialarbejdernes formuleringer ”tale for sig selv”.

Forskel på diagnoser

I de følgende eksempler fra empirien, hvor der konstrueres forskellige beskrivelser af, hvordan diagnosticeringer foregår, og hvordan diagnosticeringen knytter sig til det institutionelle arbejde. Inden for hver af diskurserne italesættes derudover forskellige identitetsforhold og begrebsnetværk, ligesom de etablerer forskellige handlingsstrategier. Passagerne er altså udvalgte, fordi der i dem alle formuleres måder, hvorpå en ADHD-diagnose kan stilles, og fordi der indgår beskrivelser af, hvordan forskellige typer diagnoser kan give forskellige muligheder i informantens udførelse af sit arbejde. I analysen skelnes mellem *idealdiskurs* hvilket betegner de tilfælde hvor diagnosen beskrives som ”hensigtsmæssig”, hvorimod kategorien *idealdiskurs* betegner de tilfælde hvor diagnosen beskrives som ”uhensigtsmæssig”, men som en måde hvorpå diagnosticeringen ”reelt” kan foregå.

Uddrag 1.1

I interview 1 beskriver Anne, hvordan hun ser en stor forandring i den måde ADHD-diagnoser i dag bliver stillet på, i forhold til da hun selv arbejdede i psykiatrien²¹:

Anne: Men der er jo forskel. For det skal være til stede i forskellige sammenhænge. Og i gamle dage, da tog vi jo ud og observerede á tre gange, fordi man ville se om.. De har jo de der perioder, hvor det går godt, og det hvor det går skidt. De svinger mellem gode og dårlige dage... Derfor gjorde man det tre gange.

Int: Ja, der er jo også noget med, at man skal kunne observere symptomerne over en længere periode. Som jeg hører dig sige det, er den observationstid reduceret, er det sådan det er?

Anne: Ja! jeg tror ikke de er ude at se dem i skolen længere

Int: Nej

Anne: det er sjældent. Jeg tror næsten aldrig, det sker

Int: Nej.. hvordan observerer man så?

²¹ I dette uddrag knyttes beskrivelsen af diagnostikken ikke til udførelsen af det sociale arbejde, da det første interview, som beskrevet, var indgagsvinkelen til afgrænsningen af undersøgelsens problematik.

Anne: Jeg tror lærerne... lærerne får skemaer som skal udfyldes.. og forældrene, og fritidsordningerne..

Int: Ja

Anne: Så tror jeg, man sammenligner de forskellige oplysninger med forældrenes anamnese, og så har man.. Så er det det..

Int: Det er det?

Anne: Ja det er det. Det var altså noget mere udførligt før i tiden.

Anne beskriver her en ændring i den diagnostiske praksis, som har at gøre med brugen af observation. I Annes beskrivelse etableres først et modsætningsforhold, i det hendes forklaring indledes med at gøre opmærksom på, at hun udtaler sig om en ”forskel” på to diagnosticeringsformer, hvilket er objektet for diskursens konstruktion. Forskellen som præsenteres uddybes derefter med en beskrivelse, som angår diagnosens forudsætninger. Når Anne siger at ”det skal være tilstede i forskellige sammenhænge”, benytter hun sig af viden om diagnosekriterier og den diagnostiske praksis. Her gøres opmærksom på den forpligtende relation mellem symptomernes gennemtrængende karakter og diagnosens validitet. Denne udtalelse formulerer Anne altså på baggrund af sin viden om diagnosen fra den tid, hvor hun selv arbejdede som psykiatrisygeplejerske. Anne forklarer videre, hvordan hun og kollegerne fra psykiatrien var på tre observationsbesøg under udredningen. Det idealdiskursive i dette udsagn fremhæves kraft af kontrasten til den diagnostik Anne beskriver, som værende nuværende praksis: ”jeg tror ikke, de er ude at se dem i skolen længere”. Anne beskriver således, hvordan diagnosticeringen ideelt bør indeholde en række observationer i barnets daglige miljø, hvad den også gjorde under hendes eget arbejdsforløb i psykiatrien²². Anne beskriver efterfølgende, hvordan hun ikke tror, at disse observationer bliver foretaget i den nuværende diagnostiske praksis. Observation i den nuværende diagnostiske praksis beskrives som baseret på en sammenligning mellem data fra spørgeskemaer udfyldt af henholdsvis forældre, lærere og eventuelt pædagoger fra fritidsordninger. Denne praksis beskrives altså som værende i kontrast til både den ideelle diagnostik samt i kontrast til den diagnostik, som Anne kender fra sit tidligere arbejde, hvilket understreges af konklusionen nederst i uddraget: ”Det var altså noget mere udførligt før i tiden”. Der er her tale om forskellige subjekt-

²² Fordi Anne formulerer sit spørgsmål som en kontrast, og beskriver hvordan diagnostikken ”tidligere” indeholdt observationer, spørger jeg hende, om denne tid til observation er blevet reduceret.

objekt-relationer i beskrivelsen af klinikerens strategi under diagnosticering. Når klinikerer udfører den idealdiskursive diagnosticering, foretages flere observationer i forskellige sammenhænge, hvorudfra der kan tages hensyn til barnets ”gode og dårlige dage”. Beskrivelsen af den ideelle diskurs knyttes til en komparativ distinktion mellem den tidligere og den nuværende diagnosticeringsform. Når diagnosticeringen er ”udførlig”, foretages der observationer af barnet i skolen, for at sikre at symptomerne er situationsgennemtrængende. Der foretages flere observationer for at tage hensyn til børns svingende adfærd og for at fastslå symptomernes gennemtrængende karakter. Når barnet objektiviseres igennem diagnosen, sikrer man diagnosens gyldighed ved at kontrollere beskrivelser af barnet gennem observationer i det daglige miljø. Der formuleres altså en legitim subjekt-objekt-relation mellem diagnostikeren og barnet, som betinges af grundig observation. Der formuleres ligeledes en mindre legitim, men aktuelt fungerende subjekt-objekt-relation mellem diagnostikeren og barnet, hvor gyldigheden i symptombeskrivelserne sikres gennem sammenligning af spørgeskemasvar fra henholdsvis forældre og lærere/pædagoger.

Uddrag 1.2

Da jeg mødte Trine og Christina for at foretage interview 2 fortalte de mig, før vi startede optagelsen, at deres afdeling har en meget stor mængde sager med ADHD-diagnosticerede børn. Indenfor deres afdeling, som arbejder med handikapsager på børne-/ungdomsområdet generelt, er andelen af sager med netop ADHD-diagnosticerede vokset og dækker nu lidt under halvdelen af det samlede antal åbne sager. I uddraget neden for konstruerer rådgiverne en diskurs, som fastsætter årsagen til stigningen i familiegruppens antal af sager med ADHD-diagnosticerede:

Int: I sagde før, at de diagnosticerede børn og unge kan komme fra forskellige sider, og jeg kunne forstå på jer, at det betyder noget for jeres arbejde. Er der forskel på, hvor man kommer med diagnosen fra?

Christina: Der er meget stor forskel

Trine: Ja, det vi ser er, at de almindelige børnelæger de har fået mulighed for at give diagnosen, og det har vi egentlig ikke oplevet så positivt, for det vi hører det er, at de er noget hurtigere med at give diagnosen. Faktisk er det nogle gange så grelt, at børnene har fået diagnosen efter bare én samtale, og bare får noget medicin smidt i hovedet. Der er det meget mere nuanceret ude fra

børnepsykiatrisk. Der er specielt én børnelæge, nu behøver vi ikke at nævne nogen navne..

Christina: Nej

Trine: Men der kan man se at han simpelthen udskriver medicin, og så ser på, hvordan barnet reagerer, hvis ritalinen så virker, så har barnet ADHD

Int: okay. Er der også forskel på de kvalitative beskrivelser som følger med diagnosen?

Trine: Meget, de er mere fyldestgørende fra psykiatrien..

Int: Hvad kan I bruge de kvalitative beskrivelser til i jeres arbejde, er det nogen i skal tage hensyn til?

Trine: Ja, altså i udgangspunktet så udløser diagnosen nogle ting, men altså generelt får de jo behov for støtte, og nogen har større behov end andre, og der har vi jo mulighed for at tildele en støtte-kontaktperson

Int: ja

Trine: Så den slags støtte kan vi give på baggrund af den, men vi læser den og, ja vi får jo hele familiebeskrivelsen ude fra psykiatrisk afdeling og får hele situationen tegnet op, så vi kan danne os et billede af hele familien. Når vi får dem ude fra børnelægen, så er det en standardskrivelse, hvor der står "Han har ADHD.. det kræver det og det..", det er en standardbeskrivelse, de har slået op.. og så beskriver de den.

Int: Bare en symptombeskrivelse simpelthen?

Trine: Ja, en standardbeskrivelse af hvad ADHD er, og hvad det kræver..

Int: Men ikke lige hvad det betyder for den enkelte?

Trine: Ikke for det enkelte barn nej

Den ideelle subjekt-objekt relation mellem rådgiverne og barnet, hvilket her kan beskrives som rådgivernes forudsætning for at behandle barnets sag korrekt, beskrives som blokeret af subjekt-objektrelationen mellem diagnostikeren og barnet. Når børnelægen ikke giver udtømmende beskrivelser af barnets relationelle omstændigheder, vanskeliggøres socialarbejdernes strategi for indtagelse af den subjektposition, som tillader at objektivisere korrekt ²³. Relationen mellem den konkrete diagnose og socialarbejderens professionelle subjektposition kan altså her medføre to mulige strategier. Hvis diagnosen er udførlig og pålidelig, kan rådgiveren læse sig til barnets

23 Og altså vurdere barnets evt. behov for en støtte-kontaktperson, enten i starten af et udredningsforløb, eller efter en ansøgning fra forældrene.

eventuelle støttebehov, de ”får hele situationen tegnet op”, ligesom de kan danne sig et billede af familierelationerne. Er diagnosen mindre udførlig, har rådgiveren udelukkende en ”standardbeskrivelse” af symptomerne til rådighed. Her formuleres altså et modsætningsforhold mellem en idealdiskursiv diagnose, som indebærer fyldestgørende, kvalitative beskrivelser, og en realdiskursiv diagnose som indebærer et ”hurtigt” diagnosticeringsforløb og i særligt ”grelle” tilfælde, at medicineringen er udgangspunktet og diagnosticeringen resultatet. De forskellige strategier for diagnosticering artikuleres her, som beroende direkte på indtagelsen af diagnostikerens subjektposition. Subjektpositionerne formuleres direkte i dette uddrag, da børnelægerne beskrives som de diagnostikere, der kommer med ”standardbeskrivelser”, hvorimod psykiaternes diagnoser indebærer, at rådgiverne får ”hele situationen tegnet op”.

Uddrag 1.3

Forud for nedenstående uddrag har Lene netop forklaret, hvordan specialundervisning fjerner børnene fra deres normale sammenhænge, og gør det svært for dem at vende til bage til den normale undervisning. I denne sammenhæng opstår en tematisering af sammenhængen mellem normalbegreber i skolen og barnets sociale trivsel. I et retrospektivt perspektiv beskriver Lene, hvordan børn med ADHD for 30 år siden ville kunne have fået diagnosen MBD. Jeg spørger derfor Lene, hvordan disse samfundsmæssige faktorer hænger sammen med brugen af diagnosticering:

Lene: Altså de elever der er diagnosticerede for ADHD. De har reelle vanskeligheder. Men jeg tror, der er mange ting der spiller ind. Familiestrukturer og..

Int: Hvilke ting i familiestrukturen er det der har ændret sig, mener du?

Lene: Jamen der er ikke så faste rammer

Int: Nej

Lene: Hvis man er meget afhængig af struktur, og der ikke er så meget struktur på hjemmet..

Int: Ja

Lene: Hvis man ikke selv kan lave struktur, og der ikke bliver dannet en struktur i barndommen. Når vi ser på arveligheden mellem generationer, som jo også er der..

Int: Ja

Lene: Så er der mange elever med ADHD, som er opvokset meget ustruktureret, altså nu er vi ude

på et hypoteseplan, det er kun mine egne fornemmelser..

Int: Selvfølgelig

Lene: Jeg har oplevet, at det der med at have børn i vanskeligheder.. "er de uopdragne eller hvad er de?". Der kan det da være en lettelse at få diagnosen, for også at få taget noget skyld væk. Så nogen gange tror jeg, det er en blanding af mange ting. Jeg synes, det er svært at sige, at det er en meget ren diagnose.

Int: Ja,,

Lene: Jeg synes også, at hvis man tager.. DuPaul-skemaet, kender du det?

Int: Ja

Lene: Der er jo nogen , som får diagnosen bare på baggrund af DuPaul-skemaet.

Int: Ser du de skemaer?

Lene: Nej, jeg ser psykologens rapport og så sammen med BRIEF, det er ikke helt mit.. men vi har tit den her med, at "nu har vi jo en elev, med de her opvækstvilkår, som er besværlige". Hvor vi tænker "hvordan skulle barnet næsten ellers have udviklet sig anderledes ?" Men der er vi ude i noget, hvor vi kan sige, at det er en meget stærk fornemmelse, vi kan have..

I uddrag 1.3 beskrives diagnosticeringen først i en refleksiv samfundsdiskurs, hvor ADHD beskrives i sammenhæng med "familiestrukturen". Her formuleres en relation i tilknytning til den samfundsmæssige diskurs om udviklingen i antallet af diagnosticerede. Her opstår en subjektposition for barnet, som er "meget afhængig af struktur", og et objekt, som er en familiestruktur, hvor der er "mindre faste rammer". Dernæst foretages en kobling til en biologisk diskurs, hvor subjektpositionen igen udfyldes af børn som "er opvokset meget ustruktureret", og hvor det årsagsgivende objekt beskrives som "arveligheden mellem generationer, som jo også er der..". Her etableres et kausalt forhold mellem genetik og adfærd, som gives objektiv status, og sammenkædes med de ustrukturerede opvækstvilkår.

Stigningen i antallet af diagnosticerede beskrives altså som et resultat af relationen mellem opvækstvilkår og individ i en biosocial diskurs, hvor både genetik og det sociale nærmiljø spiller en rolle. Det fastholdes, at barnets biologiske sammensætning er den grundlæggende årsag til den afvigende adfærd, men at denne udløses af et opbrud i familiestrukturen. Lene italesætter en diskurs omkring sammenhængen mellem ADHD-diagnosen og forældrenes subjektposition. I sin redegørelse for diagnoseudviklingen beskriver Lene, hvordan forældrene "får taget noget skyld væk", når barnet får diagnosen, hvilket beskrives som en "lettelse". Her præsenteres diagnosen altså

som en social strategi, der kan eliminere forældres skyldfølelse i forhold til barnets vanskeligheder. Herefter ændres objektet i beskrivelsen, og selve diagnosticeringsformen inddrages som element i diskursen om diagnosens udvikling. Her formuleres en kritisk diskurs, hvor diagnosticeringen kan gives ”bare på baggrund af DuPaul-skemaet”. Her beskrives diagnostikerens strategi for den kliniske proces altså som værende baseret udelukkende på brugen af vurderingsskalaen. Derefter beskrives det, hvordan Lene ved gennemlæsning af psykologens rapport og BRIEF²⁴ danner sig et billede af barnets familiemæssige struktur og dets unikke profil. I formuleringen formuleres en hypotese om relationen mellem diagnostisk praksis og en oplevelse af at tvivle på diagnosens gyldighed for visitationsprocessen, idet Lene beskriver, hvordan ”det er en meget stærk fornemmelse, vi kan have”. Den sociologiske diskurs, hvori udbredelsen af diagnosen sammenkædes med en række samfundsmæssige strukturændringer, knyttes her til en diskurs om gyldigheden af diagnosen, eftersom denne beskrives som mulig at fastsætte udelukkende ved brug af vurderingsskalaen og samtidig kan tjene som en ansvarsfralæggelse for forældre.

Uddrag 1.4

I dette uddrag fortæller Allan, hvordan der kan være forskel på det kvalitative indhold i diagnosepapirerne, som han gennemlæser i sit arbejde, samt hvordan forskellene kan have indvirkning på hans arbejdsopgaver:

Int: Er der forskel på, hvor folk kommer fra, hvordan de er diagnosticeret?

Allan: Det ved jeg ikke helt. Men der kan godt være nogle, hvor der står meget lidt i papirerne.

Int: Ja okay

Allan: Men altså hvis jeg får dem fra (psykiaters navn udeladt), så er der jo en psykologisk beskrivelse, som jeg kan bruge.

Int: Ja det er vel svært for dig at bruge en diagnose, hvor der ikke står ret meget?

Allan: Jeg ved, fra mit tidligere arbejde, at han ved noget om ADHD, og at når jeg får en beskrivelse fra ham, så er det sådan det er. Men hvis jeg får noget fra nogle andre af, så står der det, jeg selv kan læse i den diagnosebog, som jeg har. ”Beskrivelse af symptomer bla bla..”

²⁴ Som er en adfærdsvurdering af barnets eksekutive kompetencer.

Int: Det kunne du ligeså godt selv slå op måske?

Allan: Ja jeg ved, hvor det står, lige nøjagtigt.. Der kan jeg godt tænke "Nå!", og jeg kan huske, at jeg diskuterede meget med mine pædagoger på det gamle arbejde, hvor de kan sidde og sige "Han er helt klart autist ham der!". Hvor jeg så må sige " Nu er det altså ikke os, der skal diagnosticere her. Jeg er nødt til at acceptere, hvad børnelægen har diagnosticeret". Men jeg har da en fornemmelse af, at der er nogen der er for hurtige til at give dem, og det håber jeg da, man vil se på.

Int: Ja

Allan: Ja, for de.. der skal ikke ret mange af dem til, for at bekræfte den generelle fordom. Det kan jo ødelægge meget af arbejdet for accepten af de problemer, der følger med ADHD.

Int: Ja, det gør vel diagnosen mindre værd..

Allan: Helt sikkert! Og jeg har jo ofte været ude og holde foredrag for folk, om hvor svært det er at give den her diagnose. At der skal ergoterapeuter og det ene eller andet ind, men det skal der ikke!

Int: Nej.

Allan: Der skal bare være en børnelæge

Int: Ja, og så er der den der observationsperiode på 6 måneder..

Allan: Ja, man skal kunne dokumentere, at det har været til stede i 6 måneder. Så kan man jo godt snakke med forældrene, og så få at vide at det har været sådan altid. Men det skal kunne dokumenteres, at det er til stede i alle fora: Skolen, hjemme og hvad nu ellers. Hvis det skal være helt optimalt, skal der ergoterapeut og fysioterapeut ind over. Observationer af barnet, samtaler med barnet, og samtaler med mor og far. Jeg har hørt nogle der siger "Vi snakkede sammen i et kvarter, og så sagde lægen at han havde ADHD, og så var det det".

Int: Det lyder ikke...

Allan: Det er det modsatte af hvad jeg har stået og fortalt om, når jeg har stået og holdt foredrag om ADHD ikke også? (Int 4 s. 25-26).

Allan fortæller hvordan han, i sin tidligere stilling som leder på en institution, måtte påminde sine ansatte om, at deres arbejde ikke indebar at stille diagnosen. Sætningen "jeg er nødt til at respektere, hvad børnelægen har sagt" etablerer et subjekthierarki, hvor børnelægen stiller diagnosen, og pædagogerne afstår fra at blande sig i lægens vurdering. Dette hierarki ophæves af den efterfølgende beskrivelse af en mindre grundig diagnosticering. Beskrivelsen af en konsekvent, faglig arbejdsdeling stilles i kontrast til en "hurtig" diagnosticering. Den hurtigere diagnosticering

medfører, at specialkonsulentens arbejde med at skabe accept af diagnosen undermineres. Her er altså en relation mellem objektet, som her er diagnosens faktiske grundighed, samt inddragelsen af forskellige fagpersoner under diagnosticering og den subjektposition, som Allan har mulighed for selv at indtage i sin rolle som konsulent. Allan beskriver at han holder foredrag, hvor han fortæller om diagnosticeringen. De beskrivelser, som Allan giver i foredragene, står i kontrast til den diagnosticeringsform, som efterfølgende beskrives således: "Der skal bare være en børnelæge". Her beskrives altså forskellige kliniske strategier for observation. Allan beskriver, hvordan diagnosen ideelt set bør inddrage både ergo- og fysioterapeuter, observationer af barnet og samtaler med både barnet og forældrene. Der opstilles en optimal relation mellem udtalelser fra en bestemt (navngiven) psykiater, og indtagelsen af rollen som konsulent på baggrund af de kvalitative beskrivelser. Hvis Allan får en udtalelse fra den navngivne børnepsykiater formuleres denne type viden som objektiv - der er "sådan det er" - og ligeledes kan denne beskrivelse inddrages i Allans arbejde - den "kan bruges". Her tilknyttes den ideelle diagnosticering til en enkelt person, hvis udtalelser er valide og kan formuleres som objektivt brugbare. Her formuleres en ideel relation mellem den kvalitative beskrivelse af barnets adfærd og etableringen af en strategi for socialarbejderens arbejde. For at have udbytte af diagnostikerens beskrivelser må disse være resultatet af en ideel diagnosticering, som her tilknyttes en fagspecifik og navngiven aktør. De mindre gyldige udsagn tilknyttes børnelægens²⁵ strategier, der beskrives som afskrift af symptombeskrivelserne fra opslag i diagnosemanualen, hvilket Allan selv kunne have foretaget. Denne type diagnosticering "bekræfter den generelle fordom" og modarbejder derfor den strategi, der knytter sig til konsulentens formulerede subjektposition.

I Allans beskrivelse formuleres brugen af forældreoplysninger som en legitim strategi til indhentningen af observationer. Allan udtaler, at man godt kan bruge forældrenes oplysninger til at sikre symptomernes tilstedeværelse, men at disse skal være "til stede i alle fora". Diagnostikerens benyttelse af vurderingsskalaer formuleres altså her som en gyldig og legitim strategi, og indtagelsen af diagnostikerens observerende subjektposition beskrives som korrekt i brugen af spørgeskemaer som observationsform. I realdiskursen formuleres der en diagnosticerings-strategi som medfører en underminering af konsulentens subjektposition, som formidler af information om diagnosen, og den strategi Allan her benytter.

²⁵ Der henvises ikke til nogen specifik person, men børnelæger generelt.

Forskelle mellem hjem og skole

I de følgende uddrag fremstår en række beskrivelser, hvor socialarbejderne fortæller om, hvordan der kan være forskel på et barns trivsel og adfærd henholdsvis hjemme og i skolen, samt hvordan der kan være relation imellem de to forskellige typer adfærdsmønstre. I uddragene formuleres der beskrivelser, som angår både diagnosticerede og ikke-diagnosticerede børn og unge. Dette kan virke ulogisk, eftersom der således ikke skelnes mellem disse to grupper, hvilket kan synes at være en nødvendighed. Grunden til, at jeg har valgt at analysere udsagn om begge grupper af børn, er, at der i det første uddrag konstrueres en diskurs, som opstiller et forhold mellem børns ”arbejde” med at opretholde et normaliseret adfærdsmønster i skolen og forekomsten af konflikter i hjemmet, hvilket kan have indflydelse på forældrenes orientering mod det diagnostiske system. Denne diskurs har jeg søgt at udforske ved at inddrage emnet i de efterfølgende interviews og ved at analysere de lignende beskrivelser i det følgende. Derudover kan der, i kraft af specialets indplacering i en diskursanalytisk ramme, ikke opstilles en kategorisk adskillelse mellem børn som er diagnosticerede og de som ikke er. Diagnosen i sig selv indebærer så at sige ingen sandhed om diagnosticerede børns adfærd i forhold til andre børn. Det relevante for analysen er, hvordan relationer mellem skolen og hjemmet formuleres, og hvilke faktorer der artikuleres som væsentlige i samspillet mellem disse to sociale fora.

Uddrag 2.1

I det følgende uddrag formulerer Anne en årsagssammenhæng mellem forældres oplevelser i kontakten med lærerpersonalet og beslutningen om at opsøge det diagnostiske system, ligesom der formuleres en relation mellem børns adfærd i skolen og lærernes indstilling til forældrenes beskrivelser af deres barns problematiske adfærdsmønstre:

Anne: Jeg tror, at de forældre som er mere stærke, og som man ikke tænker ”de er dårlige forældre”, de har mindre brug for den [diagnosen, red.], end dem der per definition bliver tolket som dårlige forældre

Int: Hvem er det f.eks.?

Anne: Tja jeg ved ikke om de er resurssvage, men nogen der ikke kan stille op og sige fra og tale for sig selv

Int: Dem der er dårlige til at kommunikere?

Anne: Ja eller dem der ikke bliver hørt efter.. der er rigtig meget tendens til, at man ikke hører efter..

Int: I socialforvaltningen?

Anne: Ja og i skolen.. de hører ikke efter hvad forældrene siger

Int: Aha og hvad skyldes det, tror du?

Anne: ja...

Int: Hvad er det for nogen ting man ikke hører?

Anne: Jeg tror det handler om at man bliver magtesløs.

Int: rådgiverne bliver magtesløse?

Anne: Ja og skolen bliver magtesløs.. "det kan da ikke passe".. for de kan jo godt få dem til det

Int: ja

Anne: Det er særligt, der hvor man kan se, der er en forskel. Der er jo mange børn, der trives godt i den her struktur... hvis nu ikke de synes, der er de store problemer, og forældrene synes, der er store vanskeligheder, så er det jo svært... så får man jo nemt at vide... " så må I jo prøve at få børnene med derhjemme.. så må I jo prøve.. og så må I jo prøve.. ". Så bliver man jo nemt underkendt. Og nogen gange, når jeg ser de børn, så tænker jeg "jamen for søren da mand, gider I at komme ud og strukturere på dem?" For det er ikke bare sådan lige at få ham til at gøre sådan her..

Der formuleres her en subjekt-objekt relation mellem en gruppe forældre som af lærerne "per definition" opfattes som "dårlige forældre" og opsøgningen af ADHD-diagnosen. Lærernes vurdering fører her til en "underkendelse" af forældrenes beskrivelser. Det vurderende subjekt, "man tænker", identificeres ikke specifikt, hvorfor subjekt-objekt forholdet, mellem de bedømmende og de bedømte, ikke konkretiseres i første omgang. I karakteriseringen af denne forældregruppe konkretiseres subjektpositionen og udfyldes af forældre, "der ikke kan stille op, og sige fra, og tale for sig selv.", og senere "der ikke bliver hørt efter". Anne drager en forbindelse mellem forældrenes subjektposition i kommunikationen med institutionerne og det at "have brug for" diagnosen. Her beskrives diagnosen altså som en social strategi for forældre, der "ikke kan tale for sig selv", og som lærerne ikke hører efter. Relationen mellem lærerne og forældrene står i et subjekt-objekt forhold, hvor lærerne udøver magt ved at tilskrive børnenes adfærd i hjemmet forældrenes manglende strukturering, og forældrene reagerer ved at opsøge det diagnostiske system. Lærernes magtfulde subjektposition sammenkædes her med en "magtesløshed" som lærerne oplever, når de ikke genkender den adfærd som forældrene beskriver. Når lærerne "godt kan få dem

til det”, rationaliseres dette udsagn med, at mange børn ”trives godt i den her struktur”. Den subjektposition, som kan udfyldes af børn, der udviser problematisk adfærd derhjemme, kan ligeledes udfyldes af børn som samtidig trives i institutionel sammenhæng. Her formuleres en subjekt-objekt-relation mellem lærere og forældre, i kraft af at forældrene bliver ”underkendt” i deres kommunikation med skolen. Netværket mellem institution og individ formuleres her som et magtforhold mellem lærere og forældre. Lærernes beskrivelser afviger fra forældrenes, fordi børnene trives i skolens struktur, hvilket resulterer i underkendelse af forældrene, og derfor medfører behovet for en diagnoseopsøgende strategi.

Uddrag 2.2

I det følgende uddrag beskriver Christina, hvordan hun tillægger skolemiljøet stor betydning for de forskelle der kan forekomme mellem forældre og læreres beskrivelser af et barns adfærdsmønstre.

Christina: Jeg synes, det har noget med skolen at gøre, det er svært på de store skoler..(En opremsning af specifikke skoler udeladt, red.) Der er man måske ikke så god til at håndtere det, fordi det er så stort et miljø, og der er så mange andre børn, som er udadreagerende, hvor det her barn så følger med, ikke også. Så de har sådan set den samme opfattelse af en børnegruppe der er udadreagerende, uanset om de har ADHD eller ej... der er det samme billede, vi får fra skolen og fra hjemmet, sådan i grove træk, vi kan ikke skære alle over en kam, men i større udstrækning. Så hvis vi går ud til de små skoler, og friskolerne (opremsning af friskoler, og mindre skoler udeladt red.), i de helt små skoler, der fungerer børnene altså bare bedre, fordi de har plads til at tage sig af de her børn og deres problemer, men alligevel går gassen så af ballonen, når børnene de kommer hjem. Så har de jo været på overarbejde. Der er meldingerne helt forskellige...

I uddraget opstilles en forbindelse mellem barnets skolemiljø og lærernes vurdering af barnets adfærd. Det beskrives hvordan der på de større skoler er en stor gruppe børn, der er ”udadreagerende” ligesom miljøet beskrives som ”så stort”, hvilket resulterer i en overensstemmelse mellem lærernes og forældrenes beskrivelser af et barns adfærdsmønstre i henholdsvis skolen og i hjemmet. Der er altså her sammenfald mellem de subjekt-objekt-relationer, som opstilles mellem henholdsvis lærer og elev og forældre og barn i de beskrivelser, som rådgiverne modtager. På de mindre skoler og friskolerne formuleres en subjekt-objekt relation

mellem lærere og elever, der kendetegnes som anderledes ”fordi de har plads til at tage sig af de her børn og deres problemer”, hvilket leder til en divergens mellem forældres og læreres beskrivelser af barnet. Barnets adfærd efter skole står her i et modsætningsforhold til adfærden i skolen. ”Så har de jo været på overarbejde”, hvilket resulterer i uoverensstemmende beskrivelser af barnet, da der opstår problemer efter skole. Der formuleres to subjektpositioner, som kan indtages af barnet, hvorfor der er tale om en ”institutionel” adfærd, og en ”hjemlig” adfærd, der ikke stemmer overens med hinanden.

Uddrag 2.3

I Interview 3 spurgte jeg ind til, hvorvidt der er forskel på børns adfærd hjemme og i skolen, hvilket Lene bekræftede, at hun har observeret. I denne forbindelse formuleredes en diskurs, som har nogen overensstemmelse med de to foregående uddrag:

Lene: ..det er jo spørgsmålet, om det fungerer i skolen fordi barnet er på overarbejde, eller om det fungerer, fordi børnene egentlig befinder sig godt i den struktur, der er der. Men jeg kan faktisk huske det, nu går jeg tilbage til dengang, hvor jeg selv underviste i ADHD-klasserne. Og der havde vi et rigtigt godt samarbejde med forældrene. Og der var det faktisk sådan, at når det gik godt i skolen, så gik det dårligt derhjemme. Og vi kunne konstatere, at det var sådan det var, men jeg tror det er meget komplekst, og jeg tror ikke, jeg kan udtale mig mere kvalificeret om det.

Lenes beskrivelse understøtter den problematik, som er udpeget i de forudgående uddrag. I den afsluttende beskrivelse, som vedrører Lenes egen erfaring fra specialundervisningsområdet, beskriver Lene det samme forhold mellem barnets trivsel i skolen og den forbindelse med uhensigtsmæssig adfærd derhjemme, som figurerer i de tidligere uddrag. Lene formulerer, ligesom Anne og Christina, en objekt-subjektrelation, hvor barnets adfærd i skolen medfører negative udmeldinger fra forældre. Ligesom Christina bruger Lene begrebet ”overarbejde” om barnets subjektposition i skolen, men opstiller en alternativ udlægning af objekt-subjekt relationen. I Christinas beskrivelse var ”overarbejdet” nemlig sammenhængende med at barnet ”fungerer bedre” i en (lille) skole, hvorimod Lene formulerer de to objekt-subjektrelationer som separate, i kraft af placeringen af bindeordet i det retoriske spørgsmål ”**eller** om det fungerer”. I modsætning til i

Christinas beskrivelse, formulerer Lene altså ingen samhørighed mellem barnets trivsel i skolens struktur, og begrebet ”overarbejde”. Overordnet må kausaliteten i objekt-subjektrelationerne, som opstilles i de forudgående uddrag, dog siges at bestå i Lenes beskrivelse. I både Anne, Christinas, og Lenes beskrivelser opstilles der altså en årsagssammenhæng, hvor barnets subjektposition i skolens struktur medfører divergensen, som opstår imellem de forskellige beskrivelser fra lærere og forældre.

Uddrag 2.4

Forud for det følgende uddrag er Allan i færd med at beskrive, hvordan han som konsulent søger at stille rammer op for de diagnosticerede børns aktiviteter i fritiden, da det er her konsulentten kan gøre sig gældende, og hjælpe med at implementere struktur. I denne forbindelse spørger jeg ind til, hvorvidt Allan har bemærket nogen forskel i børns adfærd, hvad angår henholdsvis det hjemlige miljø og skolen:

Allan: Som vi talte om før, er der mange af børnene, der er i en normal skole. Når jeg tænker på hvor meget larm der er, når jeg henter mine egne børn i skolen, hvor svært er det så ikke for et ADHD barn at koncentrere sig? Så kommer der måske en vikar, og det er supersvært, ”Hvorfor er der ikke nogen der har fortalt mig det?”. Andre elever vil måske tænke ”Yes! Nu skal vi ikke lave så meget”, men det er svært for en med ADHD.

Int: Er der forskel på billedet, når man ser på problemerne hjemme og i skolen?

Allan: Ja! Og der er også rigtig mange, som.. tit bliver der en divergens, fordi lærere og fagpersonale synes måske ikke det er så slemt, fordi børnene de kan godt holde på sig selv

Int: Ja

Allan: Men så når klokken er to, så er alt krudtet brugt, og det kan være svært at se!

Int: For lærerne og de andre..?

Allan: De oplever det jo ikke! Både fordi, som du siger, der er jo en struktur, men også fordi de jo er fagpersonale, og godt kan spotte at ”Det er vist bedst for Jonas hvis han sidder der”, eller hvad nu end det er. Så det kan være en stor udfordring.

Int: Hvordan oplever forældrene det?

Allan: De føler sig ikke set, eller misforståede (...) og tænker ”Jamen er det mig, hvorfor fungerer det i skolen?”.

Allan beskriver det som svært at stille beredskab op, i forhold til barnets problematikker i skolen, fordi der larmer og kan ske uventede ting, som at klassen skal have vikarundervisning, hvilket er svært for barnet at håndtere. Her konstrueres barnets subjektposition i skolen, som sårbar overfor uventede begivenheder, hvilket gør rollen som skoleelev ”supersvær”. Allan forklarer derudover, at lærere og fagpersonale ikke bemærker nogen særlig problematisk adfærd, eftersom børnene kan ”holde på sig selv”, i skolen²⁶, hvilket styrker den objekt-subjektrelation som tidligere er udpeget, ligesom den samme terminologi med at ”holde på sig selv” fremgår for tredje gang i diskursen. Barnets rolle i skolen formuleres her igen, som fungerende på trods indenfor strukturen i klassen. Igen beskrives det, hvordan barnets arbejde i skolen leder til en anden adfærdsform efter skoletid, idet ”alt krudtet er brugt”. Her beskrives altså igen objekt-subjekt relationen mellem undervisningsstrukturen og barnets indtagelse af subjektposition. Også her fremstår problemerne efter skole som en kilde til vanskeligheder, i kommunikationen mellem forældre og lærere. Lærernes manglende forståelse for forældrenes beskrivelser af barnets problematiske adfærd derhjemme rationaliseres igennem den kausale forklaring, at lærerne ikke oplever barnets adfærd efter skole. Samtidig opstilles her en ny diskurs som formulerer en subjekt-objekt-relationen mellem lærere og elever. Lærernes rolle som ”fagpersonale” italesættes her igennem et praktisk eks. på en pædagogisk manøvre - ”Det er vist bedst for Jonas hvis han sidder der”. Her konstrueres en strategisk subjektposition for lærerne, som i eksemplet benytter deres pædagogiske viden til at tage højde for barnets særlige forudsætninger ved at rokere rundt med elevernes pladser. Her karakteriseres børnenes trivsel i skolen altså, som delvist beroende på lærernes pædagogiske observation og tilrettelæggelse af den daglige organisering i klassen. Børnenes evne til at ”holde på sig” i skolen og lærernes rolle som ”fagpersonale” gør det altså muligt for eleven at gennemføre skoledagen uden store problemer. Effekten af disse to faktorer strækker sig dog ikke til tiden efter skole, hvor der opstår vanskeligheder. Forældrenes beskrivelser af problemer med barnets adfærd, leder her til en oplevelse af at blive ”misforstået” i kommunikationen med lærerne, som også her beskrives som ude af stand til at forstå de problemer forældrene henvender sig med. Den institutionelle subjektposition udfyldes her, af børn som arbejder hårdt for at tilpasse sig strukturen i klasselokalet. Lærerens position udfyldes af en strategisk fagperson, som ved hvordan strukturen i

26 Formuleringen ”at holde på sig selv” fremgår, som beskrevet af Lenes beskrivelse. Denne opstår ligeledes af en lignende beskrivelse som Anne formulerer, i en redegørelse for hvordan et barns adfærd i skolen ikke giver anledning til særlig opmærksomhed fra lærernes side (Int 1:15).

klassen opretholdes, og som kan organisere omgivelserne til fordel for det enkelte barns særlige forudsætninger og med henblik på at opretholde orden i klassen. Forældrenes subjektposition beskrives som magtesløs, da barnets vanskelige adfærd efter skole går ud over de nærmeste omgivelser, samtidig med at henvendelserne til lærerpersonalet mødes med misforståelse og leder til en magtesløs subjektposition for forældrene. Ifølge informanten, fører lærernes succesfulde strategi altså her til ugyldiggørelse af forældrenes beskrivelser af barnets adfærd, når lærerne står uforstående overfor de problematikker som præsenteres.

Analyse af diskursiv formation

I det følgende vil jeg foretage en analyse af den diskursive formation på baggrund af analysen af socialarbejdernes udsagn. Jeg vil søge at skabe et overblik over relationerne mellem de diskurser, som er udpeget i diskursanalysen. I denne forbindelse vil jeg beskrive spredningen, såvel som regulariteten, indenfor den diskursive formation, ligesom jeg vil udspecificere de relationer, der formuleres mellem den kliniske praksis og det sociale arbejde. Jeg vil ligeledes analysere de udtryk for positivitet, som opstilles i beskrivelserne af diagnosen og den diagnostiske praksis. Herunder foretages også en analyse af begrebsnetværket, hvilket her vil sige det netværk, som kan etableres imellem inddragelsen af forskellige diagnostiske redskaber eller deres fravær under diagnosticering. Indenfor dette netværk udtrykkes det hvilke diagnostiske begreber, der medfører positivitet for diagnose og diagnostikerens strategi, samt for diagnosen som socialfagligt redskab til inddragelse i det institutionelle arbejde. Dernæst vil jeg foretage en analyse af de beskrivelser, hvor der formuleres relationer mellem skole og hjem med henblik på siden at jævnføre disse med beskrivelserne af den diagnostiske praksis i analysen af biopolitik.

Idealdiskurs og realdiskurs

I socialarbejdernes udtalelser omkring diagnosticering, er der gennemgående en del overlap i den måde subjekter, objekter og strategier formuleres på. Generelt omtales diagnosticeringen som udførligt klinisk arbejde, når bestemte forskrifter følges, men som kritisabel og vanskelig at omsætte til praksis, når disse forskrifter ignoreres. Dette har fået mig til at formulere en tese om idealdiskurs og realdiskurs, hvilken vil være en gennemgående dikotomi i de nedenstående

analyseafsnit. Idealdiskursen dækker her over de transcendentale kategorier og proportionsforhold, hvor ud fra den diagnostiske praksis bedømmes. Indenfor idealdiskursen udstikkes de universaliser, som benyttes til at sætte den konkrete praksis sættes i perspektiv, og det væsentlige er her hvordan socialarbejderne italesætter sådanne relationer. Realdiskursen dækker over de beskrivelser af diagnostisk praksis, som bedømmes ud fra de transcendentale kategorier. For at undgå et fortegnat billede af socialarbejdernes diskurs, har jeg valgt også at medtage beskrivelser af den ”korrekte” eller ”hensigtsmæssige” praksis. For nemheds skyld er disse tilfælde indplaceret i beskrivelsen af den idealdiskursive diagnosticering.

I idealdiskursen, som er den bredeste markør, er der en vis spredning indenfor diskursformationen. Den ideelle diagnosticering beskrives som beroende på både brugen af semistrukturerede interviews (Int 1: 17) og økologisk valid observation (Int 1: 17, Int 4: 26) ligesom der kan lægges vægt på inddragelsen af andre fagfolk som ergo- og fysioterapeuter etc.(Int 4: 26). I de idealdiskursive beskrivelser fastholdes subjektthierarkiet imellem psykiatrien og det sociale arbejde, eftersom diagnosen her beskrives som en fagligt brugbar kategori, der, når den indeholder kvalitative beskrivelser af barnets familiesituation og lignende, kan medvirke til udarbejdelsen af socialfaglige strategier. Her optegnes altså et legitimt forhold mellem den udredning og kategorisering af adfærd som psykiatrien udfører, og de subjektpositioner og strategier, som socialarbejderne henholdsvis indtager og udfører efter fastsættelsen af diagnosen. Denne type diagnosticering tilknyttes gennemgående psykiatrien og helt konkret en enkelt navngiven psykiater, hvis beskrivelser fremhæves som nøgterne, udførlige og brugbare i socialarbejdernes konkrete, faglige strategier.

Realdiskursen dækker over de udsagn, hvor det beskrives, hvordan diagnosticeringen ”reelt” kan udføres. Her er regulariteten større m.h.t. de kritikker og problematiseringer som konstrueres, end det er tilfældet indenfor idealdiskursen. Som lighedspunkt i socialarbejdernes beskrivelser kan her udpeges faktorer, som den manglende brug af direkte observation (Int 1: 17), brug af DuPaul-skemaet som eneste kilde til observation (Int 3: 14), manglende inddragelse af andre fagfolk end diagnostikeren (Int 4: 26) , samt brugen af symptombeskrivelser, der minder om ordlyden i den kategoriske formulering af kriterierne fra selve diagnosemanualen (Int 2: 6, Int 4: 25). I denne forbindelse beskriver socialarbejderne flere steder, hvordan unavngivne diagnostikere (børnelæger) fastsætter diagnosen på en måde, der betegnes som både tvivlsom og ude af trit med socialarbejdernes konstruktioner af den hensigtsmæssige procedure (Int 2: 5), hvilket kontrasteres af beskrivelsen af den måde, hvorpå en navngiven børnepsykiater, som her naturligvis forbliver

anonymiseret, udfører et anderledes ”udførligt” og ”pålideligt” klinisk arbejde (Int 4: 25, Int 2: 6). Realdiskursen indeholder ligeledes en manifest kritik af børnelægenes diagnostiske praksis. Børnelægen udpeges både som den diagnostiker, der noterer symptombeskrivelser uden kvalitative følgebeskrivelser (Int 2: 6), og som den diagnostiker der ikke inddrager andre relevante fagfolk under diagnosticeringen (Int 4: 26). Kritikken af den diagnostiske praksis indeholder en række forskellige formuleringer, men der formuleres oftest en kritik af brugen af vurderingsskalaer som den eneste observationsmetode. Kun i interview 4 formuleres denne metode som en legitim strategi, da Allan udtaler at forældreobservationer er ligeså valide som observation i nærmiljøet (Int 4: 26). Bortset fra dette eksempel formuleres der en kritik af vurderingsskalaen som observationsmetode, ligesom der kan formuleres en diskurs, hvor diagnostikeren simpelthen benytter medicinens eventuelle effekt på barnets problematik, som en indikator på, at ADHD-diagnosen kan fastsættes (Int 2: 5-6). Flere steder beskrives det, hvordan børnelægenes diagnosticering er ”hurtig”, og ofte beror på en enkelt konsultation (Int 2: 5, Int 3: 14, Int 4: 26). Det er altså forskelligt hvilke aspekter af den diagnostiske praksis, der betones som mest valide, men observation under diagnosticering fremhæves dog, som beskrevet flere steder, som et kardinalpunkt i udredningen, og kun et enkelt sted beskrives vurderingsskalaen som tilstrækkelig til at dække observationsdelen. Observationens vigtighed beskrives ydermere som vigtig, for sikringen af diagnosens gyldighed, såvel som for brugbarheden af diagnosen i det sociale arbejde, da denne kan tilvejebringe viden om relationelle og socialt betingede faktorer, som ikke kan indhentes igennem brugen af vurderingsskalaer alene. Den diskursive formation kendetegnes ved en høj grad af regularitet indenfor formuleringen af de elementer, som tilhører realdiskursen. Som beskrevet formulerer næsten alle socialarbejderne²⁷ diagnosticeringen som hurtigere, når der er tale om en børnelæge som diagnostiker.

Begrebsnetværk og positivitet

Indenfor begrebsnetværket trækkes der på viden om diagnosticering, som hentes både fra diagnosemanualen, fra tidligere erhvervserfaring, samt andetsteds fra. Generelt udtrykkes der høj positivitet omkring diagnosen, når der tages hensyn til bestemte forholdsregler under den kliniske praksis. De parametre, som anføres i beskrivelsen af den gyldige diagnose, er gennemgået ovenfor, men jeg vil kort opridse de punkter, som indgår i beskrivelsen af den gyldige og den ugyldige

²⁷ På nær Anne som ikke nævner børnelægerne, men udtaler at tiden til diagnosticering generelt er blevet sat ned, og - blevet ”mindre udførlig”.

diagnose.

Diagnosen har høj positivitet når:

- Der udføres observationer i nærmiljøet
- Der inddrages fysio - og ergoterapeuter under udredningen,
- Der foretages flere samtaler med både forældre og barnet
- Der fremgår en udførlig beskrivelse af barnets familiemæssige situation

Diagnosen har lav positivitet når:

- Observationerne foretages alene på baggrund af DuPaul-skemaet²⁸
- Børnelægen foretager diagnosticeringen uden inddragelse af andre fagpersoner
- Diagnosen stilles efter en enkelt konsultation hos børnelægen
- Symptombeskrivelserne stammer fra opslag i diagnosemanualen

Den gyldighed diagnosen udtrykker, angående et barns adfærdsmønstre, udfordringer etc. beskrives altså som sammenhængende med de teknikker som diagnosticeringen beror på. Når der ikke udvises hensyn til forskrifterne for korrekt diagnosticering, formulerer diagnosen ikke megen kvalitativ viden om barnets sociale omstændigheder, og har derfor ringe gyldighed som objekt for udviklingen af strategier indenfor det sociale arbejde. I interview 4 udtaler Allan, at han selv kunne have slået de sparsomme symptombeskrivelser, som indimellem kendetegner de diagnosepapirer han støder på, op i sin egen diagnosebog (Int 4: 25). I interview 2 beskrives de symptombeskrivelser, der kommer fra børnelægerne, som en ”standardbeskrivelse de har slået op” (Int 2: 6). I disse tilfælde beskrives det, hvordan de diagnosticeringsforløb som beror på manglende faglig grundighed, er til hindring for udførelsen af det sociale arbejde. I interview 2 beskrives det, hvordan rådgiverne ikke har mulighed for at vurdere, hvorvidt der kan tildeles særlig socialfaglig støtte, som eks. en støtte-kontaktperson, på baggrund af en sparsom symptombeskrivelse (Int 2: 6). Det anføres her, hvordan en ADHD-diagnose, for at kunne udmønte sig i en socialfaglig strategi, må indeholde en familiebeskrivelse, der gør det muligt for rådgiverne at vurdere, hvilke støttende tiltag der kan iværksættes, på baggrund af de psykosociale omstændigheder, som præger det diagnosticerede barns omverden. I interview 3 fortæller Lene hvordan hun, i sit virke som

28 Interview 4 undtaget

specialundervisningskonsulent, støder på sager, hvor der er fastsat en ADHD-diagnose, men hvor hendes gennemlæsning af barnets papirer leder hende, til en ”stærk fornemmelse” af tvivl omkring diagnosens korrekthed (Int 3:14). Som specialundervisningskonsulent er det Lenes arbejde at vurdere, hvorvidt et diagnosticeret barn skal tilbydes en specialundervisningsplads eller støttende foranstaltninger i normalundervisningen. Beslutninger af denne karakter foretages bl.a. på baggrund af diagnosen, og det vil her være afgørende om barnets vanskeligheder skyldes en udviklingsforstyrrelse, i hvilket tilfælde der kan tilbydes en specialundervisningsplads, der tilgodeser de indlæringsvanskeligheder og problematikker der tilbydes børn med lignende vanskeligheder. Hvis barnets adfærdsmønstre skyldes forhold af psykosocial eller tilknytningsmæssig karakter, kan det evt. tilbydes en plads i en AKT klasse. Når Lene oplever tvivl omkring diagnosen, fordi denne er stillet udelukkende på baggrund af DuPaul-skemaet, samtidig med at andre parametre indikerer, at barnets opvækstvilkår vanskeliggør en isolering af de problemer barnet har i skolen, sås der tvivl om, hvilken handlingsstrategi som vil være hensigtsmæssig i specialundervisningskonsulentens visitation.

Flere steder i Interview 4 (s. 6, s. 25) beskrives det ,hvordan specialkonsulentens arbejde indebærer en del psykoedukativt arbejde, hvor Allan holder foredrag og informerer om diagnosen. I sin information beskriver Allan ADHD-diagnosen som et neurologisk handicap, der ikke har med forældrenes opdragelsesstil at gøre. Som led i en strategi til at ”afstigmatisere” ADHD symptomerne, holder Allan foredrag, og beskriver her, hvordan diagnosen medfører en del tekniske aspekter, hvilket understreger dens gyldighed, og kan modvirke skepsis i barnets omverden. Denne del af konsulentrollen undermineres, i kraft af de formodede, reelle omstændigheder, som også kan være til stede, under udførelsen af diagnosen. Her stiller lægen en diagnose uden de ideelle foranstaltninger, som Allan beskriver bør være tilstede, og som han præsenterer i sine foredrag. Når den ”generelle fordom” bekræftes, i kraft af en mindre udførlig diagnosticering, ugyldiggøres Allans rolle som formidler af nøgtern viden omkring ADHD-diagnosticering (Int 4: 26-27).

Forskellige adfærdsmønstre - strategi og ansvar

I uddrag 2.1 beskriver Anne, hvordan visse forældre har mere ”brug for diagnosen” end andre. Og at diagnosen kan være en strategi for forældre, der føler sig overhørte og underkendte i kontakten med lærerpersonalet, der ikke hører efter, og som mistænkeliggør forældrenes egen opdragelsesstil. At opsøge en diagnose beskrives altså her som en strategi for særligt udsatte forældre, der oplever

problemer i familielivet, når børnene kommer hjem fra skole. Lærerne oplever ikke samme problematik i skolen, og der opstår en uenighed, som fører til, at der etableres kontakt til en diagnostiker. Lærerne beskrives som ”magtesløse”, men samtidig som de aktører, der udøver det sociale pres, som leder til forældrenes diagnose-strategi. Anne beskriver, hvordan de ADHD-diagnosticerede børn som er ”godt opdragede”, er i stand til at ”holde på sig selv” i skolen (Int 1 s. 15). Når de kommer hjem, opstår der konflikter i familien, og forældrene henvender sig til skolen med deres observationer, hvilket leder til en konflikt, som medfører at forældrene føler et ”behov” for at opsøge diagnosen. Denne formulering af kausalvirkningen mellem skolens vurdering, af forældrenes rolle som opdragere, og behovet for en diagnose, optræder delvist i den diskurs som formuleres i uddrag 1.3. Her beskriver Lene hvordan diagnosen kan være en ”lettelse” for forældrene, da de igennem denne får ”taget noget skyld væk”. Denne beskrivelse optræder indenfor en diskurs, hvor der formuleres nogle eventuelle årsager til stigningen i antallet af diagnosticerede, og hvor der samtidig anføres en kritik, af den praksis hvor diagnosen stilles alene på baggrund af DuPaul-skemaet. I diskursen som fremgår af dette uddrag, figurerer altså en sammenhæng mellem brugen af vurderingsskalaen, og diagnosen som strategi for forældre. I modsætning til diskursen i uddrag 2,1 formuleres der her ingen konkret subjektposition for de forældre, der måtte opsøge diagnosen på dette grundlag. Hvor Anne beskriver ”strategien” som et resultat af underprivilegerede forældres magtesløshed, i mødet med lærernes vurdering, formuleres der ingen sådan relation i Lenes beskrivelse. I interview 2 opstår der en diskurs, inden for hvilken diagnosen beskrives som led i en strategi til både ansvarsfralæggelse, og krav om forskellige former for støtte fra forældrenes side (int 2: 13). Her knyttes ansvarsfralæggelsen primært til ”resurssvage” forældre, hvorimod de ”resursestærke” forældre indtager en krævende eller ”grisk” indstilling, som det her beskrives (int 2: 14-15). I uddrag 2.2 beskrives en forskel mellem større og mindre skoler, når det kommer til overensstemmelsen mellem forældrenes og lærernes opfattelse af barnets adfærdsmønstre. Her beskrives lærerne på de store skolars vurdering af barnet, som værende i tråd med forældrenes egne beskrivelser, fordi lærernes bedømmelsesgrundlag er anderledes, da deres institutionelle orden præges, et ”stort miljø” og en ”urolig børneflokk”. På de mindre skoler er der bedre forudsætninger for at håndtere de individuelle problematikker, men ”alligevel går gassen af ballonen, når de kommer hjem”, som Christina formulerer det. Her sammenkædes de respektive subjektpositioner, som lærere og forældre kan indtage i vurderingen af barnets adfærd, med sammensætningen af det klasse- og skolemiljø, som barnet er en del af. I interview 3 fastslår Lene, at hun har oplevet lignende problemstillinger i sit arbejde med ADHD-diagnosticerede børn. Lene peger på en

forværring af barnets adfærd i hjemmet, som er proportionel med fremgang i undervisningssammenhænge, men ønsker ikke at udtale sig nærmere om denne problematik. Her bekræftes den beskrivelse af relationen mellem hjem og skole, som fremgår af de forudgående eksempler, uden at der redegøres yderligere for årsagssammenhængen herimellem.

I interview 4 fremgår den samme beskrivelse af de forskellige adfærdstyper, og her uddybes beskrivelsen med en forklaring, som delvist rækker ind i den årsagssammenhæng, der fremgår af uddrag 2.2. Allan forklarer, i trit med Anne og Christinas beskrivelser, at der ofte er stor forskel på, hvordan forældre og lærere beskriver barnets adfærd. Ligesom det var tilfældet i de tidligere beskrivelser, sammenkæder Allan de forskellige beskrivelser af barnets ”arbejde” med at passe ind i skolestrukturen. Igen beskrives det, hvordan barnet kan være i stand til at ”holde på sig selv” i undervisningen, hvilket fører til, at lærerne ikke oplever nogen særlig problematisk adfærd. Således opstår divergensen imellem lærere og forældre, når de to opfattelser af barnets adfærd ikke harmonerer. Generelt beskrives børns tilpassede adfærd i skolen, som lig med problemer efter skole. Fordelingen af subjektpositioner er forholdsvis i overensstemmelse, når det kommer til denne beskrivelse af problematikken efter skoletid, da barnets adfærd i skolen beskrives enten som ”overarbejde” eller ”at holde på sig selv”. Denne type adfærd gør det muligt at fungere i undervisningen, men skaber samtidig problemer derhjemme, når energien er brugt op, og subjektpositionen ikke længere opretholdes af den institutionelle orden. Indenfor diskursordenen er der altså væsentlig regularitet, i relationen mellem de diskurser som formulerer relationen mellem barnets adfærd henholdsvis i skolen og hjemme. Socialarbejderne beskriver samstemmigt, at der ofte er forskel på hvordan lærere og forældre beskriver et barns adfærd. Et barn som udviser hyperaktiv, impulsiv og uopmærksom adfærd derhjemme, kan samtidig opretholde en ”normal” adfærd i skolen, hvilket gennemgående sammenkædes med den pædagogiske struktur som opretholdes i klasselokalet. Forskellen i opfattelser af barnets adfærd beskrives ligeledes gennemgående som årsag til konfrontationer mellem forældre og lærere, når de forskellige opfattelser kommer til udtryk. Denne konflikt kan formuleres som årsag til en strategi, hvor forældrene opsøger diagnosen for at modvirke stigmatisering og underkendelse, hvad den dog ikke entydigt bliver. At diagnosen kan være led i en strategi for forældre, er dog et gennemgående træk for den diskursive formation. Beskrivelsen af diagnosen som en strategi, sammenholdt med den stigende brug af DuPaul-skemaet, samt andre, mindre kvalitativt uddybende strategier, er ligeledes et tema der samlet optræder med nogen regularitet indenfor den diskursive formation. I denne forbindelse skal det nævnes, at der i interviewet med ADHD-specialkonsulenten optræder andre

diskurser, der kan ses som et brud på den diskursive formations regularitet. Allan trækker på en række beskrivelser, som ligger tættere på de fremtrædelsesformer, der optræder i referenceprogrammets diskurs omkring diagnosticering, idet han beskriver brugen af DuPaul-skemaet som en valid måde at foretage observationer på. Forældrenes ”diagnose-strategi” optræder heller i hans formuleringer. Derudover beskriver Allan hvordan han i sit arbejde har en eksplicit intention om at afstigmatisere diagnosen gennem information om den diagnostiske praksis. Allan taler derfor indimellem imod den karakteristik af den diskursive formation, som jeg har valgt at foretage i analysen, men hans kritik af den diagnostiske praksis har stort sammenfald med det generelle mønster, bortset fra den kritik som retter sig mod brugen af DuPaul-skemaet. Derudover italesætter Allan en række identitetsmæssige aspekter med relation til udviklingen i den diagnostiske praksis, hvor denne beskrives som en hindring for det arbejde han udfører, hvilket gør at jeg ikke ser hans brug af diskurser, der træder udenfor det generelle mønster, som en svækkelse af den diskursive formation.

Biopolitisk analyse

I forbindelse med den genealogiske analyse af diagnoselitteraturen, har jeg dannet mig et indtryk af nogle ændringer i diskursen omkring diagnostisk praksis. Det er min opfattelse at brugen af direkte observation tidligere var en fast og ufravigelig betingelse, for identifikationen af ADHD-symptomer, samt for afgrænsningen mellem ADHD og en række øvrige diagnoser. Samtidig har jeg fået det indtryk, at observationen ikke længere har samme status i den diskursive formulering af retningslinjerne for diagnosticering. Denne ændring afspejles i socialarbejdernes diskurs og i det følgende vil jeg redegøre for, hvordan deres beskrivelser indikerer forskellige relationer mellem den diagnostiske kursændring og det sociale arbejde, samt en række af de områder som socialarbejderne har indblik i igennem deres kontakt med de diagnosticerede børn og unge.

Biopolitisk strategi

I det danske referenceprogram for ADHD-diagnosticering anbefales brugen af en standardiseret vurderingsskala - DuPaul-skemaet - til at sikre de dokumenterede symptomers situationsgennemtrængende tilstedeværelse, hvilket er et krav indenfor ICD-10 manualen. Hermed brydes der altså med diskursen, som gør sig gældende indenfor manualens anvendelsesområde, i

hvilken kliniker må kunne observere symptomerne ved direkte observation. Samtidig er der tale om en omformulering af den danske diskurs om indhentning af oplysninger, da der inden for denne tidligere formuleredes en kritik af vurderingsskalaernes validitet i kraft af et normativt bias. I sin nuværende konstruktion formuleres brugen af vurderingsskalaen som den mest valide metode til indhentning af oplysninger, hvorimod den direkte observation tilskrives bias. Der er ikke tale om at programmets anbefalinger her følger et generelt mønster i den videnskabelige diskurs omkring retningslinjerne for diagnostisk praksis indenfor WHO. Anbefalingen står således i modsætning til eks. den beskrivelse, som fremgår af et lignende referenceprogram fra det engelske sundhedsvæsen, hvor det fastslås at vurderingsskalaen ikke i sig selv bør udgøre den eneste observation forud for diagnosticering (National Health Service 2008: 20). Der er altså ikke tale om at referenceprogrammet følger et generelt mønster i måden diagnostikken præsenteres på. I programmet formuleres der en konkret diskursiv strategi for tolkningen af de videnskabelige resultater, samt i forhold til de anbefalinger som gøres på baggrund heraf. Den overordnede biopolitiske tilgang til ADHD-diagnosticering er en bred og uspecifik konstellation, da den videnskabelige diskurs har gennemgået mange ændringer gennem tiden. I diagnoselitteraturen beskrives det hvorledes DAMP diagnosen udskiftede MBD diagnosen, ligesom den selv senere blev udskiftet af diagnosen Hyperkinetisk Forstyrrelse, som for sin del er i færd med at blive udskiftet af den egentlige ADHD diagnose. Diagnosticeringen kan altså ses som indlejret i en sandhedsdiskurs, som har generel forklaringskraft, eftersom de konkrete diagnoser kan udskifte hinanden, samtidig med at den videnskabelige diskurs behandler gruppen af diagnosticerede børn som den samme, i kraft af formuleringer som ”DAMP udskiftede MBD”. Tidligere fremgik en diskurs, hvor der advaredes imod overdiagnosticering igennem brugen af DSM-kriterier, da der ikke her var krav om situationsgennemtrængende symptomer, hvorfor børn med problemer af relationel karakter ville kunne få diagnosen, hvilket kan ses som en formulering af sandhedsdiskursens relative forklaringskraft. I sin nuværende form artikuleres en sammenføring af diagnoserne, på baggrund af at der netop er krav om situationsgennemtrængende symptomer indenfor begge manualer. Ligesom tidligere argumenteres der for at tage udgangspunkt i forskning, som refererer til ADHD-diagnosen, hvilken er den mest undersøgte. På denne baggrund tages der, ligesom tidligere, udgangspunkt i amerikansk forskning, men argumentet for en sådan orientering kan ses som understøttet af den beskrevne tilnærmelse mellem diagnoserne. Den forskning som referenceprogrammet tager udgangspunkt i indikerer at vurderingsskalaer giver mere valide oplysninger en direkte observation, men er samtidig baseret på en diagnostisk praksis, hvor der ikke er krav om direkte observation.

Således kan retningslinjerne for diagnosticering undergå forandringer, da der kan foretages justeringer i formuleringen af gyldighedsparametre og metoder inden for den kliniske praksis. Diagnosen kan således ses som led i en sikkerhedsteknologi, der muliggør strategiske omformuleringer af praksisfeltets retningslinjer, uden at dette beskrives som et brud med den faglige tradition.

Diagnostiske og socialfaglige gyldighedsbegreber

Der er overensstemmelse mellem den diagnostiske diskurs, som blev gennemgået i genealogien, og den diskursive formation som konstrueres på baggrund af diskursanalysen. Indenfor den diagnostiske diskurs, tilskrives brugen af DuPaul-skemaet mere validitet end de direkte observationer, hvilket er en ændring i forhold til den tidligere formulering af gyldighedsparametre under diagnosticering. Denne ændring kan udpeges i realdiskursen, hvor brugen af vurderingsskalaen beskrives som en metode, der benyttes uden supplerende og direkte observationer eller anden undersøgelse af den sociale kontekst, som de udpegede symptomerne optræder i. Som det fremgår af den genealogiske metode, beskrives det hvordan et barn vil være i stand til at tilpasse sin adfærd under observationsforløbet, hvorfor brugen af vurderingsskalaen anføres som et mere validt parameter til observation. I diskursanalysen fremgik det, hvordan den direkte observation kan give adgang til de informationer som er relevante, for koordineringen af de socialfaglige interventioner, da denne metode kan være behjælpelig i socialarbejdernes udførelse af en helhedsorienteret vurdering, hvor eks. barnets familiemæssige situation tages i betragtning. Her er der altså forskel på hvilken type validitet, der lægges vægt på, i henholdsvis den diagnostiske, og den socialfaglige diskurs²⁹. I socialarbejdernes diskurs indgår altså en problematisering af den del af diagnostikken, der beskriver de sociale omstændigheder symptomerne lokaliseres indenfor. Netop denne type viden fremhæves i diskursen, som den mest relevante i forbindelse med formidlingen af brugbar, institutionel viden. Indgående viden om familiære relationer og overvejelser omkring den kompleksitet, som udgør et barns sociale omgivelser, er ikke nødvendigvis altafgørende for udførelsen den ”valide” diagnose, indenfor den diskursive fremstilling af diagnostisk praksis. Hvis diagnosen skal kunne bruges til andet end kategorisering, må den, ifølge socialarbejdernes diskurs,

²⁹ Hvorvidt brugen af vurderingsskalaer rent faktisk giver mere valide diagnoser end direkte observation, skal her stå uvist. Denne problemstilling ligger uden for undersøgelsens fokus, og socialarbejdernes diskurs ville udelukkende kunne have status som en perspektivering, i en undersøgelse af denne karakter.

imidlertid indebære andet og mere end den bekræftelse af symptomerne, som foretages på baggrund af vurderingsskalaen. Socialarbejdernes roller som formidlere af viden om diagnosen, samt den måde de kan forholde sig til diagnosebeskrivelserne på i udførelsen af deres arbejde, beskrives som beroende på en anden type gyldighed end den der gør sig gældende i den diagnostiske diskurs. Indenfor den diskursive formation figurerer en idealdiskurs, hvor diagnosticeringen foregår i overensstemmelse med forskellige forholdsregler, i hvilken forbindelse, der kan lægges vægt på forskellige parametre og metoder, hvis udførelse eller tilstedeværelse er udtryk for særlig validitet i diagnostikken. Det fremgår her hvordan den ideelle diagnosticering udføres af børnepsykiateren, hvis udredning beskrives som udførlig og anvendelig i de daglige socialfaglige strategier. Her opretholdes sandhedsdiskursen om ADHD-diagnosen, eftersom denne type diagnosticering beskrives som formidler af objektiv viden om det pågældende barn. Derudover formuleres en realdiskurs, hvor udredningstiden beskrives som kortvarig, hovedsagligt baseret på enkelt-konsultationer, samt brugen af vurderingsskalaer. Her kan lægen egenhændigt stille diagnosen, udelukkende med DuPaul-skemaet som observationsteknik. Diagnosebeskrivelsernes indhold formuleres her som mindre anvendelige, i udførelsen af det sociale arbejde med diagnosticerede børn og unge. ADHD-diagnosen kan altså formuleres som en valid markør, til forklaring og kategorisering af børns adfærd, ligesom den kan være en brugbar retningsanvisning for det institutionelle arbejde. For at udfylde disse funktioner må diagnosen imidlertid være foretaget under hensyn til en række forholdsregler, som sikrer at symptomerne er korrekt observerede, og ydermere kan udmøntes i konkret socialfaglig handling i det efterfølgende institutionelle arbejde. Når de institutionelle aktører skal iværksætte tiltag og støtteforanstaltninger på baggrund af diagnosen, må denne altså ikke alene bekræfte tilstedeværelsen af bestemte symptomer, uden en redegørelse for de sammenhænge symptomerne finder sted indenfor, da sådanne beskrivelser udelukkende giver mulighed for en simpel kategorisering. Igennem denne form for diagnosticering kan barnets arkivmappe anbringes i et bestemt gruppering, indenfor de forskellige institutioners kartotek, og der kan iværksættes en række tiltag, som diagnosen kategorisk medfører. Der kan dog ikke foretages kvalitative faglige vurderinger, ud fra de beskrivelser som diagnostikeren producerer i disse tilfælde, hvorfor kategoriseringen her bliver diagnosens institutionelle funktion. Således opløses det naturaliserede subjekthierarki mellem diagnostiker og socialarbejder, hvis lægens rolle som beskriver af ”objektive” sandheder ugyldiggøres, i kraft af manglen på substans i beskrivelserne. ADHD-diagnosens positivitet, indenfor den diskursive formation, fastholdes altså igennem brugen af metoder som direkte observation, samtaler med barnet, og inddragelse af øvrige fagfolk, samt af

de efterfølgende beskrivelser som gøres på baggrund af disse parametre. Her igennem skabes den nødvendige sikkerhed, omkring afgrænsningen af ADHD fra andre problematikker, ligesom der her formes rammebetingelser for udformningen af de konkrete strategier.

Faglige forskelle

Socialarbejderne konstruerer en diskurs omkring diagnostikerens faglige tilhørsforhold, idet der formuleres en kritik af børnelægenes praksis, hvad angår kvaliteten af de diagnostiske beskrivelser. I diskursen opstilles et kvalitativt spektrum, indenfor det diagnostiske praksisfelt, hvor psykiatrien beskrives som en kilde til udførlige diagnoser, hvorimod børnelægerne beskrives som en kilde til mindre udførlige og mindre praktisk omsættelige diagnoser. Denne problematisering knytter an til en anden diskurs, som muliggør en anskueliggørelse af den biopolitiske tilgang til ADHD. Brugen af ADHD-diagnosen er som bekendt tiltaget i de senere år, og dækkede i 2008 ca. 12% af alle diagnosticerede, indenfor det børne- og ungdomspsykiatriske område, med udsigt til en accelererende stigning (Thomsen et al 2008: 5). I kølvandet på diagnosens udbredelse i den medicinske praksis, er antallet af henvendelser til børne- og ungdomspsykiatrien ligeledes steget drastisk. Overlæge og professor Niels Bilenberg, fra børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark, som ligeledes indgår i gruppen bag referenceprogrammet, kom i februar med følgende udtalelse:

Vi bruger tid på børn, der ikke har brug for behandling, mens andre står på venteliste. Den tid og de ressourcer, vi bruger på de forkerte, går jo fra dem, vi burde bruge vores kræfter på. Forældre til uopdragne børn kan godt have brug for hjælp til at opdrage deres børn. Men det skal vi ikke psykiatrisere. Dem kan andre hjælpe bedre end os ...

(www.dr.dk/sundhed/ditliv/Boern/Artikler/2011/0201105852.htm : 2/2 2011).

Dette citat forekommer i en artikel hvor der fremlægges forskningsresultater, som har vist at børne- og ungdomspsykiatrien afviser omkring 15.000 børn og unge, der ikke opfylder kravene til diagnoser som ADHD. Af udtalelsen fremgår det at mange henvendelser kommer fra forældre, hvis børn ikke vurderes at have behov for psykiatrisk hjælp. Disse henvendelser optager tid i systemet og skaber ventelister, hvilket går ud over de børn som psykiatrien ”burde bruge kræfter på”. Bilenbergs udtalelse synes at opstille to mulige subjektpositioner, for de børn som kommer i kontakt med

psykiatrien, idet et barn her enten kan have reelle, psykiatriske problemer eller være ”uopdraget”. I en sådan diskurs konstrueres en dikotomisk fremstilling af børns vanskeligheder, som, hvis de ikke kan behandles psykiatrisk, må skyldes uopdragenhed. Bilenbergs udtalelse italesætter ligeledes en ændring i forældres tilgang til det psykiatriske fagområde. Udbredelsen af ADHD-diagnosen medfører, ifølge denne diskurs, at forældre henvender sig til psykiatrien med henblik på en medicinsk blåstempling af deres egen opdragelsesstil, trods det at barnets adfærdsmønstre hænger sammen med netop en række opdragelsesmæssige aspekter. Denne opstilling figurerer ligeledes i socialarbejdernes diskurs, hvor det at opsøge en diagnose kan formuleres som en strategi til værn mod mistænkeliggørelse i kontakten med lærere, eller som et redskab til ansvarsfralæggelse. Hvis et barns adfærd kan formuleres, enten som et immanent og uforskyldt handicap, eller et resultat af ”manglende opdragelse” kan diagnosen altså instrumentaliseres i en strategi, der skal fjerne fokus fra forældrenes egen subjektiveringsmåde og dennes påvirkning på barnets adfærd. Bilenbergs udtalelse ugyldiggør således en stor del af henvendelserne, som psykiatrien modtager fra forældre, på baggrund af en diskurs omkring børneopdragelse. Diskursen omkring psykiatriens overbelastning qua de ”ugyldige” henvendelser, kan ligeledes knyttes til en anden regularitet indenfor den diskursive formation. Når mange børn afvises af psykiatrien, findes der nemlig stadig en række muligheder for diagnosticering, heriblandt hos privatpraktiserende børnelæger. Psykiatrien og pædiatrien udgør forskellige medicinske specialområder, hvilket må formodes at medføre generelle væsensforskelle i den kliniske praksis. I Danmark er der dog tradition for et tæt samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og det pædiatriske fagområde (Kringlen 2003: 324), og ADHD-diagnosticeringen kan udføres af pædiatere, såvel som psykiatere og privatpraktiserende speciallæger (Thomsen et al 2008: 17). I socialarbejdernes diskurs omkring børnelægerens diagnostik, italesættes disse aktørers praksis som en årsag til ”devaluering” af diagnosens institutionelle gyldighed. Denne diskurs opstiller altså en dikotomi mellem forskellige typer af klinisk praksis, som opdeler diagnostikerne efter fagligt tilhørsforhold. Her åbnes muligheden for en problematisering af den formidling, som diskursen omkring diagnostisk praksis kan medføre. Eftersom socialarbejdernes diskurs formulerer en kvalitativ forskel mellem psykiatrien og pædiatrien i forhold til brugen af diagnostiske metoder som direkte observation, er det altså muligt, at der kan være forskel på hvordan referenceprogrammets anbefalinger inddrages i klinisk praksis, og at denne forskel kan have at gøre med diagnostikerens faglige orientering. Eftersom der konstrueres en forskel på pædiateres og psykiateres diagnostiske praksis, kunne en granskning af de to faggruppers inddragelse af referenceprogrammets anbefalinger, være gavnlig

for forståelsen af det diagnostiske felt. Diskursen omkring pædiaternes praksis inddrager bl.a. formuleringer, der henfører til brugen af metoder som direkte observation. Derfor er det muligt at referenceprogrammets anbefalinger leder til forskellige faglige instrumentaliseringer i den kliniske praksis, samt at sådanne forskelle kan have sammenhæng med det specialområde, som diskursen bliver inddraget i. Her kan ADHD-diagnosticeringen igen analyseres som led i en sikkerhedsteknologi, eftersom der også her synes at være en vis tilpasningsevne i den diagnostiske praksis. I trit med et voksende pres på psykiatrien, som opstår i kraft af et stigende antal henvendelser om udredning, kan en del af diagnosticeringsarbejdet uddelegeres til pædiatere. Igennem brugen af vurderingsskalaerne kan tiden til udredning derudover, ifølge socialarbejdernes diskurs, nedsættes betydeligt, hvilket reducerer presset på diagnostikken og tjener til at opretholde den institutionelle balance. På baggrund af min egen undersøgelse kan der dog ikke foretages nogen analytiske overvejelser angående diskursens evt. forankring i en ”realistisk” forstand, hvorfor jeg vil undlade at gøre nogen konkluderende bestræbelser i denne retning. Jeg finder det dog vigtigt at gøre opmærksom på den regularitet, hvormed kritikken af pædiaternes diagnostik forekommer, i min undersøgelse af diskursen indenfor det sociale arbejde. På denne baggrund vil andre undersøgelser kunne tage udgangspunkt i problematikken. Det er samtidig min forhåbning, at dette foreløbige oprids vil kunne kaste lys over nødvendigheden af kontinuerlig bestræbelse på forbedringer af de kommunikative strukturer, i det tværfaglige samarbejde mellem det diagnostiske praksisfelt og det sociale arbejde, samt at der vil blive rettet fokus mod de kvalitative forskelle, som muligvis kan eksistere indenfor de diagnostiske praksisområder. En granskning af det diagnostiske praksisfelt vil kunne være til gavn for den psykiatriske forskning, og redegøre for den praktiske effekt af vejledningerne i referenceprogrammet. Derudover vil involverede socialarbejdere, såvel som den socialvidenskabelige forskning, kunne have gavn af undersøgelser indenfor dette område, da netop udredningen og beskrivelsen af en række kvalitative faktorer, samt deres videreformidling til det sociale arbejde, synes at have særlig betydning for den tværsektorielle kommunikation, som kan opretholde diagnosens institutionelle gyldighed.

Neurologi og stigmatisering

Som beskrevet i analysen af den diskursive formation, opretholdes den institutionelle sandhedsdiskurs omkring ADHD igennem de dele af den kliniske praksis, som retter sig mod formidlingen af de diagnostiske observationer. I det sociale arbejde formidles viden omkring

diagnosen til den bredere offentlighed, og her udvikles diskursive strategier med henblik på afstigmatisering af ADHD-diagnosen, ligesom der arbejdes for at mane fordomme omkring diagnosens gyldighed i jorden. Der formuleres altså en problematik, hvor de faglige strategier, samt indtagelsen af de institutionelle subjektpositioner gøres afhængig af den videreformidlede diskurs' positivitet. Når formidlingen af viden om diagnosticeringen ikke stemmer overens med udførelsen af den reelle, kliniske praksis, opstår der usikkerhed omkring socialfaglige subjektpositioners autenticitet og strategiernes praktiske værdi. Indenfor det sociale arbejde udarbejdes altså en række strategier, som går ud på at informere om den diagnostiske praksis, hvilket har det eksplicitte formål, at modvirke fordomme omkring ADHD, og omkring den måde hvorpå. Her tydeliggøres en biopolitisk strategi i forbindelse med den psykoedukative funktion i det sociale arbejde. ADHD specialkonsulenten beskriver, hvordan hans information til kommunens borgere angående praksis omkring ADHD-diagnosticering, ikke stemmer overens med den måde, diagnosticeringen ind imellem kan finde sted på. I sin funktion som vidensformidler, lægger Allan vægt på, at der inddrages en række kliniske metoder og forskellige fagfolk under den diagnostiske praksis. Denne beskrivelse står dog ikke mål med den diagnostik, som realdiskursen behandler. Her indikerer diskursen altså, at konsulentens rolle som formidler undermineres af ubalancen mellem den ideelle, og den reelle kliniske praksis. Den subjektposition som Allan indtager, når han informerer om diagnosen, opretholdes af den "reelle" forklaringskraft i de beskrivelser han formidler til kommunens borgere. I diskursen formuleres der altså en relation mellem sandhedsdiskursens positivitet og indtagelsen af den institutionelle subjektposition. Når det antages, at et ADHD-diagnosticeret barns adfærd primært skyldes en neurologisk disposition frem for forældrenes opdragelse, følger det at forskere og fagfolk iværksætter strategier, som har til hensigt at oplyse befolkningen om diagnoserne. Herigennem søges det at modvirke den negative opfattelse, som kan opstå i familiens kontakt med de sociale omgivelser. Således formuleres der et forsvar for diagnostikkens udførlighed og gyldighedsparametrene i diagnosen, hvilket anføres når der informeres om den kliniske praksis. Denne taktiks gyldighed beror imidlertid på "korrektheden" i den videregivne information. Afgrænsningen mellem neurologiske og sociale forklaringsmodeller gøres her betinget af udførligheden i udredning og diagnosticering. Hvis diagnosen ikke indeholder de bestanddele som formuleres i idealdiskursen, har den neurologisk funderede diskurs ingen positivitet, hvorfor den afstigmatiserende indsats undermineres af den diagnostiske diskurs, som tillader en "hurtigere" diagnosticering.

Undervisningsdisciplin og fritidsproblematik

I forelæsningsrækken "Psychiatric Power" fra 1973-1974, beskriver Foucault relationen mellem familien som social enhed og udviklingen af discipliner indenfor de store institutioner igennem det 19. årh. (Foucault 2006: 93-96). Familien beskrives her som det centrale residua af suveræn magtudøvelse, der udgør selve grundstenen for de disciplinære styringsformer indenfor institutioner som skoler og omsorgsvæsen. Da udformningen af de samfundsmæssige strukturer i denne periode undergik radikale ændringer, i kraft af en stigende proletarisering af landbefolkningerne, og det efterfølgende opbrud i den livsform, som kendetegner den agrare storfamilie. I kraft af de samfundsmæssige omvæltninger i denne periode, opstod der en række samfundsmæssige institutioner, som overtog visse dele af de ansvarsområder og socialiseringsfunktioner, som tidligere hørte under familiens ressort. I de nye typer institutioner, som eks. skolen og pædagogikken, samt indenfor hele den industrielle økonomi, organiseredes den sociale handling gennem kultivering af institutionel disciplin. For at disciplinen kunne have sin effekt indenfor institutionerne, var det nødvendigt at lærere, pædagoger og arbejdsgivere kunne indregne en tilpasningsdygtighed, i den befolkning hvorfra elever, lærlinge og ansatte skulle rekrutteres. For at disciplineringen kunne finde sted, måtte individet altså på forhånd være socialiseret, til at kunne modtage instruktioner, udvikle teknikker til styring af selvet og indtage en subjektposition i den givne institutionelle struktur. En vis portion af lærevillighed og en vis disciplinær disposition var derfor nødvendige tilregneligheder, som eksistensbetingelser for disciplinens virksomhed (ibid.). Ifølge Foucault beror koordineringen af den familiære struktur ikke fortrinsvist på disciplinering, men på udførelsen af suveræn magt. Således er forældres rolle ikke at sikre socialiseringen af barnet, igennem normalisering og overvågning, men derimod at sikre barnets tilpasningsdygtighed, i forhold til de disciplinære, institutionelle strukturer. Her opstår altså behovet for en psykiater til at vurdere hvilke individer, der kan tilpasses den disciplinære struktur, og hvilke individer der, i kraft af en underliggende "dysfunktion", er ude af stand til at tilpasse sig de specifikke institutionelle og disciplinære omgangsformer. Psykiatrisk diagnosticering blev altså en stigende nødvendighed, da der udvikledes et stadigt indsnævrende normalitetsbegreb, i takt med den tiltagende disciplinering i institutionerne (Foucault 2006: 110). Ifølge udlægningen opstår psykiatrien altså delvist ud fra et behov for at forklare, kategorisere og behandle de typer af adfærd, der betragtes som uforenelige med disciplinær praksis, og er samtidig afgørende for sandhedsdiskurser, der udtrykker forældres nye rolle som "psykologiserede" opdragere og ansvarspersoner. Sandhedsdiskursen som udtrykkes i den freudianske repressive hypotese, forklarede således individets "neurotiske" adfærd ud fra en

epistemologi, der betragter samfunds- og familiestrukturer som grundlæggende undertrykkende. Her placeres ansvaret for individets afvigende adfærd hos de forældre og det nærmiljø, der har fostret det barn, der siden har udviklet sig til at være delinkvent, pervers eller neurotisk. Ved at bero på den suveræne magt som udøves af forældre, i opdragelsen og socialiseringen af de unge³⁰, kan autoriteterne, indenfor de forskellige institutioner, forvente en grundlæggende disciplinær disposition, hvorudfra den specifikke socialisering i institutionen kan finde sted (ibid.). I tiden siden fremkomsten af psykiatrien som institution, er der sket en del ændringer i såvel psykiatriens årsagsgivende rationalisering af psykisk afvigelse, som i familiestrukturens disciplinære struktur. Fra min analyse af den diskursive formation og på baggrund af min genealogiske redegørelse for ADHD-diagnosens udvikling i den diagnostiske praksis, har jeg imidlertid fået indblik i nogle problematikker, som vækker genklang ved læsning af Foucaults genealogi over relationen mellem familiestruktur og psykiatri i det 19. årh.

Indenfor den diskursive formation kan ADHD-diagnosen italesættes som en strategi, der opstiller en mulighed for at reagere imod kategorisering og social stempling som ”dårlige forældre” i kontakten med lærerpersonalet. Når lærerne ikke oplever den samme problematiske adfærd som forældrene, opstår her muligheden for en konflikt med udgangspunkt i definitionen af barnets ”objektive” adfærd. Forældre i denne situation beskrives altså som passive og dominerede, hvorfor opsøgning af diagnosen kan være et middel til modmagt mod kategorisering. Det fremgår desuden af den diskursive formation, at der kan opstå konflikter, når lærerne ikke oplever en særlig problematisk adfærd, hvilket dog tilknyttes forskellige kausalvirkninger. De respektive forskelligheder til trods, kan der etableres en diskurs hvor børnenes ”arbejde” med at passe ind i undervisningsstrukturen, kan give problemer i hjemmet, hvor en lignende disciplinær struktur ikke gør sig gældende. I diskursen formuleres divergensen mellem de to adfærdstyper, som sammenhængende med opretholdelsen af skolens disciplin, og den forskel, der opstår mellem hjem og skole, eftersom skolens effekt på barnet ikke skaber disciplineret adfærd i hjemmet. Denne effekt giver genlyd i Lenes udtalelse ”et hjem, det skal jo nok heller ikke være så struktureret, som i en skole, men en vis form for struktur, det er gavnligt” (Int 3: 26). Her optegnes en problemstilling, som trækker et spor fra Foucaults beskrivelse, af relationen mellem den traditionelle magtudøvelse mellem forældre og børn, og den disciplinerende magtudøvelse i institutionerne. For at den institutionelle disciplin kan træde i kraft, må det disciplinerede potentiale allerede være tilstede. Barnets grundlæggende

³⁰ Og som er et resultat af sandhedsdiskursernes allestedsnærværende karakter.

socialisering måtte her tilpasses det samfundsmæssige behov for disciplinering, og hvor dette ikke lod sig gøre måtte psykiatrien træde til med sin medicinske rationalisering af den afvigende adfærd. I den analyserede diskursorden formuleres et forhold mellem skole og hjem, der opstiller barnets uhensigtsmæssige adfærd hjemme, som en afledt reaktion på det arbejde, der skal udføres i skolen, med at leve op til krav om disciplin og normalisering. Skolen og klasseundervisningen opretholdes af en social struktur, der afviger fra den ”naturlige” organisering i hjemmet, hvor reguleringen af barnets adfærd beror på relationen til forældrene. I skolen betyder barnets relation til lærere og kammerater naturligvis meget, i forhold til trivsel og funktionsevne, men barnets rolle som elev formes også af en række faktorer, der ligger udenfor det relationelle. Lærernes faglighed kan gøre det muligt at organisere undervisningen ved at udvise særligt hensyn overfor elever, som har specielle behov og udfordringer igennem deres professionelle overblik over børneflokkene. Herigennem tilpasses elever som har brug for opsyn og regulering til den sociale struktur, uden at der opleves nogen særlig problematik. Ved at placere et uroligt barn er sted hvor der kan skabes ro omkring det, eller ved at tage hensyn til et barns specielle reaktionsmønster i forhold til ekstern stimuli, kan læreren organisere undervisningen på en måde, som gør det muligt for elever med særlige behov at fungere i den sociale praksis der kendetegner undervisningen. Her italesættes den disciplinerende magtudøvelse, som beroende på kontrol, og opsyn med den individuelle elevs særlige forudsætninger og udfordringer, og på en regulering af den sociale orden i klassen. Det beskrives yderligere hvordan denne regulering, og tilpasning til strukturen, netop kan finde sted fordi læreren i klassen er del af, og ansvarlig for, en gruppe af individer. Dette gør det muligt at opretholde en social orden, som ikke er baseret på relationen mellem lærer og elev, men på klassens disciplinære struktur. Lærerne bruger således klasse miljøets struktur til at sikre tilpasningen af den enkelte elev. I tiden efter skole kommer barnet imidlertid hjem til en struktur, der opretholdes af relationer til forældre og søskende, hvor der ikke altid findes de pædagogiske resurser, som er nødvendige, når et barn skal tilpasses strukturen. Ydermere forstærkes kontrasten i de to adfærdsformer, da barnet efter skole beskrives som træt efter ”overarbejdet” med at fungere i klassen. I den kontrast der kan opstå imellem barnets forskellige adfærdstyper, opstår kimen til en uoverensstemmelse mellem forældre og lærere. Denne forskel i opfattelse kan lede til konflikter, da både lærere og forældre ”ser hvad de ser”, og derfor står fast på deres respektive opfattelser. Når normaliseringen i skolen har ”tilstrækkelig” effekt, vil elever med særlige behov altså kunne tilpasses denne struktur, uden at pådrage sig negativ opmærksomhed fra lærerne. Lærernes faglighed, samt elevens forsøg på at passe ind i strukturen, har altså den effekt, at barnet ikke

nødvendigt vil udvise ”uønskede” adfærdsmønstre. Her virker prædisponeringen til disciplin altså som den faktor, der gør normaliseringen mulig. I socialarbejdernes diskurs beskrives det, hvordan børnenes manglende symptomadfærd i skolen skyldes ”at de er godt opdragede” (Int 1: 15). Symptomernes fravær kan altså beskrives som afledte af relationen mellem den primære socialisering og effekten af den normalisering, der finder sted i institutionen. Forældrenes evne til at indgyde et behov for normalisering fører her til at deres barn opfattes som ”normal” af dets lærere. Denne opfattelse af normalitet kan lede til konflikt, når forældrene henvender sig på skolen med en beskrivelse af barnet, der afviger fra den adfærd som lærerne oplever i klassen. Her opstår et problem omkring definitionen af årsagen til barnets adfærd derhjemme, da lærerne ikke oplever samme problemer, og derfor, ifølge diskursen, vil have en tendens til at underkende forældrenes beskrivelser, og til at anskue deres opdragelsesstil som årsagen til den oplevede forskel. Her vendes forældrenes, i udgangspunktet ”hensigtsmæssige” evne til at opdrage et barn, der kan tilpasse sig en social struktur, mod forældrene egen subjektiveringsmåde. Forældrenes bestræbelser på at opdrage et barn medfører, ifølge diskursen, til at barnet ikke pådrager sig nogen opmærksomhed i skolen, med underkendelse af forældrene til følge. Indenfor kan den diskursive formation italesættes en relation mellem barnets forskellige adfærdsmønstre og forældrenes efterfølgende uoverensstemmelser med lærere, som en eventuel drivkraft bag forældres opsøgning af ADHD-diagnose, hvormed ADHD-diagnosen tager karakter af en emancipatorisk diskurs. Mere gennemgående formuleres der en diskurs, hvor en sådan strategisk orientering mod diagnosen går i spænd med den realdiskursive diagnosticeringsform, hvor der tages lettere på metoder som direkte observation, hvilket fremstilles som en mulig kilde til afklaring af årsager til de forskellige adfærdsmønstre. På denne baggrund kan der altså opstilles en hypotese om sammenhængen mellem disciplinære og pædagogiske strukturer i skolen, der sammenholdt med en ændring i den biopolitiske tilgang til diagnosticering, kan være en blandt mange mulige drivkræfter bag ADHD-diagnosens fremvækst, hvilke italesættes som en årsag til dens manglende institutionelle sammenhængskraft, mellem diagnosebeskrivelserne og socialarbejdernes muligheder for instrumentalisering af den diagnostiske viden. Her kan diagnosen evt. benyttes som redskab til strategiske subjektiveringsmåder og producere nye rammebetingelser for individuelle narrativer. Igen kan der ikke foretages nogen definitiv konklusion, angående den sociale aktualitet i ovenstående problemstilling. Også her må jeg derfor efterlade dette vigtige spørgsmål åbent, i håbet at nærværende undersøgelses indkredsning, af en mulig sammenhæng mellem ovenstående del-

elementer, kan give anledning til socialfaglig belysning af problematikken eventuelle forklaringskraft.

Konklusion

Udgangspunktet for denne undersøgelse var at redegøre for hvilke ændringer, der kan udpeges i diskursen om diagnostisk praksis på ADHD-området, hvordan disse ændringer beskrives af aktører i det ADHD-relaterede sociale arbejde, samt hvilke biopolitiske sammenhæng der kunne udledes af forholdet mellem de to. I denne forbindelse afsøgte jeg en række forskellige spor i de forskellige delanalyser og kom omkring en række forskellige aspekter af det genstandsfelt undersøgelsen har kredset om. I det følgende vil jeg konkludere på de dele af undersøgelsen som kan give svar på problemformuleringens spørgsmål.

I første del af analysen foretog jeg en genealogisk analyse af diagnoselitteraturen, med henblik på at redegøre for udviklinger og brud indenfor diskursen omkring retningslinjerne for diagnosticering. Her udpegede jeg, hvordan der tidligere blev lagt vægt på direkte observation med hensyn til at adskille diagnosen fra andre diagnoser, eftersom symptomerne på ADHD og diagnoser som DAMP og Hyperkinetisk Forstyrrelse, blev beskrevet som vanskeligt afgrænselige fra symptomer på andre tilstande. Diskursen i det danske referenceprogram afviger fra de tidligere formuleringer af retningslinjer for diagnosticering ved at tillægge brugen af direkte observation mindre betydning, men i stedet fokusere på brugen af vurderingsskalaer til indhentning af oplysninger om barnets adfærd.

Den diskursanalytiske del af analysen, foretaget på baggrund af den etnografiske udforskning af de ADHD-relaterede socialfaglige specialområder og tilpasset specialet overordnede problemfelt. I denne analyse redegjorde jeg for en række fællestræk i socialarbejdernes diskurs omkring diagnosticering og dennes effekt på deres arbejdsområder, ligesom jeg udpegede en regularitet i deres beskrivelser af relationer mellem skole og hjem. Det fremgik her af socialarbejdernes diskurs, hvordan de er afhængige af beskrivelser af barnets konkrete, sociale og familiære relationer, når det skal vurderes om der kan tildeles bestemte former for støtte eller iværksættes særlige tiltag. Disse beskrivelser formuleredes, indenfor socialarbejdernes diskurs, som mest udførlige og bedst omsættelige til konkret handling, når der foretages observationer i barnets daglige miljø, hvorimod

brugen af spørgeskemaer beskrives som utilstrækkelig i forhold til at foretage de nødvendige socialfaglige vurderinger. Der er altså her forskel på den gyldighed, som lægges vægt på i den diagnostiske diskurs og den gyldighed som socialarbejderne lægger vægt på i deres beskrivelser. Derudover beskrives de diagnosticeringsforløb, der primært beror på brugen af vurderingsskalaer, som led i en opløsning af institutionelle struktur mellem diagnostisk praksis og socialt arbejde. Den nye tilgang til diagnosticering beskrives som en kilde til generel usikkerhed omkring anvendelsen af diagnosen, hvilket reducerer diagnosens forklaringskraft og skaber tvivl omkring de sociale strategier, som socialarbejderne udformer i løsningen af de daglige opgaver. Når der skabes usikkerhed omkring diagnosen medfører dette en ændring i den traditionelle faglige opdeling mellem diagnostik og socialt arbejde, da den autoritet hvormed diagnostikeren skal kunne udtale sig om et barns behov opløses i kraft af en manglende forklaringskraft i diagnosen. Generelt kunne det fastslås at den kritiske diskurs socialarbejderne konstruerer, med hensyn til den diagnostiske praksis og brugen af vurderingsskalaer, primært er rettet mod pædiatere, hvis diagnostiske praksis gennemgående beskrives som mindre udførlig og som særlig en kilde til usikkerhed. Ændringen i retningslinjerne for ADHD-diagnosticering har, i socialarbejdernes diskurs, desuden påvirkning på det forløb som lægger forud for en diagnosticering. Der beskrives gennemgående en mulighed for forskelle mellem barnets adfærd i skolen og hjemme, hvilket hænger sammen med barnets arbejde med at tilpasse sig strukturen i skolen. Dette kan, i socialarbejdernes diskurs, lede til konflikter mellem forældre og lærere, eftersom der opstår usikkerhed omkring hvordan barnets adfærd kan karakteriseres. Der beskrives i tilknytning hertil, gennemgående en mulighed for at forældre kan benytte ADHD-diagnosen som en strategi, hvilket yderligere problematiseres ud fra socialarbejdernes kritiske beskrivelser af den diagnostiske praksis.

På baggrund af de to forudgående analyseafsnit, formulerede jeg en biopolitisk analyse, hvor jeg søgte at redegøre for sammenhænge mellem tilgangen til diagnosticering og udførelsen af det sociale arbejde. Her søgte jeg at demonstrere, hvordan ADHD-diagnosen kan analyseres som led i en sikkerhedsteknologi, hvor der kan ske forskydninger i de videnskabelige paradigmer, såvel som i retningslinjerne for den diagnostiske praksis. Jeg mener desuden at kunne konkludere, at sandhedsdiskursen omkring ADHD fastholdes i den videnskabelige italesættelse af gyldighedsbegreber, på trods af ovenstående forandringer, men at den, på det diskursive plan, ændrer karakter som redskab for udførelsen af det sociale arbejde.

Litteratur

American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.) (DSM—IV). Washington, DC: APA.

Andersen, Niels Åkerstrøm (1999): *Diskursive analysestrategier – Foucault – Koselleck – Laclau*. Nyt fra samfundsvidenskaberne. København N.

Dreyfus, Hubert & Paul Rabinow (1982): *Michel Foucault – Beyond Structuralism and hermeneutics*. Chicago University Press. Chicago.

Fairclough, Norman (2008): *Kritisk diskursanalyse*. Hans reitzel. København K.

Foucault, Michel (1986): *The archeology of knowledge*. Travistock publications. London

Foucault, Michel (1990): *The history of sexuality – An introduction*. Vintage books. New York.

Foucault, Michel (2003): *Society must be defended – Lectures at the College de France 1975-1976*. Penguin books. London.

Foucault, Michel (2008): *Psychiatric power – Lectures at the College de France 1973-1974*. Palgrave Macmillan. New York.

Juul, Kirsten (2003): *Udredning af børn med DAMP/ADHD – en vejledning*. Kompetencprojektet om DAMP. Odense C.

Karlović D. et al. (2002): *Correspondence between DSM IV and ICD 10*. Sestre milosrdnice University hospital. Zagreb

Kringlen, Einar (2003): *Psykiatriens samtidshistorie*. Hans Reitzel. København.

McCoy, Liza (1998): *Producing what the deans know – Textual practice of Cost Accounting and the Restructuring of Postsecondary Education*. I *Human Studies* nr. 21 (s. 395-418). Calgary.

National Health Service (2008): *Attention deficit hyperactivity disorder Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. National collaborating centre for mental health. London.

Olsen, Johnni (2009): *Kulturmødet – En undersøgelsesmetodik*. Socialrådgiveruddannelsen. University college Sjælland. Nykøbing F.

Rabinow, Paul & Nikolas Rose (2006) *Biopower today*. BioSocieties, 1 s. 195–217. London School of Economics and Political Science. London.

Smith, Dorothy E. (1988): *The everyday world as problematic – a feminist sociology*. Open University Press. Milton Keynes.

Smith, Dorothy E. (2006): *Institutional Ethnography as Practice*. Rowan & Littlefield. Maryland.

Spradley, James P. (1979): *The ethnographic interview*. Holt, Reinhart & Winston. New York.

Thomsen, Per Hove et al (2008): *Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD*. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark. Århus.

Timimi, Sami (2005): *Naughty boys: Anti-social behaviour, ADHD and the role of culture*. Palgrave McMillian. New York.

Trillingsgaard, Anegen (1995): *Kun få vokser fra det – om DAMP, ADHD og Hyperkinetisk Forstyrrelse i livsløbsperspektiv*. Dansk psykologisk forlag. København Ø.

Visker, Rudi (1995): *Michel Foucault – Genealogy as critique*.

World Health organization (1993): *International classification of diseases*. WHO. Geneve

Bilag på cd

Interview 1

Interview 2

Interview 3

Interview 4

Thomsen, Per Hove et al (2008): *Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD*. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark. Århus.

DuPaul skema ADHD Rating Scale