

Indhold



Rundt om diagnoser	3
<i>Henning Strand</i> : Psykiatriske diagnoser som sociale konstruktioner	5
<i>Tine Basse Fisker</i> : Udvikling i antal af børn i eller med vanskeligheder.	16
<i>Lars Ask Røgilds</i> : Hvorfor er det ikke interessant, at min søn kan køre gaffeltruck?	30
<i>Christina Mohr Jensen og Hans-Christoph Steinhausen</i> : Den videnskabelige forståelse af ADHD fra det psykiatriske perspektiv.	44
<i>Louise Bøttcher</i> : Børn med diagnoser som pædagogisk-psykologisk udfordring	58
<i>Bo Hejlskov Elvén</i> : Udviklingsforstyrrelser og symptomer	69
<i>Søren Hertz</i> : At invitere til en proces, der kan blive endnu mere attraktiv	82
<i>Peter C. Gotzsche</i> : Overdiagnostik og overmedicinering i børnepsykiatrien	95
Abstracts.	101
<i>Ben Furman</i> : Jeg er stolt af dig – fem lektioner i løsningsorienteret forældreskab og børneopdragelse	105
<i>Ulla Thøgersen (red)</i> : Filosofien på arbejde – dimensioner i anvendt filosofi	106
<i>Jesper Juul</i> : Aggression – En naturlig del af livet.	107
<i>Signe Holm-Larsen og Niels Plischewski</i> : Om karaktergivning – Også ved gruppebedømmelse	108

Tidsskriftet "Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift"s Review-panel

Tidsskriftet PÆDAGOGISK PSYKOLOGISK TIDSSKRIFT har tilknyttet et review-panel af udvalgte faglige eksperter, som redaktionen samarbejder med i ønsket om at opkvalificere artiklernes faglige niveau. Udvalgte og anonymiserede artikler tilsendes review-panelet til vurdering. Review-panelets vurderinger af disse artikler indgår i redaktionens endelige beslutning om udgivelse. Det er redaktionens endelige ansvar, hvad der måtte udgives.

Review-panelet består af:

Peter Allerup, professor, cand. stat.
Ask Elklit, professor, cand. psych.
Anne Vibeke Fleischer, neuropsykolog,
cand. pæd. psych.
Gitte Haslebo, organisationspsykolog, cand.
psych.
Finn Hesselberg, specialist i klinisk psyko-
logi, Norge
Anette Holmgren, cand.psych. og narrativ
terapeut.

Benny Karpatschof, lektor, dr. phil.
Jan Mejding, seniorforsker, cand. pæd.
psych.
Poul Nissen, Ph.D. associate professor
Karen Vibeke Mortensen, professor, cand.
psych.
Poul Skov, fil.dr.
Anegen Trillingsgaard, cand. psych., adj.
professor v Aarhus Universitet.

Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift er bedømt gennem peer-review og registreret i Forsknings- og Innovationsstyrelsens autoritetsliste (niveau 1) over tidsskrifter, der udløser points i Den bibliometriske Forskningsindikator.

Omslagsdesign: Nete Banke, Imperiet
Grafisk produktion: Specialtrykkeriet Viborg
Fotografik: Palle Johansen

Alle rettigheder forbeholdes. Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse af eller kopiering fra denne bog eller dele heraf er kun tilladt i overensstemmelse med overenskomst mellem Undervisningsministeriet og Copy-Dan. Enhver anden udnyttelse er uden forlagets skriftlige samtykke forbudt ifølge gældende dansk lov om ophavsret. Undtaget herfra er kort uddrag til brug ved anmeldelser.

Abonnement, løssalg og reklamationer:
Dansk Psykologisk Forlag
Knabrostræde 3, 1. sal, 1210 København K
Tlf. 4546 0050
e-mail: salg@dpf.dk – hjemmeside: skolepsykologi.dk

Priser:

Medlemmer af Pædagogiske Psykologers Forening modtager tidsskriftet gratis.
Ikke-medlemmer af PPF kr. 430,00, stud. kr. 323,00 incl. moms

Rundt om diagnoser

I disse år diskuteres forskellige typer af psykiatriske diagnoser livligt. Særligt diskuteres diagnoser af typen depression, angst, ADHD, autisme og Aspergers syndrom, og diskussionerne rettes ofte mod såvel samfundsmæssige forhold og forståelser af tilstanden, som årsager og behandlinger.

Begrebet 'diagnose' favner vidt forskellige fænomener – lige fra somatiske lidelser som fx døvhed, cerebral parese og genetiske syndromer osv. til psykiatriske lidelser som fx skizofreni, depression eller personlighedsforstyrrelser. Indenfor kategorien af psykiatriske diagnoser finder vi også udviklingsforstyrrelserne som fx autisme, ADHD eller gennemgribende udviklingsforstyrrelse uspecificeret (GUU *). Når vi i denne indledning skriver 'diagnoser' peger vi primært på udviklingsforstyrrelserne.

Med udgangspunkt i denne afgrænsning er det bestræbelsen med dette temanummer at præsentere forskellige perspektiver på de diagnoser, som falder ind under kategorien af udviklingsforstyrrelser. Temanummeret skal således være en platform hvor forskellige forståelser af diagnoser kan komme til udtryk, og læseren bliver præsenteret

for en nuanceret og bred palet af forståelser og logikker i forhold til denne type af diagnoser. I antologier og monografier ses ofte enten et udelukkende psykiatrisk perspektiv eller et kritisk perspektiv på diagnoserne præsenteret. Det er intentionen med dette temanummer at stille sig loyal med de børn og forældre, som er berørte af diagnoser. Med denne loyalitet følger, at man både kan forholde sig kritisk til samfundsmæssige strukturer som fremmer diagnostisk tænkning og samtidig anerkender, at børn og forældre kan opleve en adfærd som så problematisk og lidelsesfuld, at diskussioner om samfundsmæssige strukturer bliver mindre aktuelle, og andre forklaringer, perspektiver og interventionsformer, fx psykiatriske og medicinske, forekommer som de mest væsentlige og mulige.

Temanummeret er derfor anlagt med respekt for forskellige videnskabelige forankringer og med stor nysgerrighed på at udforske den seneste forskning, de mest aktuelle tematikker og de diskussioner som trænger sig mest på i øjeblikket.

Vi tilstræber at favne perspektiver fra hele spektret mellem psykiatri og

*) Klassifikationerne bliver ændret i de kommende diagnosemanualer fra såvel DSM som ICD. I øjeblikket er ADHD kun en diagnose under DSM, hvor den optræder i kategorien 'Developmental Disorders' – som i den kommende udgave sandsynligvis bliver ændret til 'neurodevelopmental disorders'. I ICD findes 'hyperkinetic disorder', som er rubriceret under 'Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence'.

socialforskning, med særligt fokus på børn og forældres forhold, perspektiver som har blik for såvel samfundet, betydningen af sociale relationer og kontekster, neurologiske forklaringer og pædagogiske og medicinske interventions tiltag.

Med denne diversitet i perspektiver og forståelser som ledetråd har vi inviteret et antal forfattere til at bidrage til nærværende temanummer.

God læselyst!

Redaktionen og

Tine Basse Fisker, gæsteredaktør

Psykiatriske diagnoser som sociale konstruktioner



Artiklen tager udgangspunkt i ADHD diagnosen, men omhandler i vidt omfang også problemstillinger og dilemmaer, som mere generelt gælder børnepsykiatriske kategoriseringer og diagnoser. Indledningen er en kort gennemgang af ADHD diagnosens historie, der har til formål at vise, hvordan diagnoserne udvikles i overensstemmelse med de til enhver tid dominerende samfundsmæssige diskurser. Derefter ses nærmere på, hvad det er for paradigmer, der ligger bag diagnosetænkningen. Diagnoserne funktioner for professionelle, forældre, børn og andre interessenter udfoldes. Den voldsomme stigning i antallet af børn, som diagnosticeres med ADHD og den store forskel i prævalensen af børn med ADHD fra region til region diskuteres, og endelig rettes fokus mod medicinske og ikke-medicinske interventionsformer.

Af Henning Strand, ledende psykolog

Lidt historie bag ADHD diagnosen

Et stort skilt på skoleporten med ordet "OHøjskolen" var det første jeg mødte, da jeg som endnu ikke helt færdiguddannet lærer og psykologistuderende i midten af 1970'erne kom til Skolen i Dr. Louisegården, hvor jeg fik mit første lærerjob.

OHøjskolen var skolens kælenavn. Det var afledt af forkortelsen "OH", som stod for Organisk Hjerneskadet. Det var en specialskole for børn med vanskeligheder, som lignede de vanskeligheder, vi nu ser hos mange børn, som kategoriseres som børn med ADHD. Men langt fra alle de børn, som nu får diagnosen ADHD, ville have fået "OH betegnelsen" dengang. Betingelserne for at få OH betegnelsen var, at barnet ud over at udvise opmærksomhedsforstyrrelser, hyperaktivitet og impulsivitet også havde motoriske vanskeligheder, og at det kunne sand-

synliggøres, at barnet havde en hjerneskadet.

Der lå således en ætiologisk forståelse – en hjerneskadet – bag diagnosen. Anamnesticke oplysninger blev derfor også en ufravigelig del af den børnepsykiatriske udredning fordi en af forudsætningerne for, at barnet kunne få diagnosen var, at det kunne dokumenteres, at barnet med stor sandsynlighed havde lidt af iltmangel under fødslen, havde været forgiftet i fostertilstanden eller lignende.

I dagligdagen blev "Organisk Hjerneskadet" også omtalt i den oprindelige internationale udgave "MBD" (Minimal Brain Damage og senere Minimal Brain Dysfunction) af skolens personale og af den psykiatriske konsulent. MBD betegnelsen blev introduceret i 1960'erne af Clements m.fl. (1966). Hypotesen om at konstellationen af vanskeligheder med opmærksomhed, hy-

peraktivitet, motorik og impulsivitet er forårsaget af en mindre hjerneskade opstod, fordi sådanne vanskeligheder også ofte ses som senfølger hos børn, der har overlevet en hjerneinfektion.

Da hjerneskader imidlertid sjældent kunne påvises hos børn med opmærksomhedsforstyrrelser, hyperaktivitet mm. ændredes betegnelsen Minimal Brain Damage til Minimal Brain Dysfunktion (Barkley, R.A. 2006).

I den amerikanske psykiaterforenings diagnosesystem DSM (Diagnostic and Statistical Manual) blev MBD omtalt i DSM-II, som udkom i 1968; men den formelle diagnose på området var "Hyperkinetic Reaction of Children". MBD blev taget helt ud af DSM III i 1981, hvor ADD blev introduceret. I WHO's diagnosesystem ICD, som er det diagnosesystem, der skal følges i Danmark, blev MBD fjernet i ICD-10 versionen fra 1992, da "Hyperkinetic Disorder" blev indført. Men blandt andre den svenske psykiater Lars Christopher Gillberg fastholdt fortsat de skrappere kriterier fra MBD i sin egen betegnelse, DAMP, som han havde introduceret i 1970'erne. DAMP-kategorien var udbredt i Sverige og i Danmark i en årrække, selvom der ikke længere var grundlag for den i de to verdensspændende diagnosesystemer.

Det kan være vanskeligt at finde rundt i de mange betegnelser og diagnoser på det, vi nu kalder ADHD eller ADHD-lignende forstyrrelser, især fordi betegnelserne ofte bliver brugt i flæng, selvom de ikke er klinisk identiske. Det bliver heller ikke lettere af, at der er to forskellige diagnosesystemer – ICD og DSM – som hver især løbende

ændres. Da kriterierne for at opfylde diagnosen Hyperkinetic Disorder er skrappere end kriterierne for ADHD, vil procentvis flere børn opfylde ADHD kriterierne end kriterierne for Hyperkinetic Disorder.

I det følgende skelner jeg kun mellem ADHD og Hyperkinetisk Forstyrrelse der, hvor det er vigtigt at fastholde de kliniske forskelle mellem diagnoserne, ellers vil jeg anvende ADHD-betegnelsen, da den er almindeligt udbredt blandt både professionelle og blandt børn og forældre.

Et afgørende brud i diagnosetænkningen

DSM-III versionen fra 1987, brød afgørende med det tidligere grundlæggende princip i diagnosesystemet, den ætiologiske forståelse dvs. hypoteserne om, at der var tale om sygdomme, og at der ligger én bestemt årsag bag de enkelte diagnoser. I stedet indførtes det nuværende symptomdiagnoseprincip.

Hypotesen om neurologiske årsager bag opmærksomhedsforstyrrelser blev således forladt og afløst af de velkendte symptomkriterier: forstyrrelser af opmærksomhed, aktivitet og impulsivitet. Det tidligere ætiologiske diagnosesystems krav om, at det skulle sandsynliggøres, at et barn havde været udsat for en hjerneskade for at få diagnosen opmærksomhedsforstyrrelser, blev dermed også forladt. I DSM III valgtes betegnelsen "ADD med eller uden hyperaktivitet", mens ICD systemet bevarede betegnelsen: "Hyperkinetisk Forstyrrelse".

Af ICD-10 – som også udgøres af symptomdiagnoser – fremgår det meget klart, at diagnoser som f.eks. Hy-

perkinetisk Forstyrrelse ikke er en sygdom, men netop en forstyrrelse. Der er således ikke tale om, at ADHD har en genstand, f.eks. noget, som er inde i barnet, men at nogle voksne omkring barnet (typisk forældre og lærere) ser, at barnet har vanskeligheder med opmærksomhed og aktivitet og reagerer impulsivt, og at en lægelig vurdering fastslår, at omfanget af disse vanskeligheder er tilstrækkelige til at kategorisere barnet som et barn med Hyperkinetisk Forstyrrelse.

Selvom diagnosesystemet – siden skiftet fra ætiologiske diagnoser til symptomdiagnoser – alene er en beskrivelse og kategorisering af symptomer, og som sådan hverken har noget bud på årsagerne bag forstyrrelserne eller nogen forklaringskraft, underkender jeg ikke, at børn med diagnosen kan have endog meget alvorlige vanskeligheder, som kan ramme både kognition, følelsesliv og social funktionsmåde. Og der er også grunde til, at barnet har udviklet disse funktionsmåder. Men der kan være flere forskellige årsager til at børn udvikler de adfærdsmåder, som samles i ADHD diagnosen.

Med opgivelse af ætiologitænkning bag diagnoserne blev det præciseret, at diagnosesystemet alene er et kategoriseringssystem. Diagnoserne i DSM systemet er kategoriseringer af konstellationer af symptomer, som er besluttet efter diskussioner og afstemning blandt psykiatere i den amerikanske psykiaterforening, og ændringer i DSM systemet besluttet på samme måde. Eksisterende diagnoser får ændret kriterierne, nye diagnoser skabes mens andre fjernes, når der er flertal for det.

Da diagnoserne er en del af den samfundsmæssige kontekst, foretages ændringerne i diagnosesystemerne i takt med holdningsændringer i samfundet af, hvad der er problematisk, sygt, usundt/ forkert. Eksempelvis var homoseksuelitet en psykiatrisk diagnose i DSM-II i perioden 1968-1973.

Gennem mange årtier er der sket en voldsom udvikling i antallet af diagnoser. Der konstrueres hele tiden nye diagnoser fra en version af diagnosesystemet til den næste. I DSM-II var der således 112 psykiske forstyrrelser, mens der i DSM-IV, som udkom 42 år senere, var 374 psykiske forstyrrelser.

Også det faktum, at der findes to forskellige diagnosesystemer, der jævnligt revideres, er et udtryk for, at der er tale om kulturafhængige, socialt konstruerede kategorier, som bygger på foranderlige værdier.

Ret beset er det vilkårligt, hvilke reaktioner (eller symptomer) den amerikanske psykiaterforening hhv. WHO har valgt at koble sammen til en diagnose, og i hvilket omfang symptomerne skal vise sig for at diagnosen udløses. Man kan således undre sig over, at psykiaterne har valgt at konstruere en diagnose (ADHD), hvor impulsivitet kobles sammen med opmærksomhedsforstyrrelser og forstyrrelser i aktivitet. Impulsivitet forbindes nemlig ofte med en manglende affektregulerings-evne hos børn, som kan hænge sammen med relationsforstyrrelser, der er udviklet på baggrund af manglende følelsesmæssig afstemning og svigt i børns tidlige opvækst (Fonagy m.fl. 2006). Hvis psykiaterne havde valgt at tage impulsivitet ud af diagnosen, ville der være en mere klar differentiering

mellem opmærksomhedsforstyrrelser og diagnoser, der er relateret til relationsforstyrrelser og sociale emotionelle vanskeligheder.

Paradigmer i diagnosetænkningen

Da de nuværende diagnosesystemer er "ateoretiske" kategoriseringer af symptomer og ikke bygger på ætiologiske teorier, rettes diagnoser som ADHD ikke mod en sygdom, men mod en kombination af iagttagelige funktionsmåder.

Spørgsmålet er så, om det essentialistiske paradigme, som den gamle ætiologiske forståelse af diagnoser byggede på, er blevet forladt i den kliniske praksis og afløst af et paradigme, der er i overensstemmelse med de nuværende symptomdiagnosesystemer. En sammenhæng mellem symptomdiagnosetænkning og diagnosticeringen i den kliniske praksis forudsætter, at den kliniske praksis bygger på en forståelse af, at diagnoser nu er (socialt konstruerede) kategoriseringer af adfærd.

Måske skal det her præciseres yderligere, at det socialt konstruerede består i, at psykiatere har konstrueret kategorier (diagnoser), som består af en sammenkobling af bestemte adfærdsformer, som kan iagttages. Det er således kategorierne (diagnoserne), som omtales som socialt konstruerede og ikke den iagttagelige adfærd (symptomerne).

I det følgende afsnit vil jeg sammenfatte en række karakteristiske træk ved forskellige konkurrerende paradigmer bag diagnosetænkningen og præsentere et alternativt relationelt og socialkonstruktionistisk paradigme, der mere adækvat kan understøtte de meget aktuelle bestræbelser i dagtilbud

og skoler på at flytte fokus fra diagnosetænkning til muligheder for at udvikle mere inkluderende børnefællesskaber.

Det essentialistiske paradigme:

Ud fra det essentialistiske paradigme forstås en børnepsykiatrisk diagnose som en betegnelse for en sygdom. Der ligger en bestemt årsag bag sygdommen – f.eks. en genetisk skrøbelighed og/eller en skade eller dysfunktion i hjernen. Da årsagen til symptomerne er i det enkelte barn, er det også det enkelte barn, der undersøges i den kliniske praksis, og undersøgelsen kan af samme grund også foretages uafhængigt af den kontekst, symptomerne viser sig i. Psykiateren fokuserer på de fejl og mangler, som er kernesymptomer i diagnoser. Det, der er ved siden af kernesymptomerne, er ikke relevant for diagnoserne, med mindre det er andre fejl og mangler, som indgår i andre diagnoser. Barnets styrkesider, potentialer og beskyttende faktorer er ikke relevante for diagnosticering. Behandling består i – så vidt det er muligt – at kompensere for eller at rette op på det, der er forkert eller mangler. Det kunne være medicin, hvori det aktive stof ligner eller kompenserer for stoffer i hjernen, som hjernen ikke selv producerer i tilstrækkeligt omfang. Det kunne også være medicin, der blot reducerer symptomerne, eller det kunne være ikke-medicinske interventioner, der kompenserer for funktionsnedsættelserne.

Det positivistiske paradigme

De nuværende såkaldte "teorineutrale" symptomdiagnoser fokuserer, ligesom

det var tilfældet med ætiologisk diagnosticering, alene på det enkelte barn, og det er kun de fejl og mangler, som skal kunne påvises i det enkelte barns adfærd, for at det kan få en eller flere diagnoser, der er relevante. Man har eksplicit forladt teorier som psykoanalysen og neuropsykologi som grundlag for diagnoserne. Det er alene en kategorisering af det iagttagelige, adfærd, som nu er grundlaget for diagnosen. Barnets udviklingshistorie og udviklingsbetingelser har således ingen betydning for diagnosticeringen. Børnepsykiatriske udredningerne kan derfor fortsat foretages i klinikken uden for den kontekst, barnets vanskeligheder viser sig i. Diagnosticeringen sker ud fra en forestilling om, at den enkelte psykiaters undersøgelse er objektiv, og at det derfor er ligegyldigt, hvilken psykiater, der foretager undersøgelsen. Men logikken i diagnosesystemet er også, at diagnosen er et udtryk for et øjebliksbillede – det man kan iagttage netop nu. Dvs. at diagnosen forsvinder, såfremt symptomerne forsvinder.

Selvom det positivistiske paradigme er grundlaget for forståelsen af de nuværende psykiatriske diagnoser, stiller mange psykiatere krav til en god børnepsykiatrisk udredning, der er langt mere omfattende, end hvad der kræves for at kunne stille diagnosen. En god psykiatrisk udredning indbefatter således for mange psykiatere også en inddragelse af forhold, som ikke kan iagttages, og som derfor rækker ud over det positivistiske paradigme. Det kunne være såvel barnets ressourcer som potentielle muligheder i barnets miljø, der medtænkes. Også anamnesticke oplysninger, der kan være med til at

bringe lys over barnets udviklingshistorie, anses som relevante – ikke for at kunne diagnosticere – men for at kunne forstå barnets subjektive grunde til at reagere, som det gør, og for derigennem også at kunne finde relevante måder at understøtte barnets udvikling på. Nogle børnepsykiatere tilbyder endvidere observationer af børn i de kontekster barnet indgår i og inddrager sådanne observationer i grundlaget for rådgivning af forældre og af de professionelle omkring barnet.

Potentialet i en relationel forståelse af børn i vanskeligheder

Nietzsches præcisering af, at enhver observation er foretaget af en observatør, og at vi altid observerer fra en bestemt position (ikke kun en fysisk position, men også vores historie, intentioner, forventninger mm har betydning for, hvad vi ser, når vi observerer), er en påmindelse om, at et universelt perspektiv ikke er muligt. Der findes ikke nogen objektiv vurdering af relationer, og forskellige klinikere vil derfor ikke nødvendigvis nå til samme konklusion, når de udreder et barn.

Da vi møder utallige indtryk, når vi observerer, udvælger vi i enhver situation et fokus, der på en eller anden måde giver mening. Forskellige observatører ser derfor noget forskelligt. Når vi er optaget af diagnoser, kommer vi let til at rette vores opmærksomhed mod de handlinger og reaktioner, der passer ind i mønstret for diagnosen, mens mønstre og kompetencer, der ikke passer ind i diagnosen, let overses. Det er det fænomen, som den franske filosof, Jacques Derrida, omtalte som det fraværende men implicite

(der er noget til stede i situationen, som vi ikke ser, men det eksisterer alligevel). En kategorisering fører således ikke i sig selv til en øget erkendelse, men blot til en anden måde at se og forstå på.

Ud fra en relationel forståelse er et individs handlinger altid kontekstafhængige, og de udvikles og udspilles i sociale relationer. Et barns vanskeligheder kan ikke blot reduceres til noget inde i barnet, da problemer er et forhold mellem barnet og dets omgivelser, og der er mange interdependente faktorer bag et barns reaktioner. Man kunne endvidere vælge at rette fokus mod mange andre reaktionsmåder hos barnet end dem, som ligger inden for diagnosen. Frem for at tænke i diagnoser og individuel behandling, vil man med en socialkonstruktionistisk, relationel forståelse fokusere mere på mange forskellige forståelser af barnets ressourcer og deltagelsesmuligheder i sociale læringsituationer. Hvordan kan man fx møde barnet i de forskellige kontekster, det er en del af, på måder, der fremmer dets udviklingsmuligheder bedst muligt.

I den daglige pædagogiske praksis i dagtilbud og skoler rettes de professionelle opmærksomhed i stadig større omfang mod en relationel forståelse af børn i vanskeligheder. En forståelse af, at det er barnets interaktion med omgivelserne, der er problematisk, vil være et hensigtsmæssigt grundlag at støtte barnets udviklingsmuligheder på, da barnets udvikling derved bliver alle aktørernes ansvar. At flytte fokus fra det individuelle perspektiv og diagnosetænkningen vil også i højere grad passe ind i bestræbelserne på at skabe

mere inkluderende børnefællesskaber, hvor børn oplever at de er en fuldgyltig del af fællesskabet, at de deltager i fællesskabet med de kompetencer, de har, og at de ikke udelukkes tendentielt fra fællesskabet ved at blive kategoriseret efter a priori valgte "symptomer". Diversiteten i børnenes funktionsmåder vil med et sådant paradigme som forståelsesgrundlag i højere grad kunne bruges som en ressource, som en måde at lære af hinanden på.

Hvilke funktioner har børnepsykiatriske diagnoser?

Hvorfor bruge så mange ressourcer på børnepsykiatrisk diagnosticering, kunne man spørge. Er det et udtryk for, at diagnosticering af børn og unge har meget afgørende funktioner? Det vil jeg fokusere på i de følgende afsnit.

Diagnosen som grundlag for forskning

I forskningssammenhæng indsamles typisk informationer og viden om effektiviteten af behandlingsformer. Ofte er det diagnoser, der bruges, når forskerne skal afgrænse den population, som behandlingsformernes effekt undersøges i. Når det gælder ADHD, undersøges effekten af en behandling på det, der er fælles for de mennesker, der har diagnosen, dvs. på kernesymptomerne. De store videnskabelige undersøgelser, der er foretaget på dette område omhandler effektiviteten af centralstimulerende medicin. Og der er fundet en positiv effekt ved brugen af disse medikamenter hos godt 2/3 af populationen. De undersøgelser, der er foretaget af ikke-medicinske interventionsformer på ADHD området konkluderer, at ikke-medicinske interventio-

ner tilsyneladende har ringe effekt på ADHD kernesymptomerne, men større effekt på symptomer fra komorbide forstyrrelser som fx angst, depression, sociale vanskeligheder mm. (Murray 2008). Selvom langt de fleste børn, som diagnosticeres med ADHD, også har komorbide symptomer, og selvom psykoedukation af forældre og andre sociale og pædagogiske interventionsformer synes at forbedre børnenes og familiernes livskvalitet, finder forskningen dem mindre interessante, fordi de ikke omhandler kernesymptomerne.

Det er imidlertid ikke uvæsentligt, at de centralstimulerende medicinpræparater, som anses for at være mest effektive til at reducere kernesymptomerne i ADHD – fx Ritalin, med methylphenidat som det aktive stof og Strattera, med atomoxetin som det aktive stof – både virker funktionsoptimerende på personer med og uden ADHD (Det etiske råd 2010). Da de fleste af os med andre ord vil blive bedre til at fastholde opmærksomheden, hvis vi får centralstimulerende medicin, er der tale om præstationsfremmende midler. Der er dermed også en etisk problematik forbundet med udbredelsen af centralstimulerende medicin med det formål at fremme brugerens præstationer.

Diagnosen som lægens værktøj

Diagnosen er grundlæggende lægens værktøj. Med diagnosen har lægen nogle overordnede retningslinjer for, hvordan patienter med den konstellation af vanskeligheder erfaringsmæssigt kan hjælpes. Det gælder både medicinske og non-medicinske interventionsformer.

Diagnosen som pædagogisk værktøj

Diagnoser bruges også som et pædagogisk værktøj for pædagoger og lærere, idet erfaringer med, hvilke særlige pædagogiske rammer børn med bestemte diagnoser almindeligvis har brug for, kan være retningsgivende for pædagogikken. Diagnoser er imidlertid ikke det mest hensigtsmæssige pædagogiske værktøj i denne henseende, da diagnosen kun beskriver, hvad barnet overordnet har vanskeligt ved inden for kerneområderne. I hvilket omfang barnet har vanskeligheder, i hvilke situationer barnet har det vanskeligst, hvornår det klarer sig bedst, og hvor det har styrkesider, der kan kompensere for nogle af vanskelighederne, fremgår ikke af diagnosen. Pædagogiske funktionsbeskrivelser og funktionsneurologiske udredninger er langt mere anvendelige i en pædagogisk sammenhæng, idet de fortæller langt mere om det konkrete barns vanskeligheder og styrkesider i bestemte kontekster og derfor også kan bruges mere konkret anvisende i forhold til det enkelte barn end diagnoser.

Diagnosen som grundlag for visitation til særlige foranstaltninger

Diagnoser bruges i nogen omfang som grundlag for at vurdere og beslutte, om et barn er berettiget til at få specialpædagogisk bistand efter Folkeskolelovens bestemmelser. Grundlaget for at beslutte, om et barn skal have specialpædagogisk bistand efter Folkeskoleloven, er imidlertid en pædagogisk psykologisk vurdering af det konkrete barns specifikke behov i den pædagogiske kontekst, det er en del af. En beslutning om specialpædagogisk bistand

efter Folkeskoleloven må ikke tages alene på grundlag af en diagnose, da diagnosen er for generel til, at den kan bruges til en konkret vurdering af et givet barns behov. Af Serviceloven fremgår det, at et barn eller dets familie kan få særlig hjælp, hvis barnet har omfattende, varige funktionsnedsættelser. Problemet er så, hvordan en sagsbehandler kan vurdere, om et barn har omfattende, varige funktionsnedsættelser. Sagsbehandleren skal dokumentere sit beslutningsgrundlag, og det sker som oftest på grundlag af andre faggrupperes undersøgelser. Da det lægelige system er den højeste autoritet på sundhedsområdet, og da diagnosen opleves som præcis, fordi alt det komplekse pludselig virker konkret, bliver en diagnose ofte brugt som grundlag for en beslutning, selvom en funktionsundersøgelse ville være langt mere præcis. Det er almindeligt kendt, at nogle børn, som har fået en diagnose, klarer sig fint i de almindelige børnefællesskaber, mens andre med samme diagnose kan have brug for meget omfattende hjælp for at kunne udvikle sig. Derfor er børnepsykiatriske diagnoser ofte et utilstrækkeligt grundlag at træffe beslutninger om special- eller socialpædagogisk bistand på.

Diagnosen som forklaring

Både børn, deres forældre og lærere kan have brug for forklaringer på, hvorfor barnet fx har vanskeligheder med opmærksomhed, aktivitet og impulsivitet. I mange tilfælde bliver både børn, lærere og forældre lettede, når barnet har fået en diagnose, fordi diagnosen opleves som en forklaring på barnets vanskeligheder. Som nævnt

har diagnosen imidlertid ingen forklarende kraft, da barnet ikke har vanskelighederne pga. diagnosen, men har fået diagnosen, på grund af adfærden. Hvis diagnosen forstås som et udtryk for en sygdom eller en mangel i barnet (den gamle ætiologi- og essensforståelse), vil årsag og skyld let blive tillagt barnet. Der er dermed også en risiko for, at omgivelserne undlader at medtænke sig selv som medansvarlige for barnets vanskeligheder.

Diagnosen som identitetsskabende fænomen

Mead (1934), Stern (1994) og flere andre forskere har på overbevisende måde gjort rede for, hvordan børns identitet udvikles gennem sociale relationer. En af pointerne i denne forståelse er, at den måde, vi bliver set på af andre, de historier, der bliver fortalt om os, og de forventninger andre har til os, bliver internaliseret som en del af vores identitet. I dette lys kan diagnosen – med dens fremhævelse af problemer på få kerneområder og dens udeladelse af beskyttende og kompenserende funktionsmåder og kompetencer – som bivirkning få negativ betydning for barnets forståelse af sig selv.

Hvordan kan vi forstå den eksplosive stigning i antallet af børn, som får diagnosen ADHD, og hvordan kan vi forklare den store forskel på prævalensen af diagnosticerede på tværs af regionerne?

Er der sket et indikationsskred? Er praksis for diagnosticering forskellig rundt om i landet? Bruges forskellige metoder til diagnosticering?

Den dominerende forklaring på stigningen i antallet af børn, der får diagnosen ADHD, er blandt hospitalsbørnepsykiatere, at de er blevet dygtigere til at opspore og diagnosticere børn med ADHD og derfor finder flere børn med ADHD. Børnene har hele tiden været der, men er blot ikke blevet fundet tidligere.

En anden udbredt forklaring på stigningen i antallet af børn med ADHD diagnosen er det postmoderne samfunds hastige forandringer. Zygmunt Baumann skriver, at udviklingen sker så hurtigt, at vi ikke kan nå at sætte os ind i det nye, før det næste er introduceret. Man kan forestille sig, at de mere flydende grænser og skærpede krav til den enkelte gør, at flere sårbare børn og unge falder igennem med opmærksomhedsproblemer. Et eksistentielt bud på stigningen i antallet af diagnosticerede børn er, at vi mennesker har brug for at forstå det vanskelige eller smertefulde, og at diagnosen kan være den forklaring, vi har brug for.

Disse forklaringer og mange flere kan give mening og er mulige, men hypotetiske. En forklaring på den voldsomme stigning i antallet af børn og unge, der diagnosticeres som havende ADHD/hhv. hyperkinetisk forstyrrelse, kan imidlertid dokumenteres:

Som det fremgår af ovenstående, revideres de psykiatriske diagnosemanualer jævnlige. Nye diagnoser optages i manualerne andre udgår. Hyppigst foretages ændringer i kriterierne for opfyldelse af diagnoser. Og når kriterierne for en diagnose ændres, ændres også prævalensen af diagnosen.

Over tid er der sket en slækkelse af kriterierne for at blive inkluderet i

ADHD diagnosen i forbindelse med nye versioner af diagnosemanualerne. Og denne udvikling fortsætter. I den nyeste DSM manual, DSM-5, som udkom i maj i år, er aldersgrænsen for, hvornår ADHD symptomerne skal have vist sig, for at man kan få diagnosen, blevet flyttet fra 7 til 13 år. Konsekvensen heraf er, at unge og voksne nu kan få diagnosen, selvom opmærksomhedsforstyrrelserne først er blevet set i præpuberteten. En anden ændring i DSM-5 er, at man nu kan have ADHD i forskellige sværhedsgrader. Begge disse ændringer vil givetvis få afsmittende virkning på ICD-11, som er undervejs.

Vurderingen af om et barn eller en ung opfylder kriterierne for at få en børnepsykiatriske diagnose vil altid være diagnostikerens subjektive skøn. Forskellige psykiatere vil derfor ikke altid nå frem til samme diagnose til det samme barn. En del af forklaringen på de store forskelle i prævalensen i forskellige regioner kan derfor være, at der er forskellige lokale praksisser for, hvor meget der skal til for, at man finder kriterierne for omfanget af kernesymptomerne i ADHD opfyldt. Det er således næppe tilfældet, at man er dygtigere i den ene børnepsykiatriske afdeling end i den anden, fordi de finder flere børn, som får diagnosen, snarere at deres grænser er forskellige.

Behandling af ADHD/ Hyperkinetisk Forstyrrelse

Det er relativt velkendt blandt PPR personale, lærere og pædagoger, at børn med ADHD har brug for og profiterer af at blive undervist i et pædagogisk miljø, som er karakteriseret ved klar struktur, forudsigelighed og tyde-

lige rammer og signaler fra pædagoger og lærere. Det vil jeg ikke gå mere detaljeret ind i her. I stedet for vil jeg rette opmærksomheden mod forskning i medicinsk og ikke-medicinsk intervention på ADHD området.

Murray m. fl. (2008) skriver i deres konklusion i en metaforskningsartikel om multimodal behandling (medicinsk + ikke-medicinsk behandling samtidig) af børn med ADHD, som bygger på 70 forskningsartikler, at en kombination af medicin og adfærdsintervention synes at føre til de største fremskridt i reduktion af symptomer hos skolebørn med ADHD. I det mindste i de første par år. (Der findes ikke longitudinale studier på området).

Flere videnskabelige undersøgelser viser, at medicinsk behandling kan reducere ADHD kernesymptomerne hos børn med ADHD. Der foreligger ikke undersøgelser, der lever op til de sundhedsmedicinske videnskabelige krav om evidens – målt med de dominerende metoder på området som AMSTAR (Shea, B.J. m.fl. 2007) og GRADE (Guyatt G.H. 2010) – der på samme måde dokumenterer effekten af ikke-medicinske interventioner på ADHD- kernesymptomerne. Men her er det vigtigt at være opmærksom på, at psykotera-
peutiske interventioner udgøres af meget komplekse relationer mellem terapeut, klient, metode og kontekst. Derfor er det næppe muligt at designe undersøgelser af effekten af psykotera-
pi, der opfylder de krav om standardisering, randomisering, antal af forsøgsdeltagere, sammenlignelig dosering mm., der kræves af videnskabelig forskning på sundhedsområdet, uden at ødelægge det virksomme i psykotera-

pien. Eksempelvis betragtes faktorer som forventninger, forældres positive vurderinger af effekten af deres barns terapi og omgivelsernes opbakning, som støj eller bias i sundhedsvidenskabelige undersøgelser, mens de opfattes som ønskelige og virksomme faktorer i megen psykotera-
peutisk praksis. Det er også åbenlyst, at det er umuligt overhovedet at foretage dobbelt blindtests af børn i psykotera-
pi, da børnene jo ikke kan undgå at vide, at de er i psykotera-
pi.

Selvom der tilsyneladende ikke findes sundhedsvidenskabelig evidens for effekten af ikke-medicinske interventioner i forhold til kernesymptomerne i ADHD, er der mange gode grunde til fortsat at tilbyde sådanne interventioner. F.eks. viser undersøgelser (Murray m.fl. 2008), at langt de fleste børn med ADHD også har vanskeligheder, der rækker ud over kernesymptomerne, og at sådanne vanskeligheder – angst, depression, sociale vanskeligheder mm – kan reduceres gennem ikke-medicinsk intervention. Derfor giver det god mening at tilbyde psykotera-
pi og andre ikke-medicinske interventioner til børn med ADHD, hvis man fokuserer på børnenes og deres forældres hele livskvalitet og ikke blot snævert på omfanget af kernesymptomerne.

Ifølge Murray (Murray m.fl. 2008) har også socioøkonomisk baggrund betydning for, i hvor høj grad fx adfærdsinterventioner har effekt. Undersøgelser viser, at børn med en svag socioøkonomisk baggrund profiterer mindre af adfærdsinterventioner end andre børn, når det gælder kernesymptomerne i ADHD. Derimod profiterer børn med en svag socioøkonomisk baggrund

mere af adfærdsinterventioner end andre børn, når det gælder sociale vanskeligheder. En vigtig forudsætning er dog i alle tilfælde, at børnenes forældre samarbejder med terapeuterne. Undersøgelser viser også (ibid.), at de børn, som er hårdest ramt af ADHD symptomerne og alvorlig komorbiditet – som psykoselignende reaktioner – profiterer mindst af såvel medicinsk som ikke-medicinsk og multimodal intervention.

Murray et. al. betoner, at medicineringen kan sættes ned, hvis den kombineres med adfærdsintervention. Det betyder også, at bivirkninger for børn ved brug af centralt stimulerende medicin inden puberteten, kan reduceres. (Den væsentligste bivirkning, der nævnes ved brug af Ritalin, er væksthæmning i et omfang af i gennemsnit en cm om året i de første par år).

Det er vanskeligt at sammenligne resultater fra medicinske og ikke-medicinske interventioner. Når man vil foretage en sundhedsvidenskabelig undersøgelse af effekten af fx psykoterapi eller af forskellige former for adfærdsintervention, forsøger man at undersøge den terapeutiske metode på samme måde, som man forsøger at isolere det virksomme stof i en tablet. Når det gælder psykoterapi og andre sociale interventionsformer, er det imidlertid ikke muligt at isolere metoden som sådan. Det vil altid være relationen mellem terapeut, metode og klient, man undersøger. Mange forskningsprojekter viser, at det er de såkaldte non-specifikke faktorer i psykoterapi, dvs. faktorer, som findes i al god psykoterapi uanset metoden, der skaber størstedelen af terapiens effekt (f.eks. M.

Hubble, L. Duncan and S. Miller 1999). De non-specifikke faktorer er bl.a. at terapeuten er veluddannet i psykoterapi, terapeutens måde at forstå og at bruge sin metode på, klientens parathed til forandring, relationen mellem terapeut og klient mm. Når nogle undersøgelser viser god effekt af sociale eller terapeutiske interventionsformer og andre ikke gør, handler det således om forskellige samspil af et utal af forhold. Der er nok ikke tale om, at nogle forskere har ret i at psykoterapeutisk behandling virker og andre har uret, men snarere at terapeutiske relationer er for komplicerede til, at det er muligt at standardisere dem og at nå samme resultat. Det hjælper ikke, at man standardiserer metoder for at undersøge effekten, når det trods alt er forskellige klienter og forskellige terapeuter, som agerer, og når klienter har brug for noget forskelligt for at udvikle sig. Hvis man skal opnå effekt gælder det om at nå barnet i dets nærmeste udviklingszone og at rette fokus mod det, som giver mening for barnet. Det kan være vanskeligt, hvis man også skal følge en manual, der er rettet mod kernesymptomerne i ADHD.

Selvom det fremgår af Murray m.fl. (2008), at medicinske effekt er blevet undersøgt isoleret, viser det sig, når man nærlæser undersøgelseerne, at den medicinske effekt netop ikke undersøges isoleret. Dels følger en læge barnets medicinering på opfølgende møder, hvor der tales om regulering, effekt mm, dels fratager man ikke barnet den støtte, det i øvrigt modtager fx i dagtilbud eller skole.

Medicinsk behandling af ADHD er i perioder meget omdiskuteret. Medicin

er tilsyneladende en simpel løsning på et komplekst problem. I det mindste på kort sigt. Vi kender ikke effekten på længere sigt, bortset fra at den ifølge Swanssons undersøgelse fra 1999 (her efter Psykolog nyt 2010, 6) tilsyneladende er aftagende med tiden. Men når vi vælger medicin, definerer vi også implicit ADHD adfærden som et udtryk for sygdom.

Selvom der ikke synes at være overbevisende videnskabelig dokumentation for effekt af psykoedukation til forældre, psykologisk intervention i skoleklasser, familierapi, struktureret undervisning mm, har mange psykologer positive erfaringer med sådanne tiltag. Om det er ADHD kernesymptomerne der reduceres, eller om livskvaliteten forbedres for børn med ADHD og deres familier, fordi noget andet bliver bedre, er måske ikke så afgørende for børnene og familierne.

I hvor høj grad der skal anvendes medicinsk intervention eller non-medicinsk intervention er dybest set et spørgsmål om valg af paradigme. Taler vi primært om individers sygdom, er det nærliggende at satse på forskellige kompenserende strategier som fx medicinering. Hvis vi derimod vælger at tage afsæt i nyere teorier om hjernens plasticitet og fokuserer på ADHD som vanskeligheder, der udspilles, vedligeholdes og kan ændres i sociale sammenhænge, er det oplagt i højere grad at satse på at skabe situationer, hvor barnet kan lære at blive bedre til at kontrollere sine impulser og videreudvikle de eksekutive funktioner. Og så må vi ikke glemme, at meget fokus på kompenserende indsatser kan være

med til at kvæle udviklingsmulighederne.

En ting kan dog slås fast: ADHD diagnosen er en social konstruktion, som ændres i takt med ændringerne i vores kultur.

Litteratur

- American Psychiatric Association (APA) (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Barkley R.A. (2006): Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. Guilford Press. N.Y.
- Clements, SD. et. al. (1966): Minimal Brain Dysfunktion, NINOD Monograph No3, Washington.
- Fonagy P, Schore A, Stern D (2006): Affektregulering I udvikling og psykoterapi. Hans Reitzels Forlag.
- Gillberg. L.C. (1981): Neuropsychiatric aspects of perceptual motor and attentional deficit in seven-year old Swedish children. Acta Universitatis Upsaliensis, No 408.
- Guyatt, G.H. m.fl. (2010): GRADE guidelines. A new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. Dec. 2010.
- Hubble M, Duncan L & Miller S. (1999): The Heart & Soul of Change: What works in Therapy. American Psychological Association XXIV.
- Mead, G.H. (1934): Mind, Self, and Society. University of Chicago Press.
- Medicinsk optimering – etiske overvejelser og anbefalinger (2010). Det Ethiske Råd.
- Murray, D.W. et al (2008): A Clinical Review of Outcomes of the Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (MTA). Current Psychiatry Reports, 10: 424-431. USA
- Psykolognyt 2010, 6.
- Shea, B.J. m.fl. (2007): Development of AMSTAR, BMC, Medical Research Methodology.
- Stern, D. (1994): Barnets interpersonelle univers. Hans Reitzels Forlag, København,
- WHO ICD-10 (1994). Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. København Munksgaard.

Udvikling i antal af børn i eller med vanskeligheder



Antallet af børn med psykiatriske diagnoser er i støt stigning. Af forskellige årsager, som denne artikel vil afdække, er det ingen enkel sag at opgøre antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser. Det er imidlertid muligt, og måske mere interessant, at estimere antallet af børn i eller med vanskeligheder. Denne artikel vil fremlægge en forskningsoversigt over screeningsstudier, som anslår prævalensen for antallet af småbørn og skolebørn med særlige behov. Formålet med en forskningsoversigt (ofte kaldet en 'state of the art') er at opsummere forskningen indenfor et snævret felt. I denne artikel er formålet at opsummere den del af forskningen, der beskæftiger sig med at foretage omfattende kvantitative undersøgelser, som kan estimere antallet af børn i eller med vanskeligheder af psykosocial karakter. Da denne forskning er af kvantitativ karakter, tilbyder den ingen forklaringsramme eller giver handleanvisninger. I artiklens sidste del vil der derfor blive diskuteret hvorfor disse resultater er relevante for den pædagogisk psykologiske praksis, og hvilken betydning en eventuel stigning i antallet af børn med særlige behov vil have for det pædagogisk-didaktiske arbejde i skoler og i dagtilbud i årene fremover.

Af Tine Basse Fisker

Denne artikel fremlægger nogle af resultaterne fra et forskningsprojekt udført for BUPL med det formål at øge vores viden om diagnoser, herunder antallet af børn i eller med vanskeligheder (Fisker & Rasch 2012). For BUPL er det væsentligt at være orienteret om udviklingen på området, fordi børn med diagnoser fylder stadig mere i den pædagogiske praksis, og fordi et overblik og en pejling på den fremtidige udvikling er et væsentlig redskab i arbejdet med at udvikle og planlægge den fremtidige pædagogiske praksis¹.

At antallet af børn med psykiatriske diagnoser, både i danske og i internationale sammenhænge, er stærkt stignende, hersker der ingen tvivl om. Der er heller ikke tvivl om, hvilke diagnoser der er i stærkest stigning, nemlig ADHD og autismespektrum forstyrrelser. Derimod hersker der stor uenighed om, hvor stor denne stigning egentlig er, og der hersker stor uenighed om, hvor høj forekomsten af de forskellige diagnoser er i dag. Samtidig er der en verserende international debat om årsagerne til de stigninger, vi ser i disse år (se fx Brinkmann 2011, Shattuck 2006, Polanczyk et al. 2007, Göttsche 2013).

¹ For den samlede rapport, som denne artikel refererer en del af, se: Fisker 2012c. For download se: www.bassefisker.dk

En særlig udfordring for opgørelser over antallet af børn med psykiske forstyrrelser er småbørnsområdet, idet kun ganske få forskere indtil nu har arbejdet med diagnosticering af spæd- og småbørn. Indtil for relativt få år siden var diagnosticering af små børn et ganske kontroversielt emne, men nyere undersøgelser peger på, at det er muligt at foretage diagnostiske undersøgelser i en meget tidlig alder (Egger & Angold 2006).

Internationalt set findes der langt flere undersøgelser af børn fra 5 år og op, end af børn under 5 år, og det er derfor nødvendigt at gå til screeningsundersøgelser, hvis man ønsker et estimat for hvor mange børn, der er i eller har vanskeligheder.

Både internationalt og nationalt findes der interessante screeningsundersøgelser, som søger at estimere antallet af børn i eller med vanskeligheder. Denne artikel skal særligt se nærmere på to danske undersøgelser.

– **CCC2000** er en dansk undersøgelse, som inkluderer 6090 børn født i år 2000 (9 % af alle børn født i Danmark i 2000). Denne undersøgelse screener børnene for forskellige psykiske helbredsproblemer (undersøgelsens terminologi), og styrken i denne undersøgelse er, at det ikke udelukkende er henviste børn, der undersøges, men en hel population. Børnene er blevet fulgt tæt med undersøgelser i alderen 0-10 mdr., ved 1½ år, i 5-7 og i 11-12 års alderen. Undersøgelsen sammenligner endvidere hele populationen med en gruppe børn, som er blevet henvist til børnepsykiatrisk udredning i en me-

get tidlig alder (1½ år) (www.ccc2000.dk).

– **Internationale** undersøgelser kan sige noget om, hvorvidt de danske undersøgelser tegner et billede af antallet af børn med psykiske forstyrrelser, som kan sammenlignes internationalt. Her er nordiske studier af særlig interesse, fordi vi på mange andre parametre kan sammenligne os med nordiske lande.

Mørketal

Når man må gå til screeningsundersøgelser for at få et overblik over antallet af børn med særlige behov, er det fordi man ikke blot kan foretage en summarisk optælling af antal af diagnoser. Det er der flere årsager til, og en af dem er at vi faktisk slet ikke har en samlet opgørelse over antallet af børn, der har en diagnose i Danmark. Der findes et stort mørketal på dette område.

En anden årsag er, at det at stille en psykiatrisk diagnose ikke en eksakt videnskab, forstået på den måde, at der hører en del skøn med til det at stille en psykiatrisk diagnose. Der kan være forskellige tolkninger af diagnosemanualer, og der kan være forskellige procedurer og traditioner på de forskellige børne-ungepsykiatriske afdelinger. Der har derfor gennem årene været sat spørgsmålstegn ved validiteten af diagnoserne (Mors 2013).

Desuden er der et uklart felt mellem diagnosticerede børn og ikke-diagnosticerede børn. Mange faktorer spiller ind, i forhold til om et barn sendes til psykiatrisk udredning, bl.a. familiens ressourcer, pædagogers og læreres

kompetencer til at håndtere børn med anderledes adfærd, barnets personlighed, organiseringen af kommunale støtteordninger m.m. Når vi taler om 'gråzonebørn', dvs. børn i den såkaldte mere velfungerende ende af et adfærdsmæssigt spektrum, kan to børn f.eks. have samme adfærdsmæssige profil, og den ene får en diagnose, den anden gør ikke. I det ene barns forskellige miljøer (skole, hjem, fritidshjem) kan der være ressourcer og kompetencer til at arbejde udviklende og støtten- de med barnet, og i det andet barns miljø er disse ressourcer og kompetencer ikke til stede, hvorved barnets adfærd opfattes som så problematisk, at en psykiatrisk udredning bliver svaret på den afmagt, forældre og professionelle føler (Larsen 2011).

Når der i pædagogiske sammenhænge (i de enkelte dagtilbud) tales om "børn i vanskeligheder", er der i praksis tale om:

- børn med diagnoser, der er stillet i officielt regi på en børne- og unge-psykiatrisk afdeling
- børn med diagnoser, som er stillet hos en privat praktiserende psykiater, og
- problembeskrivelser (ofte kaldet PPV: pædagogisk-psykologisk vurdering), som er foretaget af f.eks. en psykolog hos PPR i barnets kommune.

Det skal understreges at PPV'erne IKKE er diagnoser. Alligevel viser det sig i undertegnede's forsknings- og evalueringsprojekter at dagtilbudspersonalet ofte 'oversætter' PPV'en i diagnostiske termer (Fisker & Rasch 2012). I en institution, som havde flere børn

med PPV'er, men ingen børn med diagnoser, lød svaret på et spørgsmål om børn med diagnoser sådan her: "Nej, vi har ingen diagnoser i børnehaven lige nu. Men vi stiller dem jo selv" (Fisker 2014).

Der er forskellige veje at gå, når et barns adfærd vækker bekymring hos forældre og pædagoger. Man kan henvende sig til egen læge eller til PPR. Fra PPR kan der udarbejdes en PPV, som i flere og flere kommuner er tilstrækkelig til at udløse ekstra ressourcer (Fisker 2012). Men der kan også henvises til en psykiatrisk udredning.

Diagnoser stillet i offentligt regi registreres altid i Landspatientregistret og Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

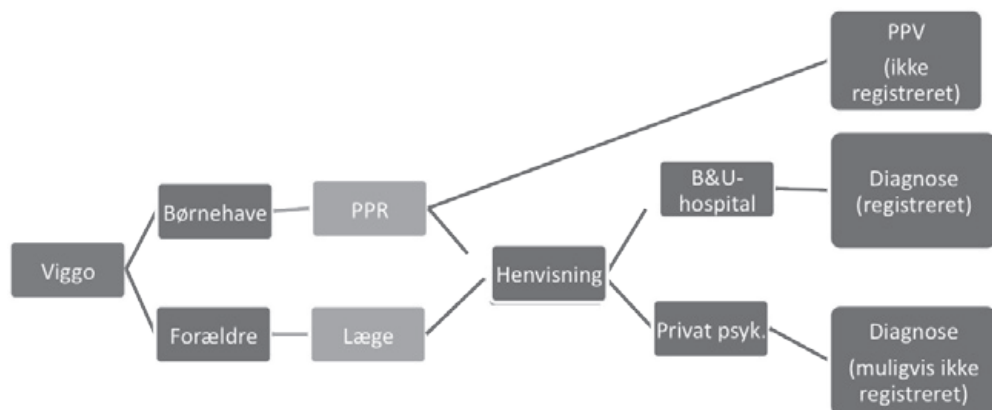
Diagnoser stillet hos privatpraktiserende psykiater registreres, hvis patienten opsøger psykiateren som følge af det frie sygehusvalg, dvs. i det tilfælde hvor psykiateren fungerer som hospitalsafdeling.

Diagnoser stillet hos privatpraktiserende psykiater, hvor patienten enten er privat eller kommer via forsikrings-selskabet, registreres ikke.

PPV'erne registreres ikke i noget centralt register og kan således ikke finde vej til de officielle statistikker.

Vi har derfor kun tal på en del af de børn, der har psykiske vanskeligheder, og det kan med sikkerhed siges, at vi har et mørketal i forhold til børn i vanskeligheder, og at vi ikke aner, hvor stort dette tal er.

Af denne grund er screeningsundersøgelser interessante, fordi de giver os en nogenlunde sikker måde at estimate antallet af børn i forskellige typer af vanskeligheder på.



Vanskeligheder ved diagnosticering i tidlig alder

I ganske mange år har der været foretaget epidemiologiske undersøgelser af skolebørn med det formål at afdække forekomsten af psykiatiske forstyrrelser i en befolkningsgruppe. Men på småbørnsområdet har der hidtil kun været meget få undersøgelser (som fx Carter et al. 2004; Egger & Angold 2006; Skovgaard et al. 2008).

Indtil slutningen af 1990'erne var det kontroversielt at diskutere psykisk sygdom og psykopatologi for børn under 2-3 år, og psykiske problemer hos små børn blev oftest behandlet som psykosociale problematikker hos f.eks. børn af psykisk syge mødre (Landorph og Skovgaard 2008). I midten af 1990'erne påpegedes det imidlertid i *Handbook of Infant Mental Health* (1993), at det var nødvendigt at anerkende eksistensen af psykiske vanskeligheder hos spæd- og småbørn, fordi manglende erkendelse af problemerne førte til, at mange små børn ikke fik tilbudt relevant hjælp (Zeanah et al

1997). Når vi i dag i den pædagogiske praksis mange steder er optaget af tidlig indsats, kan interessen herfor således spores tilbage til midten af 1990'erne, hvor man fik øjnene op for betydningen af at sætte ind tidligt i forhold til børnenes udvikling.

Siden ca. 2004 er internationale studier imidlertid dukket op i forskningslitteraturen, hvor man har appliceret systematiske, standardiserede målingsstrategier til småbørn. Årsagerne til manglen på studier af småbørn er både teoretiske og metodiske.

Metodisk er undersøgelser af småbørn problematiske, fordi man skal finde måder at måle psykiske problemer på, som er udviklingssensitive. Der skal i måleinstrumenterne være taget højde for barnets alder, for barnets udvikling, for at børn udvikler sig forskelligt og i de tidlige år særdeles hurtigt. Der kan være meget stor forskel på, hvad børn kan med få måneders mellemrum i en periode af deres liv med meget hurtig kognitiv, social, adfærdsmæssig og emotionel udvikling. Der

skal tages højde for individuelle forskelle, temperamentsforskelle og klinisk signifikante emotionelle og adfærdsmæssige symptomer.

Det er blevet problematiseret, at de diagnostiske manualer DSM og ICD ikke tager højde for udviklingsmæssig variation, og der har været (og er) bekymring for, at småbørn skal blive forsynet med en diagnose, som vil forme barnets egen selvforståelse og forældrenes forståelse af barnet, og dermed påvirke udviklingen. Samtidig er der som bekendt kontinuerlige diskussioner om, hvorvidt problematisk adfærd hos små børn er lokaliseret 'i barnet' eller i det psykosociale miljø, dvs. i relationen til forældrene og andre omsorgsgivere.

Tilsvarende bekymringer blev diskuteret i 1970'erne, da forskere begyndte at undersøge skolebørn for psykiatriske forstyrrelser. Arbejdet med dette område har imidlertid ført til omfattende udvikling af valide målemetoder, som inddrager fysiologiske, neurale, genetiske og miljømæssige faktorer i forhold til forstyrrelserne, og det har været muligt at udvikle behandlingsmetoder, som tager højde for disse faktorer. Et eksempel er depression, som i 1960'erne blev afvist at eksistere hos skolebørn. Her er der nu udviklet undersøgelsesmetoder, og der er udviklet både medicinske og kognitive-adfærdshandlinger, som har effekt (Egger & Angold 2006).

Psykiske forstyrrelser hos småbørn

I internationale sammenhænge er der som nævnt ovenfor kun publiceret få forskningsstudier som beskæftiger sig med småbørn og psykiske forstyrrelser.

Men de studier, der findes, viser en relativt høj forekomst af psykiske forstyrrelser hos små børn mellem 2-5 år (Egger & Angold 2006).

De symptomer, der er blevet screenet for i 4 forskellige studier (i alt 1021 børn, 2-5 år) (Angold & Egger 2007, Lavigne et al 1996, Keenan et al 1997, Keenan & Wakschlag 2000, Earls 1980), er:

- ADHD
- ODD (oppositional defiant disorder)
- CD (conduct disorder/adfærdsförstyrrelse)
- depression
- SAD (separation anxiety disorder)
- GAD (generalized anxiety disorder)
- social fobi
- specifik fobi
- PTSD (post traumatisk stress disorder).

Derimod er

- GUU/GUA (uspecificeret og anden gennemgribende udviklingsforstyrrelse)
- ASF (autisme spektrum forstyrrelse) **ikke** inkluderet i disse studier.

For de nævnte diagnoser viser studierne, at mellem 14-26,4 % af børnene har en eller flere psykiske forstyrrelser. Af disse er adfærdsförstyrrelser (ADHD, ODD og CD) de hyppigste, og beregnes til at udgøre 6-18,8 %, mens angst i et enkelt studie ligeledes forekommer hyppigt: 6,5 % (Angold & Egger 2007).

Det konstateres, at disse tal er ret stabile op gennem opvæksten – ikke sådan at forstå, at det er de samme forstyrrelser, der går igen, men at den samlede sum af psykiske forstyrrelser er ret konstant. Lidelser som SAD, CD

og ODD falder således i hyppighed med alderen, mens angst, depression og fobier stiger. Særligt er det værd at bemærke, at Angold & Egger påpeger, at ADHD-symptomerne ser ud til at være konstant forekommende hos 2-5 årige, 5-17 årige og voksne.

For at finde forekomst af ASF og GUA/GUU skal der kikkedes på andre studier, og for disse forstyrrelser er der meget forskellige prævalenstal. En af årsagerne til de meget forskellige tal er forskellige diagnosticeringstraditioner og forskellige diagnosemanualer. Prævalensen for denne gruppe svinger i de forskellige undersøgelser fra 10 til 110 pr. 10.000, men generelt ses en stigende tendens i de publicerede studier over årene (Volkmar et al. 2004, Matson & Kozlowski 2011).

Tidlig diagnosticering

På dansk grund ser vi et enestående epidemiologisk studie af en årgang af børn født i 2000: Copenhagen Child Cohort 2000 også kaldet CCC2000 (www.ccc2000.dk). I studiet indgår 6090 børn, hvilket er 9 % af en årgang. I Danmark har vi, pga. CPR-registret gode forudsætninger for at foretage omfattende kohorte undersøgelser. Den særlige styrke i denne kohorte undersøgelse er, at den gør det muligt dels at undersøge en generel befolkningsgruppe, og dels at sammenligne med en gruppe af børn, som meget tidligt er blevet henvist til behandling på en børnepsykiatrisk afdeling. Det bliver herfra muligt at udlede en række risikofaktorer i forhold til udvikling af psykiske forstyrrelser.

CCC2000 har affødt en række understudier, som er interessante i denne forbindelse. I studiet CC 1½ konkluderes det således, at det er muligt at diagnosticere mange børn, allerede når de er 1½ år, og studiet finder, at 18,4 % af børnene på 1½ år har symptomer på en eller flere ICD-10 diagnoser for psykiske helbredsproblemer (Landorff & Skovgaard 2008, Skovgaard et al. 2008).

De undersøgte forstyrrelser inkluderer: psykisk udviklingsforstyrrelse, hyperaktivitet/opmærksomhedsforstyrrelser, adfærds- og emotionelle forstyrrelser, tilknytningsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, søvnforstyrrelser, tilpasningsforstyrrelser.

Undersøgelsen peger på en række risikofaktorer, som giver nogle børn en særlig høj risikoprofil i forhold til at udvikle psykiske forstyrrelser. Blandt risikofaktorerne er såvel biologiske som psykosociale faktorer.

De biologiske faktorer er: lav fødselsvægt (<2500 g), fødselskomplikationer, præmaturitet (GA < 37 uger), som gav øget risiko for neuro-udviklingsforstyrrelse (inkl. mental retardering, autis-melignende tilstande og ADHD).

Psykosociale risikofaktorer: psykisk sygdom hos forældre, arbejdsløshed, ingen/lav uddannelse, forældrekonflikter, uønsket graviditet. Dette var især associeret med emotionelle, adfærdsmæssige, spis- og søvnforstyrrelser.

For de små børn viser de danske og de internationale studier således:

Studier	Procent med psykiske risikoprofiler eller forstyrrelser
Internationale småbørnsstudier ²	14–26,4 %
CC 1½ ³	18,4 %

Sammenligning med børn i alderen 5-7 år og 8-9 år

Årgang 2000 er blevet fulgt videre af forskerne bag CCC2000 kohorteundersøgelsen (Elberling et al. 2010) og i en undersøgelse foretaget i 5-7 års alderen blandt 3501 børn fandt man, at:

- 5 % havde mentale problemer, mens
- 14,7 % blev klassificeret som havende risikoprofiler.

Når disse tal er så anderledes end de tal, der fremkom ved undersøgelsen af børn på 1½ år, kan det tilskrives det metodisk vanskelige i at vurdere ganske små børn, og at det for de små børn snarere er muligt at vurdere risikoprofiler end egentlige diagnoser. Børnene er i en intensiv udviklingsperiode, og det vil være ganske vanskeligt at forudsige, hvordan forskellige psykiske vanskeligheder udvikler sig de kommende år. Nogle vil så at sige vokse sig fra den bekymrende adfærd, mens andres (oplevede) symptomer øges.

Det særligt interessante i denne sammenhæng ved undersøgelsen af de **5-7-årige** er, at det her metodisk er

2 Carter et al. 2004, Egger & Angold 2006, Keenan & Wakschlag 2000, Keenan et al. 1997, Heiervang et al 2008, Angold & Egger 2007, Earls 1980.

3 Landorph & Skovgaard 2008, Skovgaard et al. 2008.

muligt at finde ud af, hvordan henholdsvis forældrene og pædagogerne vurderer børnene. Og her fremkommer nogle interessante forskelle. Målt for 2442 børn vurderer

- **Forældre**, at 3,6 % af børnene har abnormal score
- **Pædagoger**, at 5,9 % af børnene har abnormal score

På alle parametre rapporterer pædagogerne om større problemer end forældrene, med undtagelse af emotionelle problemer og problemer med venner. Dette er jo en ganske iøjnefaldende og interessant pointe, men i artiklen uddybes besvarelsenerne ikke, og der gætte Elberling et al. desværre ikke på, hvorfor denne forskel opstår. Det ville derfor være ganske interessant i et pædagogisk handleorienteret perspektiv at følge denne undersøgelse op med en kvalitativ undersøgelse, som kunne afdekke komplekse sammenhænge og årsagsforklaringer.

De tal, som dette studie kommer frem til (5 % har mentale helbredsproblemer), svarer til de resultater, man har fået i studier i øvrige nordiske lande (Heiervang et al. 2008, Obel et al. 2004, Heiervang et al. 2007), hvorimod studier i andre europæiske lande finder højere prævalensopgørelser (fra 6,3 % til 9,8 %) (Kaptein et al. 2008, Ravens-Sieberer et al. 2008, Shojaei et al. 2008).

Særligt i forhold til hyperaktivitet og uopmærksomhed var der ganske stor forskel på danske og internationale studier. I dette danske studie er andelen af børn med abnormale symptomer 5,6 % (forældre rapporter) til 9,0 % (pædagog rapporter), mens de tilsva-

rende tal i England viste 16 % (forældre rapporter) til 13,8 % (pædagog rapporter) (Goodman et al. 2000).

For børn i **8-9 års alderen** har vi et andet interessant dansk studie, som inkluderer 373 børn født i 1991 (Petersen et al. 2006). Både børn i almene skoler og i specialskoler er inkluderet i studiet, mens børn i særlige klasser for børn med dansk som andetsprog er ekskluderet fra studier, da sprogvan-skeligheder kan give bias i undersøgelsen.

Undersøgelsen konkluderer, at 11,8 % af børnene har psykiske forstyrrelser (dobbelt så mange drenge som piger). Af disse er den hyppigst forekommende diagnose ADHD, som 6,4 % af samtlige børn viser symptomer på.

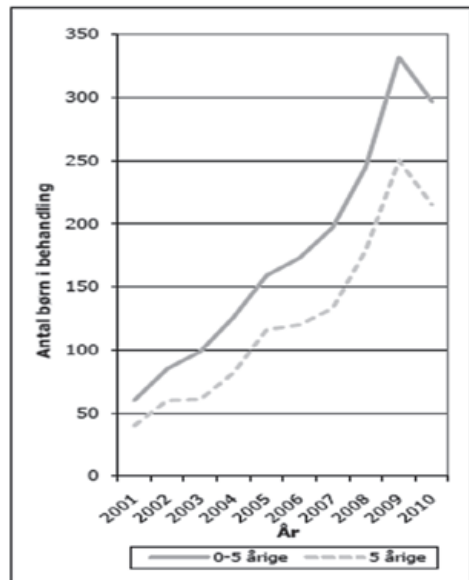
Disse tal harmonerer med internationale studier, som viser, at forskellige studier opnår forekomster på mellem 6,8 % og 12,4 % for psykiske forstyrrelser i denne aldersgruppe (Petersen et al. 2006).

Vi ser således en ganske stor andel af børn i vanskeligheder, som, afhængigt af hvordan og hvornår vi måler, nødvendigvis er børn som på den ene eller den anden måde skal indgå i hverdagsliv i daginstitutioner og skoler. Det er derfor relevant for planlægning og organisering af pædagogik og didaktik at kunne estimere antallet af børn som er i større eller mindre vanskelige omstændigheder. Både den kommunale økonomi og skolens/dagtilbuddets økonomi har stor betydning for hvordan det er muligt at arbejde med disse børn, og da der ikke er tale om et ubetydeligt antal, må midler og ressourcer naturligvis doseres herefter.

Medicinering af børn

Behandlingen af børn med psykiske forstyrrelser er oftest pædagogisk, didaktisk eller psykosocialt orienteret, men for børn med ADHD er medicinering som bekendt en ofte anvendt behandlingsmulighed, og ofte ses det, at medicineringen står alene som behandlingsmulighed.

Stigningen i antallet af stillede diagnoser afspejles i antallet af personer, som får medicin mod ADHD. Selv for de helt små børn udskrives der i dag medicin mod ADHD. I 2010 var der således omkring 300 0-5-årige, som fik medicin mod ADHD. Heraf var de fleste 4-5 år.

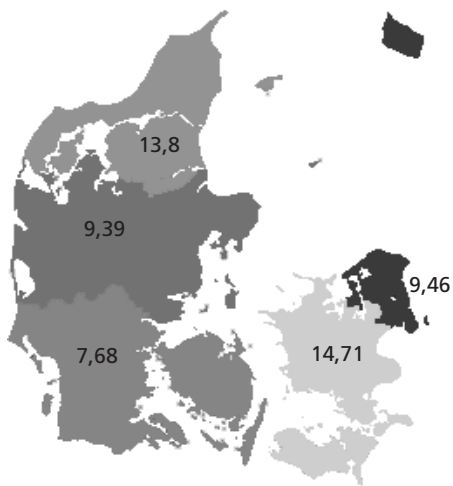


Figur 3: Antallet af børn under 6 år, som er i behandling med ADHD medicin. Fra 60 børn i år 2001 til 297 børn i 2010. Ca. $\frac{3}{4}$ er 5 år.

(Kilde: Lægemedelstyrelsen, juni 2011)

Dog meldes i den seneste opgørelse fra lægemiddelstyrelsen om stagnation i antallet af børn under 5 år der får medicin mod ADHD.

Der ses store geografiske forskelle på udskrivningen af medicin mod ADHD, og i nogle egne af landet udskrives der således næsten dobbelt så hyppigt medicin som i andre.



Figur 4: udskrivning af ADHD-medicin i Danmark 2012. Antal af 5-9-årige pr. 1000 i medicinsk behandling i de enkelte regioner.

I databasen Medstat kan hentes tal for solgt medicin i Danmark, og ovenstående opgørelser er hentet herfra (www.medstat.dk). I Medstat fremgår det desuden, at en meget lille del af børnene får medicin mod depression, angst og søvnløshed.

Medicinering af børn med ADHD er et omstridt emne i såvel den nationale som den internationale debat. Nærværende artikels ærinde er ikke at beskæftige sig med denne debat som kan følges andre steder. Dog må det mane til eftertanke, når der er så store for-

skelle i andelen af børn, der medicineres.

Implikationer for den pædagogisk-didaktiske praksis

Når man forholder sig til disse undersøgelser og den kommende ændring i diagnosemanualerne, tegner der sig et billede af en fortsat stigning i antallet af socio-emotionelle diagnoser i årene fremover. I oplægget til de nye versioner af diagnosemanualen DSM-5, som blev udgivet i maj 2013, blev kriterierne for f.eks. ADHD ændret: Alderskriteriet blev rykket fra 7 til 12 år, der blev tilføjet en underkategori, og der blev udarbejdet kriterier for graden af forstyrrelse. Disse ændringer vil sandsynligvis bidrage til en yderligere stigning i antallet af stillede diagnoser⁴. Autismekategorien blev ligeledes ændret og gjort bredere. Betegnelsen "autisme spektrum forstyrrelse" vil fremover dække såvel det, vi i dag kalder infantil autisme, atypisk autisme, Aspergers syndrom, GUU, disintegrativt disorder. Samtidig vil der være en gradbøjning af symptomernes alvorlighed, som fremover kan angives i 3 niveauer. Det er sandsynligt, at disse ændringer også kan medføre en øget forekomst. Både ADHD og autisme vil fremover tilhøre overkategorien "neuro-udviklingsforstyrrelse", og med denne kategorielle placering øges understregningen af det biologisk-organiske blik på diagnosen⁵.

4 <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=383#>

5 Det skal bemærkes, at disse ændringer stammer fra DSM-manualen. I Danmark stilles autisme-diagnosen ud fra WHO's ICD-manual. ICD er også løbende under

Fordi det er muligt at medicinere ADHD-symptomer, kan denne placering få den konsekvens, at der i de kommende år vil være et øget fokus på ADHD som neurologisk forstyrrelse, og man vil se en stigning i antallet af børn, der medicineres. Dette er bekymrende for så vidt, at et sådant fokus kan føre til en negligering af sociale og kontekstuelle faktorer, som har betydning for barnets udvikling.

Når både skole og dagtilbud er under forandring i disse år, som følge af den politiske prioritering af inklusion, er det oplagt, at bevægelser i antallet af børn med diagnoser får betydning i praksis. Det ses i kvalitative studier, at det pædagogisk-psykologiske felt arbejder med at bevæge sig væk fra at fokusere på diagnoser og til at fokusere på adfærd og adfærdsbeskrivelser (Larsen 2011, Fisker 2012). Denne proces står i modsætning til konsekvensen af de ændringer i diagnosemanualerne, der er på trapperne, og det vil stille nye krav til PPR, dagtilbud og skoler at skulle navigere i dette felt med modsatrettede kræfter.

Med den øgede inklusion vil der givetvis også blive en øget efterspørgsel på viden og efteruddannelse i forhold til at håndtere de problemstillinger, som nok har været der altid, men som nu og i fremtiden bliver mere og mere italesat og problematiseret, og ikke mindst: skal rummes i de almene pædagogiske og skolemæssige miljøer.

revision, men der er endnu ingen offentliggjorte forslag til ændringer i den næste revision, som er planlagt til 2015. Det er dog sandsynligt, at ICD vil følge de samme ændringer som i DSM på dette område.

I denne artikel fremgik det, at 18,4 % af de danske børn på 1½ år er i risiko for at udvikle psykiske forstyrrelser. Dette er jo næsten 1/5 af de danske vuggestuebørn, og det bør mane til eftertanke, at denne periode af børnenes liv er afgørende for udvikling af resiliens i forhold til livets udfordringer, og ikke mindst er dette en afgørende fase i forhold til børnenes udvikling af fokuseret opmærksomhed og social forståelse. Vi ved fra bl.a. Sterns udviklingspsykologi (Stern 2000), at netop interaktionen med kompetente, nærværende voksne er afgørende for børnenes udvikling i denne fase af deres liv. Når vi over de seneste 10 år har set kontinuerlige nedskæringer på dagtilbuds- og skoleområdet, med flere og flere børn pr voksen til følge, er det ikke overraskende at det inkluderende arbejde har vanskelige betingelser mange steder. Og det er ikke overraskende at vi ser flere og flere børn, som har svært ved at trives og udvikle sig i almene miljøer med ofte ganske lidt voksen kontakt.

Når 6,4 % af børnene på 8-9 år udviser symptomer på bl.a. uopmærksomhed og manglende koncentration, må det overvejes, hvordan den pædagogiske og didaktiske praksis kan være med til at løfte opgaven med at sende disse børn videre i livet med robusthed og solid lærings- og udviklingsmæssig ballast.

Den store udfordring for det pædagogiske felt er derfor, hvordan man kan foretage en praksisudvikling, som tager hånd om disse særlige problematikker, når man ikke længere kan sende børnene ud af de almene miljøer, men skal rumme børnenes forskellige

behov i det almene. Hvordan tilrette-lægger, organiserer og leder man en pædagogisk praksis, som sikrer, at ALLE børn bliver set, hørt og oplever tilstrækkeligt nærvær hver eneste dag.

Et bud er, at vi i højere grad må kunne kombinere forståelsen af sociale dynamikker og betydningen af psyko-sociale opvækstbetingelser med blikket for det enkelte barns særlige udfor-dringer. Dette er ingen let agenda, da man konstant er i fare for at falde i den ene eller den anden grøft: at forstå vanskelighederne som barnets indre dispositioner eller som fejl og mangler ved vores institutionelle organiserin-ger. Herved risikerer man at miste det perspektiv, der handler om interaktio-nen mellem barnet og de sociale omgi-velser. Man risikerer at miste blikket for, at nogle børn træder ind i de socia-le arenaer med et andet udgangspunkt end mange andre børn, og af den grund er man i fare for ikke at formå at yde en tidlig indsats. Vi ved, at betydning-en af en tidlig indsats, kan være afgø-rende for barnets udvikling og fortsatte inklusion i almene miljøer. Men hvor-dan får vi øje på et barns særlige vilkår uden samtidig at stemple det som 'an-derledes'?

Netop dét er et af det inkluderende arbejdes iboende dilemmaer, som al-drig kan løses.

I en bestræbelse på at arbejde med netop dette dilemma, foretog man i Valby i årene 2008-2013 et forsøg med at screene alle børn i dagtilbud og 0. klasse. Screeningen blev foretaget af pædagoger og lærere som udfyldte et spørgeskema for alle børnene i deres gruppe/klasse. Formålet med screenin-gen var at tilbyde pædagogisk vejled-

ning til de pædagoger og lærere som arbejdede i institutioner/klasser med børn, som i screeningen fik en score, som lå over et på forhånd specificeret cut off.

Undertegnede foretog sammen med psykolog Rebecca Finberg Rasch en evaluering af projektet, og var på for-hånd skeptisk over for det individuali-stiske perspektiv i selve screeningstan-ken. Det viste sig imidlertid i de omfat-tende interviews, som evalueringen byggede på, at såvel pædagoger som lærere gav udtryk for, at de ikke an-vendte screeningsresultaterne til at 'stemple' børnene med. Tværtimod skabte resultaterne en større åbenhed i forhold til at modtage konsulterende vejledning, som kunne hjælpe det pæ-dagogiske personale til at arbejde mere inkluderende i forhold til børnene. Der opstod med andre ord en større forstå-else for børnenes vanskeligheder og en større åbenhed for at arbejde udviklen-de med egne pædagogiske arbejdsme-toder. Samtlige pædagoger og lærere, der deltog i undersøgelsen, efterspurg-te, at projektet skulle gøres perma-nent, fordi de oplevede, at de fik red-skaber til at arbejde mere inkluderen-de, som følge af den vejledning de mod-tog (Fisker & Rasch 2012).

Dette projekt er interessant, fordi det peger på en mulig måde at tænke en sammenfletning af et individuali-stisk og et socialt perspektiv, og det gi-ver pædagoger og lærere redskaber til at skabe en tidlig inkluderende pæda-gogisk indsats over for børn, som kan være i fare for at falde ud af de sociale fællesskaber.

Det projektet gjorde i forhold til den konkrete pædagogiske praksis var bl.a.

at introducere flere specialpædagogiske redskaber i den almene praksis. I Danmark har vi en særlig stærk tradition for at have kreative, frie, fællesskabende, legende, udviklende og kompetencegivende miljøer for alle børn (Johansson et al. 2012), men det er sandsynligt at denne gode praksis må kombineres med flere af de redskaber, som vi traditionelt har placeret i den specialpædagogiske praksis, for at vi kan arbejde reelt inkluderende.

I både dagtilbuds- og skolesammenhænge ligger der således en omfattende udviklingsopgave i de kommende år. I modsætning til de øvrige nordiske lande⁶ har vi over de sidste 10-15 år ekskluderet et stadig større antal børn fra de almene skolesammenhænge og har dermed ikke udviklet den pædagogisk-didaktiske praksis, så den kan inkludere børn med særlige behov eller diagnoser. Måske kan den kommende skolereform bane vejen for andre organiseringer og forståelser?

Endelig vil PPR i kommunerne i de kommende år sandsynligvis i stadig højere grad blive involveret i udviklingen af det pædagogisk-didaktiske felt og vil dermed ligeledes undergå bevægelser i organisering, arbejdsprocesser og tænkning om børn i vanskeligheder.

Litteratur

- Angold, A. & Egger, H.L. (2007) Preschool psychopathology: lessons for a lifespan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48; 961-966.
- Brinkmann, S. (red.) (2011) *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*. Forlaget Klim.

⁶ se rapporterne: "specialundervisning i folkeskolen", NYT fra Danmarks Statistik, samt rapporten: "Ekskluderende specialundervisning".

- Carter, A., Briggs-Gowan M.J. & Davis, N.O. (2004): Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology; recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1): 109-134.
- Earls, F. (1980) Prevalence of behavior problems in 3-year-old children: A cross-national replication. *Archives of general Psychiatry*, 37; 1153-1157.
- Egger, H.L. & Angold, A. (2006): Common emotional and behavioural disorders in preschool children: presentation, nosology and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3): 313-317.
- Elberling, H. et al. (2010) The prevalence of SDQ-measured mental health problems at 5-7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: The Copenhagen Child Cohort 2000. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 19: 725-735.
- Fisker, T.B. & Rasch, R. F. (2012) "Man skal jo ikke spille børns tid" – Inklusion og forebyggelse i Valby. Evalueringsrapport. Frejaskolen.
- Fisker, T.B. (2012) *Mere viden om diagnoser*. Rapport. BUPL.
- Fisker, T.B. (2014) *Den sårbare inklusion. Diagnoser og fællesskabende pædagogik i dagtilbud*. DAFOLO. Frederikshavn.
- Goodman, R. et al. (2000) Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.
- Gøtzsche, P. (2013) Overdiagnostik og medicinering i børnepsykiatrien. *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift (dette nummer)*
- Heiervang, E. et al. (2007) Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors and service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46: 438-447.
- Heiervang, E., Goodman, A. & Goodman, R. (2008) The Nordic advantage on child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psycho-pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49: 678-685.
- Johansson, I. et al. (2012) (in prep) Preschool teacher's view on learning in preschool in Sweden and Denmark. *European Early*

- Childhood Education Research Journal (EECERJ).*
- Kaptein, S., Jansen, D.E. & Vogels, A.G. (2008) Mental health problems in children with intellectual disability: use of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Intellect Disabil Res* 52:125-131.
- Keenan, K. et al. (1997) DSM-III-R disorders in preschool children from low-income families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 620-627
- Keenan, K. & Wakschlag, L. S. (2000) More than the terrible twos. The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychiatry*, 28, 33-46.
- Landorph, S. & Skovgaard, A.M. (2008) Psykiske helbredsproblemer hos spæde og småbørn – epidemiologiske aspekter. *Psyke & Logos*, 29; 628-646.
- Larsen, M.R.(2011) *Samarbejde og strid om børn i vanskeligheder – organiseret af specialindsatser i skolen*. Ph.d. afhandling, RUC.
- Lavigne, J.V. et al. (1996) Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35; 204-214.
- Matson, J.L. & Kozlowski, A.M. (2011) The increasing prevalence of autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*; 418-425.
- Mors, O. (2013) Validiteten af diagnose I Det Danske Psykiatriske Centralte Forskningsregister. *Ugeskrift for læger, maj, 13*,
- Obel, C. et al. (2004) The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (Suppl 2): II32-II39.
- Petersen, D.J. et al. (2006) The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 15:71-78.
- Polanczyk, G. et al. (2007) The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164; 942-948.
- Ravens-Sieberer, U. et al. (2008) Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interviews and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (Suppl 1): 22-33.
- Shattuck, P.T. (2006) The contribution of diagnostic substitution to the growing administrative prevalence of autism in US Special Education data. *Pediatrics*; 2006;117;1028-1037.
- Skovgaard, A.M. et al. (2008) Can general health surveillance between birth and 10 months identify children with mental disorder at 1½ year? A case-control study nested in cohort ccc 2000. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19:725-735.
- Stern, D.N. (2000) *Spædbarnets interpersonelle verden*. Hans Reitzels Forlag. København.
- Volkmar, F.R., Lord, C. & Bailey, A. (2004) Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 135-170.
- Zeanah, C. H. (1993) *Handbook of infant mental health*. The Guildford Press, NY.
- Zeanah, C.H., Boris, N.W., Scheeringa, M. S. (1997) Psychopathology in Infancy. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(1); 81-99.

Rapporter og internethensvisninger:

- Ekskluderende specialundervisning. Hvem får det, og hvilke forskelle er der mellem kommunerne?* (2011). Rapport. KREVI: www.krevi.dk
- NYT fra Danmarks Statistik, 26. juni 2012. *Specialundervisning i folkeskolen – veje til en bedre organisering og styring*. (2010) Rapport. Undervisningsministeriet: www.uvm.dk
- Ændringer i DSM-v-manualen*: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposed-revision.aspx?rid=383#>
- Salget af ADHD-medicin 2002-2011*. Lægemiddelstyrelsen: <http://laegemiddelstyrelsen.dk/~media/711DE253C33D4CD0A53FF9553A2D4F0F.ashx>
- www.bupnet.dk
- www.medstat.dk
- www.ccc2000.dk

Hvorfor er det ikke interessant, at min søn kan køre gaffeltruck?



Professionelle kommer ofte til at svigte de børn, hvis kognitive og sociale udvikling de har ansvar for at varetage. Professionelle har langt fra altid øje for børns potentialer, men har i alt for høj grad et begrænset og begrænsende syn på barnets udviklingsmuligheder. Alt for ofte overskygger synet på dysfunktionerne således de muligheder og potentialer, som barnets også indeholder. Det diagnostiske syn på børn bør udskiftes med et udviklingspsykopatologisk syn, hvor barnets 'højdepunktspræstationer' bør undersøges af de professionelle og ses som udsagn om barnets potentialer.

Af Lars Ask Røgilds, lektor i pædagogik, Post Adoptions Service-konsulent, supervisor og terapeut samt Feuerstein-træner.

“Hej, det er Lars, Silas far. Jeg ringer, fordi jeg har fået at vide, at Silas’ medicindosis skal sættes op. Jeg er i tvivl om hvorfor, da jeg ikke har hørt, at skolen har snakket om, at han er mere urolig?”

“Han har taget på i vægt og medicinen skal doceres efter vægten, det er grunden.”

“Jo, men er der nogen, der har sagt, at han er blevet mere urolig eller ukoncentreret, det er jo derfor, han får medicinen?”

“Nej, men medicindosen er vægtafhængig, og da han har taget på siden sidste gang, jeg så ham, skal han sættes op i dosis.”

“Men hvis ingen har sagt, at han er blevet tilsvarende mere urolig eller ukoncentreret, så ser jeg ingen grund til, at han sættes op i dosis, så det vil jeg ikke gå med til. Det må da være meningen, at han skal have den mindst

mulige dosis, som har den tilsigtede effekt?”

“Ok, men så må I selv tage ansvaret for dette.”

Nogenlunde således faldt replikkerne i en samtale, jeg havde med min søns psykiater for nogle år siden. Jeg oplevede vedkommende som positiv, imødekommende og interesseret i at gøre det bedste for mit barn. Så i første omgang var jeg bare frustreret over, at hun ikke kunne se det indlysende i mit synspunkt. Medicin, der gives mod opmærksomhedsforstyrrelse, skal i min optik kun forøges eller formindskes i dosering, hvis der er ændringer i den adfærd, der i første omgang ligger til grund for tildelingen af medicinen. Jo mere jeg efterfølgende reflekterede over psykiaterens forklaring og vores divergerende synspunkter – jo mere tænkte jeg, at der foreligger meget for-

skellige måder at anskue børn med diagnoser på. Det diagnosesyn, som jeg oplevede, at psykiateren udfoldede, så jeg også slå igennem i den daglige måde, som pædagoger og lærere mødte min søn på.

Denne artikel er udtryk for en subjektiv oplevelse og en subjektiv, såvel som teoretisk, fortolkning heraf. Artiklen skal på ingen måde ses som udtryk for et samlet udsagn om psykiatere, lærere og pædagoger i specialinstitutioner. Den skal dog heller ikke ses som et isoleret enkelttilfælde. Som tidligere formand for forældrebestyrelsen til en stor specialinstitution med ca. 140 ansatte på tre afdelinger og som mangeårig lektor i pædagogik på en pædagoguddannelse har jeg et bredt kendskab til den praksis, der udøves på mange specialinstitutioner, og om end de er meget forskellige, så ser det ud, som om forståelsen af diagnoser og den medfølgende pædagogik i rigtig mange tilfælde ligner de erfaringer, jeg har som far. Jeg vil i artiklen udfolde et forældreperspektiv på de forskellige måder, som jeg har oplevet diagnosesynet slå igennem på i min søns hverdag. Da jeg ikke kan løbe fra, at jeg også har en faglig og teoretisk indsigt i emnet, vil jeg også lade dette perspektiv komme til orde.

Når forældre modtager en diagnose

Først og fremmest ser det ud til, at der er en diagnoseforståelse, som forstår indre biologiske årsagssammenhænge som baggrunden for barnets adfærd. Dysfunktionen er altså biologisk betinget, findes 'inden i' barnet og skal blandt andet behandles medicinsk.

Indledende skal det fastslås, at det at have et barn med diagnoser, uanset de mange glæder der også er forbundet med at være forældre, rummer mange svære udfordringer. En af de største udfordringer er de mange ny-orienteringer, man skal foretage sig under barnets opvækst. Fra man første gang fornemmer, at ens barn ikke udvikler sig på samme måde som majoriteten af børn, man kan sammenligne sit eget barn med, til de mange gange hvor man, igen, skal revidere sine håb og drømme for barnets fremtidige liv. Det liv som bliver mere og mere sandsynligt, i takt med at barnet bliver større, og udviklingsmæssige spring ikke er af en størrelsesorden og ikke følger de baner, som man havde håbet på.

Mange af disse justeringer af det billede, man kan have af barnets fremtidige livsvilkår, foretages i umiddelbar forlængelse af mødet med det professionelle system. Forældresamtaler, møder, skriftlige redegørelser og indstillinger, hvor det anbefales, at man får sit barn undersøgt. Undersøgelser, der siden fører til diagnoser. Som forældre vidste vi, at diagnoser var en forudsætning for, at der på det tidspunkt, hvor vores søn blev diagnosticeret, blev udløst ressourcer, men i hvilken grad diagnosen faktisk udløste hjælp og hvad den hjælp bestod af, fremstod noget dunkelt. Grundlæggende ser det fra et forældreperspektiv ud, som om undersøgelserne og prøverne leder efter alle de problemer, som ens barn har. Alt det barnet ikke kan, ikke mestrer, ikke forstår og ikke ved, bliver undersøgt. Hvad barnet er særligt god til, hvor det sprænger rammerne og overrasker, hvilke finurligheder, sjove historier og

historier om succeser, der også kunne fortælles, er der ingen, der er interesseret i. Det er fejlene og manglerne, der er i fokus. Derefter står man med nedslående resultater, som fører til diagnoser. Det opleves, som om dette system ikke bruger tid og ressourcer på at hjælpe forældre til at forstå diagnosernes betydning og implikationer. Diagnosen blev i vores tilfælde ikke oplevet som en forklaring, en hjælp eller et brugbart instrument, men gav os snarere en følelse af håbløshed, magtesløshed og minimerede vores tro på, at vi kunne gøre en forskel.

Diagnoser har en voldsom kraft. De virker som et fastslået faktum – et heligt mantra – som både er den udløsende hjælp, men også den retningsgivende anvisning på den rette pædagogiske og didaktiske indsats, der skal hjælpe barnet videre. På intet tidspunkt oplevede vi dog, at de forskellige diagnoser og bogstavkombinationer, som vores søn fik, fortalte noget om ham, hjalp dem, som til daglig havde med ham at gøre, endsige bedrede situationen i hjemmet. Tværtimod fratog det os en hel del energi, håb og tro på udvikling, hvilket nok var det sidste, min søn havde brug for. Det virkede også, som om lærere og pædagoger ikke behøvede at vide mere om hans måde at lære på – opskriften var klar. Struktur, piktogrammer, skemaer, skærme og orden blev efterfølgende noget, der fyldte meget i Silas' liv og i vores bevidsthed. Og når det ikke umiddelbart fungerede i hjemmet, troede vi blot, der skulle endnu mere struktur til. På et tidspunkt spurgte jeg Silas, hvad han skulle gøre i skolen, når der var noget, han ikke kunne finde ud af. Han svarede: "Så

skal jeg be' om en pause". Her var der noget, der brast i min tro på, at vi var på rette vej. Havde de *ikke* lært drenge, at når der var noget, han ikke kunne finde ud af, så skulle han bede om hjælp? Hvordan skal man lære, hvis man tror, at hver gang man ikke kan finde ud af det, så er det, fordi ens koncentrationsevne er brugt op, og man har brug for pause? Hvordan skal man tilegne sig viden og færdigheder, hvis dem der skal lære én det, mener, at en løbetur rundt om blokken er svaret på de forhindringer, man ikke selv kan overkomme? Hvis ikke praktikerne gennem sin engagerede formidling kan vise barnet måder at deltage på, interagere med og modtage vejledning af, hvordan skal barnet så lære? Og hvad er det så praktikerne mener de skal?

Man skulle tro, at diagnosen betød, at de professionelle, der havde med ens barn at gøre, fik et arbejdsredskab og måske nogle indsigter: "*Nå, men nu ved vi så, hvad vi skal gøre, sætte i værk, træne, undersøge og finde ud*", men indsatsen før og efter diagnosen blev stillet, var ikke synligt forskellig.

Samarbejdet mellem psykiatrien, skole- og fritidstilbuddet, kommunens socialrådgiver og kommunes PPR var meget svært at få øje på. I praksis betød det, at vi som forældre skulle finde alle vores egne ressourcer frem og være i stand til at koordinere, følge op på aftaler, rykke for svar, samt formulere os på måder, som de forskellige miljøer, der havde med vores søn at gøre, kunne forstå og forhåbentlig ville tage alvorligt.¹

1 I SFI-rapporten "Der er ikke nogen der kommer og fortæller hvad man har krav

Medicin

Efter diagnosen kom medicinen. Jeg vil bruge lidt tid på dette emne, da det er noget, der efterfølgende fylder os med bekymring. Hvad gik vi med til? Hvorfor gik vi med til det? Og hvorfor i så lang tid? Det startede med, at lærerne udtalte, at drengens indre styring var for stærk, og hans modtagelighed for ydre styring, som skolen nødvendigvis må udøve, derfor var for svag. Lærerne mente, at medicin var svaret, og de fortalte om andre børn, der havde haft gode erfaringer med medicin. De gav udtryk for, at det var hårdt for Silas at være så meget i 'kløerne' på sine vanskeligheder. Som forældre havde vi begge en dyb modvilje mod at skulle give vores søn medikamenter, der indvirkede på centralnervesystemet. Men vi ledte nu på nettet efter alle de positive historier, som lovede bedre indlæring, forhøjet opmærksomhed, lettede livet i hjemmet, gav plads til de øvrige søskende osv. Der var mange af disse historier. Men den lovede bedring udeblev. Hvor Silas tidligere havde været super-glad, 'hittepåsom' og i fuldt vigør dagen lang, var vi i kraft af medicineringen igen perioder med kvalme, mad-lede og væggtab, depression og selvmordstanke, søvnproblemer, tilbagetrækkethed, Tourette-lignende ufrivillige lyde og tics og mange andre forandringer, der ikke tydede på nogen bedring. Vores observationer og tilbagemeldinger til

på" fremføres synspunktet, at kun ressourcestærke forældre til handicappede er i stand til at agere i det sociale hjælpesystem. SFI 01:1, Steen Bengtsson & Nina Middelboe.

skole og psykiater resulterede i, at der blev udskrevet andre præparater, blev foreslået nye indkøringsperioder, så man kunne se, om stoffet virkede. Vi var igennem Ritalin, Ritalin-Uno, Concerta og Stratterra. Om det der virkede bedst, er der at sige, at vi ikke kunne mærke nogen effekt! Selv bad Silas om at måtte slippe for pillerne, når vi skulle i biografen, fordi som han sagde "*så kan jeg bedre opleve det, ellers er det ikke sjovt!*" Hans søskende udtrykte, at han først blev gode gamle Silas efter kl. 7 om aftenen.

Da psykiateren mente, at han grundet vægtforøgelse skulle sættes op i dosis, uden nogen som helst sammenhæng med den adfærd, som havde udløst medicinen i første omgang, besluttede vi at trappe ham helt ud af medicinen. Vi var udsat for en massiv påvirkning fra professionelle, der var sympatiske, havde omsorg for vores dreng, gerne ville passe på ham og mente, at medicinen var en væsentlig del af den hjælp, han havde brug for. Selv om vi kendte til de argumenter, der er imod medicinsk behandling, så meldte tanken sig igen og igen; tænk nu hvis det hjalp, og håbet om et børneliv med færre forhindringer vendte gentagne gange tilbage.

Ofte hører man i debatten om medicinsk behandling af børn med opmærksomhedsforstyrrelser, at medicinen ikke kan stå alene. At den skal følges op med en pædagogisk indsats.² Men hvad denne pædagogiske indsats skal

2 Undersøgelser fra lande, vi normalt sammenligner os med, peger på forældretræning sammen med pædagogisk indsats som den mest effektive indsats over for børn med ADHD. Kun i særligt svære

bestå i er mere uklart. Skal man blot have reduceret sine stimuli, være i et struktureret miljø, have forstærket alle meddelelser med visuelle stimuli, være i mindre børnegrupper og have mere tid? Hvad forhindrer strukturen? Hvad betyder normerne i klassen og måden de håndhæves på? Hvad betyder relationerne mellem eleverne, forholdet til lærerne og kulturen i klassen og på skolen? Hvad betyder det, om lærerne er engagerede og motiverende? Dette perspektiv var fraværende i skolens og SFO'ens syn på Silas – eller i hvert fald skinnede det ikke så tydeligt igennem, at det var synligt for os forældre. Vi oplevede mere og mere, at de så på ham, som om han *var* et problem, ikke som om han *havde* et problem, eller at *skolen havde et problem* med Silas. Som bestyrelsesformand for skolens forældrebestyrelse var jeg vidende om, at skolens medarbejdere alle havde været på kursus i LP-modellen³, hvori det fastslås at: *“Der lægges vægt på, at lærerne skal have fokus på interaktionen mellem eleven og omgivelserne og sammen med dette også se kritisk på egen undervisning og klasseledelse”* (note). I en re-visitation, som vi fik tilsendt, blev følgende udsagn brugt *“har svært ved at deltage, (...) meget urolig og ukoncentreret, (...) har tanker helt andre steder end ved selve undervisningen, (...) har vanskeligt ved at holde or-*

tilfælde anbefales medicin som førstevalg og aldrig som eneste behandlingsform.

- 3 LP-modellen er en norsk inspireret model, der prøver at forstå, hvordan eleverne er i interaktion med omgivelserne i skolen, og ved at ændre disse omgivelser tror man på, at elevernes læring og udvikling også bliver ændret i en positiv retning.

den på sit arbejdsbord, (...) har vist ringe tegn på indre motivation, (...) har mange overspringshandlinger, (...) er tilbøjelig til at snakke om helt irrelevante ting og har brug for megen hjælp til ikke at pille”. Meget tyder på, at skolens personale, trods deres kursus i LP-modellen, ser drengen som den samlede sum af sine negative egenskaber og grundlæggende ønsker, at han skal holde op med at opføre sig dårligt.

ADHD, impulshæmning og seksualitet

Den naturlige seksuelle udvikling udgør hos almindelige mennesker et kvantespring, når den udfolder sig i puberteten. Kroppen ændrer sig, hormoner griber forstyrrende ind i barndommen, og lyst, begær og seksuelle fantasier udvikler sig pludseligt som ud af det bare intet. Typiske børn lærer umærkeligt gennem subtile signaler fra omverdenen, hvornår sprog og handlinger, der hører til denne sfære, er passende eller det modsatte. Gruppen af jævnaldrende, større søskende, forældres adfærd, påvirkningen fra medierne bidrager alle til det klude-tæppe, som det legitime seksuelle felt består af. Børn med kognitive dysfunktioner er først og fremmest overladt til en meget uhomogen gruppe af andre børn med tilsvarende dysfunktioner, når de går på specialskole, som arena for deres seksuelle udvikling. Børnegruppen er ikke kendetegnet ved, at der er et stærkt børnefællesskab som i de fleste andre tilfælde, hvor skolekammerater også er naboer eller venner i sportsklubben m.m. Fordi eleverne i disse sammenhænge kommer fra et vidt spredt geografisk område. Den

sociale kontrol og indflydelse fra kammerater er væsentligt mindre. Nedsatte eksekutive funktioner udfordrer også udviklingen af social hæmning, som betyder, at den forfinede fornemmelse for, hvornår og hvor onani er tilladt, og hvornår det ikke er i orden, ikke udvikles lige så gnidningsfrit som hos børn med almindelig udvikling.

Seksualitet er naturlig; hvor og hvornår udfoldelsen af den regnes for passende er kulturelt. Altså menneskeskabt – og dermed noget, der medieres fra generation til generation. Det kan læres, og det skal læres.

I min søns situation blev en stor del af forklaringen på hans uro i skolen forklaret ud fra hans hormonelle udvikling: *“Han har tankerne helt andre steder end ved selve undervisningen, [...] når hormonerne buldrer rundt i kroppen på Silas, kan det være svært for ham at koncentrere sig, [...] han har mange verbale udspil med seksuelle undertoner.”* Gad vide hvor mange almindelige unge man også kunne sige dette om? Skolen gav udtryk for, at han var grænseoverskridende og krænkende, og mistanken om, at han kunne være dette over for mindre børn, blev også luftet. Han og andre blev taget i seksuelle lege, og de professionelle jog en skræk i livet på os. Ville han blive farlig for sine omgivelser? Uterlig? Begå overgreb? De mindste tegn på seksualitet blev tolket og måske også overfortolket. Begyndende onani blev et problem, ikke at vi var vidne til det, men vi vidste altid, hvornår det foregik. Vi begyndte at lære ham, hvordan han skulle håndtere dette ligesom alle andre. Han fik konkrete anvisninger om at holde det privat bag en lukket

dør på sit værelse. Vi forklarede, at andre mennesker opfattede det som pinligt, hvis man var vidne til, at nogen onanerede. Vi fortalte om det strafbare i at gøre det offentligt. Vi udstyrede ham med vådservietter, gav ham konkrete verbale anvisninger på måder at forholde sig til udløsning. Og fortalte, at det skulle være usynligt for alle andre i hjemmet. Hans seksuelle adfærd ændrede sig fra at være noget, der virkede ukontrollabelt og skræmmende til at være noget, han styrede helt på egen hånd, og uden at vi hjemme efterfølgende mærkede noget som helst til det ud over indimellem at finde døren til hans værelse låst. Vi blev beroliget, men oplevede ikke, at vores forældre-perspektiv interesserede de professionelle synderligt. Det som var et reelt problem begrundet i hans kognitive dysfunktion kunne altså overvindes i hjemmet. Hjemme var vi i stand til at initiere en række beskyttende faktorer over for det, man kunne kalde de prædisponerende faktorer, som hans handicap udgjorde. Ifølge Trillingsgaard og Elmoose (2010) kan man se et aktuelt psykologisk problem som noget, der består af nogle prædisponerende faktorer, der i en monokausal forståelse udløser problemet. Men i en udviklingspsykopatologisk forståelse skal de prædisponerende faktorer forstås tæt forbundet med nogle udløsende faktorer samt nogle vedligeholdende faktorer, som opretholder vanskelighederne, når de først er der. Derudover skal forståelsen af vanskelighederne også sammenholdes med nogle beskyttende faktorer, som forhindrer, at tilstanden forværres, eller som sikrer en bedring. I denne forståelse, som den tilsvarende

er formuleret hos Alan Carr (2006), kan man se handicappet, den kognitive dysfunktion, som den prædisponerende faktor. Puberteten, den seksuelle modning og den hormonelle udvikling kan ses som den udløsende faktor, hjemmet som den beskyttende faktor og institutionen, desværre, som den vedligeholdende faktor. Silas blev negativt defineret, og han evnede ikke selv at frigøre sig fra den position. Skole og fritidsinstitutionen syntes, at en betænkelig afvigelse var under opsejling, og hjemmets helt anderledes syn var desværre ikke nok til at ændre dette syn. Et skoleskift var under opsejling. Kunne seksualitet og drengens store motivation til at beskæftige sig med dette have været gjort til genstand for undervisning?

Hvilke forventninger kan man have til et barn med funktionsnedsættelser?

Forventningen til hvad et barn bør kunne, tager oftest udgangspunkt i dets biologiske alder. Barnets biologiske modning giver næring til en række sociale og kulturelle forventninger, som omverdenen har til det (Böttcher & Dammeyer, 2010 s. 671). Der er ét sæt forventninger i vuggestuen og et helt andet sæt forventninger i SFO'en. At de aldersrelaterede forventninger skal justeres, når det gælder børn med udviklingsforstyrrelser, er jo indlysende. Når fortolkningen af, at en 13-14-årig dreng skal læse 1.-2. klasses læsebogsmateriale, fordi hans læseniveau er på dette stadie, og det indholdsmæssige indhold også er på 1.- 2. klasses materiale, så er der måske ikke noget at sige til, at motivationen er lav, fra-

værende eller erstattet af direkte modstand. I den 13-14-åriges sociale verden er det musik, venskaber, piger, kærester, dates, seksualitet, der er det spændende, ligesom hos normalt begavede børn og ikke '*Søren og Mette og lille Jep*'. At blive stillet over for 1. klasses læsebogsmateriale for tredje år i træk kan også for en sent udviklet teenager opleves som direkte demotiverende og muligvis også som ydmygende. Når Silas fik et ungdomsblad, hvori der var en brevkasse med spørgsmål om kærester, seksualitet, samleje, petting m.m., så var hans motivation til at læse meget stor. Således stavede han sig ihærdigt gennem vanskelige ord på en sommerferie, hvor bladet ikke havde konkurrence af tv- og mobilsignal. Han kunne altså meget mere, når han var motiveret, og hjælpen ikke udmøntede sig, som han i første omgang ønskede, nemlig at vi skulle læse højt. Da først han kom i gang, fik han desuden tilfredsstillelsen ved, at ordene gav mening for ham uden udefrakommende hjælp. Silas begyndte nu at læse ved egen kraft og motivation. Jeg vil gentage pointen. Seksualitet er naturlig, seksuelle normer er kulturelt skabte. De skal læres, og lærer man dem ikke 'usynligt' af sig selv, skal de overindlæres gennem anvisninger, erfaringsbearbejdning, refleksion og sprogliggørelse. Det er ikke umuligt, det kræver blot meget energi.

En nyere udviklingspsykopatologisk tilgang til at forstå disse børn synes ikke at have slået igennem hos praktikerne. I den udviklingspsykopatologiske forståelse (Gammeltoft 2010) er det individets individuelle udviklingsforløb, der er i centrum. Barnet skal

altså forstås ud fra den indflydelse, som dets aktive medvirken har på dets biologi og på sin ydre sociale verden. Det er altså en relationistisk og situationistisk forståelse (Fisker 2010), som flytter fokus fra den udviklingsmæssige forstyrrelse og dennes gennemgribende indvirkning på barnets udvikling af færdigheder til interaktion, fællesskab, udfordring og stræben. I denne forståelse har barnet måske nok nogle problemer, som kan være af genetisk, neurologisk karakter, men fokus er især på, hvilke faktorer der udløser problemerne. Men også på hvilke faktorer der vedligeholder problemerne, og hvilke faktorer der beskytter mod, at problemerne vokser sig store (Carr, 2006).

Hvor "sidder" handicappet?

Hvis grunden til manglende indlæring, manglede koncentration og manglende motivation skal findes i neuro-biologiske processer, som kan påvirkes kemisk, så giver det selvfølgelig god mening at forsøge at ændre disse kemiske processer medicinsk. I Silas' tilfælde virkede det bare ikke. Alt muligt forsøgt blev forsøgt, uden det store held. Han fik særordninger, fik tilknyttet nye lærere og kontaktpædagoger, skiftede gruppe og skiftede plads uden effekt. Dog var han hjemme i stand til at lære, når han var motiveret. Computerspil var han en mester i. Hans ti år ældre storebror udtalte på et tidspunkt, at *"Silas har netop vist mig tre baner på et kvarter, som jeg ikke anede eksisterede i det computerspil, jeg har spillet i tusindevis af timer."* Han kunne finde alt muligt på sin computer, optage film på sin mobil, var meget in-

teresseret i musik – og senere piger. Han skiftede vinter- og sommerdæk, ikke kun på vores bil, men også på udvalgte venners – med hjælp og anvisning, men det var ham, der gjorde det. Intet af dette syntes dog at interessere skolen. I det hele taget virkede vores forældreperspektiv ikke synderligt vedkommende for personalet.

Synet på barnets udvikling synes blandt de professionelle at være præget af en essentialistisk tilgang, hvor en iboende nedsat evne til at udvikle færdigheder og kompetencer betyder, at udviklende aktiviteter ikke tilbydes. Jeg er ikke i tvivl om, at det gøres i bedste hensigt for at undgå nederlag, konflikter og forsøge at navigere uden om udfordringer og faldgruber, der kan medføre negative erfaringer. Men denne tilgang betyder også, at potentielt udviklende aktiviteter fravælges for at beskytte barnet. Et eksempel på dette er den udbredte brug af kørselsordninger inden for dette område. Da specialinstitutioner ofte ligger langt fra enkelt-elevs bolig, er der de fleste steder tilknyttet en taxaordning. Jeg er ikke i tvivl om, at denne ordning for nogle børn er en forudsætning for, at de overhovedet kommer i skole. Men dette gælder langt fra for alle børn, der modtager undervisning i et specialtilbud. På et tidspunkt sagde jeg til et netværksmøde, hvor der sad ca. ti af de mennesker, der var involveret i Silas' skole- og fritidsliv, at jeg ville lære ham at tage bussen. Mit forslag blev mødt med noget nær forfærdelse. Forsamlingen var enig om, at det var en dårlig ide, og at det var mere, end han kunne klare. Da jeg forklarede, at jeg da sendte ham alene på indkøb med

penge og indkøbsliste til det nærliggende supermarked, blev jeg mødt på en måde af samtlige tilstedeværende, der fik mig til at tvivle på, om jeg nu også var en fornuftig og ansvarlig far. Jeg trak derfor ideen om trafiktræning tilbage. Næste gang jeg foreslog ideen, blev jeg mødt med en begrundelse om, at han netop var i gang med en ny adfærdstræning, og at to ting på en gang ville forvirre og gøre det uoverskueligt for ham, hvorfor jeg igen trak forslaget tilbage. Tredje gang fortalte jeg ikke om ideen til nogen, men forklarede Silas, hvordan han skulle gøre, viste ham, hvad der skulle stå foran på bussen, og hvilke undtagelser der var vigtige at være opmærksom på (hvis bussens nummer var det rigtige, men den ikke kørte hele vejen). Vi kørte turen igennem sammen, og jeg viste ham, hvornår han skulle trykke på stop osv. Stor var Silas' glæde, da han stolt proklamerede, at nu kunne han køre selv. Herefter ville han ikke have, at jeg stod og ventede på, at bussen kørte. Det var mere sejt at sætte sig ind og ligne alle andre, der skulle af sted til dagens dont!

Fortolkningen af Silas' diagnose giver ikke plads til at se ham som én, der kan lære flere ting på en gang, ikke plads til at se ham som én, man kan give ansvar og ikke plads til at se ham som én, der kan udsættes for de potentielle udfordringer såsom aktiviteter, der ikke kan forudsiges.

I en dansk pædagogisk sammenhæng med tradition for anerkendende relationer, fri leg, selvforvaltning og ustrukturerede miljøer, fx omkring projektarbejde, ligger der en vis modvilje mod krav. Ofte er kravene implicitte og

usynlige, og derfor netop vanskeligt aflæselige for børn med kognitive vanskeligheder. Nok skal diagnosebørn have struktur, og deres daglige miljø er da heller ikke uden krav, men det er sjældent krav om at præstere, men snarere krav om at efterleve strukturer. Børn med udviklingsforstyrrelser har kognitive dysfunktioner. De har altså svært ved at lære. Men de er ikke uden evner til at lære. De kan lære mange ting, hvis de er motiverede. Deres evne til at lære, når de ikke er motiverede, er langt mere begrænset. Men dette siger jo intet om deres indlæringssevner, men derimod noget om, at de ikke oplever, at de behøver anstrenge sig for at lære det, som andre synes de bør lære. Hvis man er i stand til at lære ti ting, kan man også lære 12. Hvis man kan lære 12 ting, hvorfor så ikke 20, 40 eller 200. Men det kræver en indsigt i og nysgerrighed på, hvad det er, der får det enkelte barn til at lære. Man kunne håbefuldt stille spørgsmålet, om ikke det pædagogiske arbejde med denne gruppe børn så ville blive mere berigende, spændende og interessant for de professionelle frem for den megen energi, der bliver brugt på at administrere strukturen. Således udtrykker Tine Basse Fisker da også, at der i mange specialinstitutioner primært arbejdes ud fra en TEACCH-inspireret pædagogik, "*.. som i den danske variant primært lægger vægt på skærmning af børnene. [...] I bestræbelser på at afværge alle konflikter bliver pædagogikken således interaktionshæmmende, og børnene får ikke mulighed for at indgå i potentielt udviklende og lærende relationer til andre børn.*" Fisker (2010, s. 480).

Udviklingsfremmende eller udviklingshæmmende pædagogik?

Efter min søns afslutning på skolen drog han i lighed med mange andre af nutidens unge på efterskole, godt nok en specialefterskole. Aldrig har jeg set ham så lykkelig som første gang, vi kørte derfra, og det gik op for ham, at han var optaget. *“Her tror jeg, at jeg kan få venner,”* udtrykte han. Også her var det svært, men det gik, og han blev mere selvstændig, mere rolig og oplevede at være i et miljø, hvor der var mange, der var anderledes, men at der også var megen accept. Han fik også lynhurtigt en kæreste, som pludseligt fyldte rigtigt meget. Her skulle han have hjælp til, hvordan man opfører sig, hvad man gør og ikke mindst, hvad man ikke gør. Skolen accepterede ham i løbet af året som fortsættende elev til det efterfølgende år. Men efter seks måneder gik forholdet til kæresten i stykker. Han reagerede voldsomt på dette første store tab af kærlighed i hans liv. Hans manglende evne til at håndtere dette brud med kæresten og hans uhensigtsmæssige og uacceptable reaktioner efterfølgende gjorde, at accepten af endnu et skoleår blev trukket tilbage. Han blev bedømt på, at hans reaktionsmønster ændrede sig. De voksne mente, at det var pga. af kæresten og hendes evne til at skabe struktur for Silas, at han havde fungeret godt det første år. Og når hun ikke var der, så evnede han ikke selv at skabe denne struktur. Det var ikke en del af betragtningerne, at hvis dette var tilfældet, var han faktisk i stand til at fungere, hvis nogen støttede ham. Og hvorfor kunne skolen ikke være den

støtte, som kæresten tidligere havde udgjort? Det var heller ikke en del af betragtningerne, at han ikke havde redskaber til at håndtere ulykkelig kærlighed, og at han reagerede impulsivt og irrationelt, da han blev forladt – og hvem har ikke gjort det på et tidspunkt – om end på andre måder end Silas?

Den russiske psykolog Vygotsky (1896-1934) var optaget af, hvor enkle opgaver skulle være, for at barnet sammen med en engageret, kompetent voksen kunne være med i en konstruerende og problemløsende virksomhed (Vygotsky, 1971/74). Ifølge den norske psykolog Per Lorentzen (2011b) er barnets udvikling af kognitive kompetencer afhængig af, i hvilken grad det har adgang til kompetente engagerede samarbejdspartnere, som kan inkludere det i aktiviteter, som matcher barnets kapacitet, og supplere med det, som barnet endnu mangler, samt hjælpe det videre til næste niveau gennem en tilpasset formidling. Funktionshæmmede børn er mere afhængige af det gode samarbejde end andre. Derfor var det komplicerede følelsesliv ikke noget, der blev gjort til genstand for læring?

Ifølge Vygotsky (1971/74) er udvikling af mentale og kognitive færdigheder ikke noget, der foregår fra det indre individuelle plan til det sociale, men omvendt fra det ydre, fælles sociale til det individuelle. Alle kognitive og sociale færdigheder har deres udspring i den arena, der udgør det mellem menneskelige. I min søns tilfælde var der rigtigt mange, der tilsyneladende mente, at det var hans eget ansvar. Diagnosesynet, som det blev fortolket

blandt praktikerne, hjælp til etableringen af denne uheldige forståelse. Per Lorentzen (2011a) beskriver, at han i mødet med personalegrupper oplevede et sammenstød mellem en *videnskabelig* og en *hverdagsagtig* forståelse af brugernes væremåder. Han kalder det også et sammenstød mellem en *medicinsk/naturvidenskabelig* og en *socio-kulturel forståelse*. Per Lorentzen hævder, at når man begynder at vurdere brugerne ud fra den medicinske/diagnostiske synsvinkel, så ser man deres væremåde som iboende egenskaber ved dem. Det betyder selvsagt, at man ikke kan ændre den anden, og at tilrettelæggelsen af læringsituationer, der grundlæggende forandrer den anden, ikke er inden for det mulighedsfelt, man som praktiker er en del af.

At køre en gaffeltruck

Et syn på diagnoser som noget der kan give information til forældre, lærere, pædagoger og andre praktikere om, hvilken intervention ens barn har brug for, er naivt, men det er også farligt – foruden at være almindeligt udbredt. Måske fordi den faggruppe, der begiver sig af med at diagnosticere, har stor gennemslagskraft, 'siver' der fejl-, mangel- og afvigelsessyn, som diagnosen beskæftiger sig med, ned til feltet af praktikere. Og mange steder desværre som et syn, der fastslår, at barnet har problemet, og at problemet endog er af neuro-biologisk karakter. Det er farligt, fordi det gør det svært at få øje på barnet som enestående, unikt og med uanede muligheder.

For tre år siden strejfede min søn rundt omkring på Roskilde Festivalen, mens den var under opbygning. Han

fandt et steakhouse, der så spændende ud, og han holdt sig til, mens de etablerede ombygningen af den hal, der skulle udgøre restauranten den følgende uge. Da han så, at de havde lang vej til de opstillede toiletter, hentede han ét med en gaffeltruck, hvori nogen havde glemt nøglerne. Først troede de, at han havde kørekort til denne maskine. Det måtte de så høre, at han ikke havde – han havde nok handlet lidt impulsivt, men den opgave, han havde stillet sig selv, havde han løst meget kompetent. Han holdt sig fortsat til og fik et armbånd, der betød, at han før og efter festivalen kunne komme på de indhegnede områder, hvor han fik lov til at hjælpe til. Det følgende år kontaktede han dem igen og fik igen lov til at hjælpe. Tredje år fik han tjans på skraldeholdet, plads i medarbejderlejren og armbånd til hele molevitten før, under og efter festivalen. Han har selv sørget for at etablere kontakten, vedligeholdt den og udbygget den. Tænk, hvis dem, der så hans begrænsninger, også så disse potentialer og motivationsfaktorer og fandt det væsentligt at bygge oven på dem. Dette ville kræve, at institutionen og hjemmet samarbejdede, og at det, som hjemmet og Silas selv fandt væsentligt at bidrage med, også havde praktikernes interesse.

Det positive handlingsperspektiv

Som forældre kan man meget let komme til den konklusion, at hvis ens barn har fået en diagnose, så er man mere eller mindre frataget indflydelse på, om situationen bedrer sig. Man kan vente og håbe på, at modning, skolen og det almindelige liv med alle dets mangeartede indflydelser gør sit ind-

tog og bedrer tilstanden. I samme moment man fratages indflydelse, fritages man også for skyld; det er diagnosen og neurologiens skyld.

Per Lorentzen, der selv er far til et udviklingshæmmet barn, har skrevet bøger⁴, der er en guldgrube af inspiration til arbejdet med mennesker med kognitive dysfunktioner. Han er grundlæggende optaget af at forstå det andet menneske ud fra dets vanskeligheder og er i samme omfang optaget af sine egne vanskeligheder ved at forstå den anden. Han beskriver således, hvordan *“en ‘observation’ (...) var lige så meget en udredning og kortlægning. Jeg undersøgte imidlertid ikke bare hans vanskeligheder (...), men lige så meget mine egne vanskeligheder med at opnå kontakt og samspil”* (Lorentzen 2011a, s. 111). Per Lorentzen undersøger sin egen væremåde i samspillet og hævder, at han ikke kan gøre så meget med den anden, før han har gjort noget med sig selv. Han kalder det at gøre sin væremåde *kompatibel* med den andens. Endvidere sammenligner han traditionel psykologisk undersøgelse og kortlægning med udforskning af en ny og fremmedartet by ved at sidde på hotelværelset og studere gadekort og læse rejsehåndbøger. Han hævder, at alternativet er at udforske og lære byen at kende ved at rejse rundt i den, men med kort og rejsehåndbøger (den teoretiske forståelse) som hjælpemidler (Lorentzen, 2011). Man kan møde mennesker på to måder, hævder Lorentzen – teoretisk og umiddelbart. M. Buber kalder det et ‘jeg-det-forhold’ over for

4 *Dialog med usædvanlige børn & Fra tilskuer til deltager*

et ‘jeg-du-forhold’. Møder vi den anden teoretisk som ‘han’/‘hun’/‘det’, handler vi ud fra noget, vi har bestemt os for på forhånd. Så er vi ikke åbne for det unikke og særprægede. Handler vi direkte, spontant og dynamisk i situationen, kan der ske noget helt andet, end det jeg har bestemt og det som den anden har bestemt. Situationen bliver dynamisk. Dynamiske, spontane, umiddelbare og levende fælles aktiviteter mellem mennesker er noget andet end dét, som den traditionelle psykologi hovedsageligt har været optaget af, hævder Lorentzen, nemlig adfærd og handling. I virkeligheden er lærere og pædagoger dårligt hjulpet af den diagnostiske definition, men de er i lige så høj grad dårligt hjulpet af den traditionelle psykologiske måde at teste børn med kognitive dysfunktioner på. En WISC⁵ og andre psykologiske test fortæller ikke praktikerne ret meget om, hvorledes vedkommende skal handle i forhold til barnet.

Vores måder at forstå børn, unge og mennesker med alskens forskelligheder, der betyder at de fremstår som anderledes, er i disse år under dekonstruktion. Således peger internationale forskningsresultater på, at mellem halvdelen og to tredjedele af mennesker med skizofreni kommer sig (Kistrup, M., 2011), hvorfor sygdommen måske skal redefineres som en episodisk forstyrrelse. Mennesker med autisme, som har været antaget at

5 WISC er en psykologisk test, der måler børn og unges kognitive evner. I testen fokuseres på følgende 4 indekser: Verbal Forståelse Indeks, Perceptuel Ræsonnering, Arbejdshukommelse Indeks og Forarbejdningshastighed.

være retarderede, viser sig at være langt mere kognitivt kompetente, når de lærer at bruge moderne hjælpemidler som computere til at kommunikere med som fx Tracy Thresher og Larry Bissonnette skildret i dokumentarudsendelsen *'Wreches & Jabbers'* (Wurzburg G. 2010) . Tracy og Larry kommunikerer på måder, der gør deres tidligere testresultater til skamme. Ligeledes kan der findes eksempler på børn og unge, der vurderet med traditionel psykologisk testning fremstod som retarderede, men som ender med at tage høje uddannelser. Den amerikanske professor J. M. Hunt, (i Feuerstein et al., 1979) beskriver, hvorledes en ung mand, som han havde kendskab til, og som havde en Ph.D. fra Sorbonne, viste sig at have været psykometrisk testet som 13-årig med en IQ på 70. Skal vi til at redefinere tidligere tiders deterministiske forståelser af forskellige diagnostiske kategorier?

Den israelske psykolog Reuven Feuerstein (fx Feuerstein et al. 2002) har, på baggrund af sine testoplevelser med overlevende jødiske holocaustofre, udviklet en dynamisk udredningsmetode *Learning Propensity Assessment Devise* (LPAD)⁶ og et træningssystem *Instrumental Enrichment* (IE)⁷ af kognitive færdigheder, der opererer med en helt anderledes forståelse af det traditio-

nelle intelligensbegreb. Selv udtrykker han, at han ikke måler intelligens, men skaber den. Feuersteins forståelse af intelligens er, at det er en tilstand i organismen, som manifesterer sig i individets tilbøjelighed til at tilpasse sig nye situationer og ændrede omstændigheder ved hjælp af sine erfaringer. Hans assessmentsmetode går derfor ud på at udsætte børn for læring, der jo altid består af en ændring. Hvis der er noget, man ikke evner, og man får tilført læring, er man så i stand til at ændre sig selv på en sådan måde, at man ved at anvende denne nytilførte læring kan løse opgaver, der før var for svære? I så fald, hævder Feuerstein, har man undergået en begyndende strukturel kognitiv ændring og har altså et ændrings- og læringspotentiale. I Feuersteins optik bliver det interessante nu, ikke hvor barnets kognitive kapacitet er, men i langt højere grad hvilken hjælp og intervention det profiterer af. Feuerstein og Per Lorentzen er altså her på linje med hinanden. En udredning handler lige så meget om udredens opmærksomhed på kvaliteten af den hjælp, som barnet tilbydes og profiterer af. Altså, på hvilken måde lærer barnet, og på hvilken måde kan jeg hjælpe barnet til at lære. En dynamisk udredning af en sådan art anviser praktikerne redskaber til at arbejde videre med barnet. Feuerstein opererer også med, at man kan mangle nogle kognitive forudsætninger, som gør, at man har svært ved at lære, tænke, huske, regne osv, og at disse kognitive forudsætninger kan trænes. Der undervises endnu hverken i Dynamisk Assessment eller i træningssystemet Instrumental Enrichment i Danmark.

6 LPAD Learning Propensity Assessment Devise er det af Feuerstein udviklede dynamiske assessmentbatteri, der består af en pretest, en interventionsfase og en posttest (Se Damon & Røgilds 2013)

7 IE Instrumental Enrichment er et kognitivt træningssystem, der er designet til at træne de kognitive forudsætninger, som ligger til grund for mentale operationer.

Praktikere, der beskæftiger sig med børn og unge med kognitive dysfunktioner, er i mange tilfælde overladt til et udviklingssyn, der anskuer kognitive dysfunktioner som irreversible og iboende barnet. Ifølge Per Lorentzen forventer pædagogisk personale, at der er en bestemt formel, det forventes at man følger, når man som "ekspert" bliver bedt om at forholde sig til problemerne med brugerne. Han hævder, at praktikerne ønsker at "*finde og beskrive et genkendeligt mønster i adfærden. Gerne knytte dette mønster til en velkendt diagnostisk kategori*" (Lorentzen 2011 side 145)

Denne forståelse skaber ringere forventninger til børns udvikling og dermed ringere udviklingsbetingelser for barnet. Lærere og pædagoger og især børnene selv vil være langt bedre hjulpet af interventionsmetoder, der fokuserer på, hvorledes den voksne gennem målrettet arbejde kan udvikle børnenes følelse af kompetence og mod til at udforske problemløsning på højere niveauer, end de selv evner alene. Feuersteins teori om medierende læring fremhæver netop den varme, engagerede, lydhøre og støttende voksnes afgørende bidrag i barnets kognitive udvikling. I denne tilgang leder man efter potentialerne og har særligt fokus på de områder, hvor barnet pludseligt viser evner, man ikke tidligere ville have tiltroet det. Dette er i Feuersteinsk forstand barnets sande potentiale. Tænk, hvis lærere og pædagoger mødtes med forældre om barnets top præstationer og ikke i så høj grad deres nederlag, fejl og mangler. Måske vil min 15-årige søns gaffeltruckkørsel ikke være blevet mødt med samme oprørte reaktioner,

som det var tilfældet hos de, der hørte om det (uden for Roskildefestivalens udvidede normalitetsbegreb), men være blevet kigget på som en oplevelse, der sagde noget om hans kompetencer, når han var motiveret og fyldt af engagement og lyst, og som måske var noget, der kunne bygges videre på i samarbejde mellem institutionen og hjemmet.

Litteratur:

- Buber, M. (1964) Jeg og Du, Munksgård
 Böttcher & Dammeyer, (2010) Handicappsykologi, Samfundslitteratur
 Carr, A. (2006) The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology, Routledge
 Damon, G. & Røgilds, L. (2013) Dynamisk Assessment som psykologisk-pædagogisk redskab, Dansk Psykologisk Forlag
 Feuerstein, R. et. al (2002) Dynamic Assessment of Cognitive Modifiability, The ICELP Press
 Fisker, T. B. (2010) "Socialt udviklingspotentialer hos børn med autisme?", Psyke & Logos nr 2, 2010, Årgang 31
 Gammeltoft, J. (2010), Udviklingspsykologi – en kritisk diskussion, Psyke & Logos nr 2, 2010, Årgang 31
 Hertz, S. (2008) Børne- og ungdomspsykiatri, Akademisk Forlag
 Kistrup, M. (2011) Psykologien i psykiatrien – psykologer i psykiatrien? i, Psykologisk set 82/2011, Bogforlaget Frydenlund
 Lorentzen, P. (2011a) Fra tilskuer til deltager, Materialecentret, Aalborg
 Lorentzen, P. (2011b) Dialog med usædvanlige børn, Materialecentret, Aalborg
 Røgilds, L. (2011) Myndiggørelse og medieret læring i Jerlang, E. (2011) Myndiggørelse i den professionelle praksis, Hans Reitzels Forlag
 Trillingsgaard, A & Elmose, M. Caseformulering – i en udviklingspsykopatologisk referenceramme, Psyke & Logos nr. 2, 2010, Årgang 31
 Vygotsky, L. (1971/74) Tænkning og Sprog I & II, Hans Reitzels Forlag
 Wurzburg G. 2010, Wretchers & Jabberers, Institute on Communication and Inclusion

Den videnskabelige forståelse af ADHD fra det psykiatriske perspektiv



ADHD eller Hyperkinetisk Forstyrrelse, som diagnosen kaldes i den europæiske diagnostiske klassifikation der anvendes i Danmark, er en af de mest omtalte og omdiskuterede diagnoser i nyere tid. Formålet med indeværende artikel er at give en kort introduktion til de videnskabelige landvindinger indenfor den psykiatriske forståelse af, hvordan forstyrrelsen manifesterer sig og diagnosticeres, samt, hvordan vi kan forstå årsagerne til ADHD. Artiklen peger på, at ADHD bedst forstås som en forstyrrelse, der manifesterer sig i mødet mellem individuelle sårbarheder og samfundet. Selvom et væsentligt aspekt ved ADHD omhandler medicinsk behandling og øvrig intervention, vil hovedvægten i indeværende artikel lægge på at forstå baggrunden for ADHD, da forståelse bør gå forud for og inspirere behandling.

Christina Mohr Jensen er cand. psych. og ph.d.-studerende ved Forskningsenhed for Børne- og Ungdomspsykiatri og Institut for Kommunikation, Psykologi, Aalborg Universitetshospital.

Hans-Christoph Steinhausen er professor i Børne- og Ungdomspsykiatri v. Forskningsenhed for Børne- og Ungdomspsykiatri, Psykiatrien, Aalborg Universitetshospital.

1: Hvad er ADHD

1.1 Historie og definition

ADHD som en klinisk diagnose menes på verdensplan at have en prævalens på 5-7 % hos børn, mens prævalensen er faldende med alderen (Polanczyk et al., 2007). Diagnosen ADHD opfattes ofte som værende af nyere dato, men de tidligste beskrivelser af diagnosen går tilbage til George F. Stills forelæsninger i 1902, og diagnosen blev allerede inkluderet i den 2. udgave af den amerikanske sygdomsklassifikation DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) i 1968 under navnet Hyperkinetisk Reaktion i Barndommen. Dog er diagnosen ny i dansk kontekst, da det ikke var før introduk-

tionen af ICD-10 i 1994, at egentlige kriterier og beskrivelser af diagnosen blev tilgængelige for danske klinikere (World Health Organization, 1992).

I både den europæiske og amerikanske klassifikation beskrives diagnosen som en neuropsykiatrisk forstyrrelse, sammensat af kernesymptomerne hyperaktivitet, impulsivitet og uopmærksomhed, der ift. alder, køn og kultur afviger i intensitet og frekvens. I den amerikanske klassifikation (DSM) diagnosticeres ADHD ift. subtype; hhv. primær hyperaktiv-impulsiv subtype, primær uopmærksom subtype og endeligt den kombinerede subtype, der kræver sameksistens af alle tre kernesymptomer. I den europæiske klassifi-

kation, ICD-10, diagnosticeres den samlede type af adfærd under betegnelsen Hyperkinetisk Forstyrrelse og der kræves følgende antal af symptomer:

- Seks symptomer på uopmærksomhed
- Tre symptomer på hyperaktivitet
- Et symptom på impulsivitet.

Mennesker, der primært er påvirkede af symptomer for uopmærksomhed, kan klassificeres som havende en opmærksomhedsforstyrrelse ifølge ICD-10, det der i daglig tale ofte betegnes som ADD (*Attention-Deficit Disorder*). Som mange andre typer af adfærd er uopmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet normative adfærdsformer og ikke problematiske i sig selv. Derfor kræver den diagnostiske klassifikation yderligere, at følgende kriterier er opfyldt for, at man anser et menneske som krydsende grænsen mellem normativ og afvigende adfærd:

- At symptomerne har været til stede fra 7-års alderen
- At symptomerne kan observeres i mere end en kontekst (f.eks. skole, hjem)
- At symptomerne er vedvarende over minimum 6 måneder
- At symptomerne forårsager funktionsindskrænkning.

Kriteriet omkring, at symptomerne skal have været til stede siden 7-års alderen, står dog i øjeblikket overfor en ændring. I midten af 2013 udkom den seneste opdatering af det amerikanske diagnosesystem DSM-5, og her er alderskriteriet hævet til 12 år, da man ikke har haft tilstrækkelig videnskabelig evidens for, at netop 7-års alderen

var et kritisk skæringspunkt for at stille diagnosen validt. Indtil videre er kriteriet i ICD-10 fortsat 7 år for begyndelsestidspunktet, men vi må afvente opdateringen fra ICD-10 til ICD-11 for at se, om den europæiske klassifikation vil følge den amerikanske. Når man i de diagnostiske kriterier taler om, at symptomerne skal bidrage til funktionsindskrænkning, mener man her, at adfærd skal være et problem for individets udfoldelsesmuligheder og udvikling, for at grænsen mellem normativ adfærd og diagnose krydses. Funktion og funktionsindskrænkning kan undersøges ved bl.a. at anvende strukturerede interviews og spørgeskemaer, som struktureret spørger ind til barnets adaptive evner og funktion på en række forskellige domæner. Oftest vurderes funktionen og funktionsindskrænkningen dog på baggrund af skøn, der er dannet igennem samtale med barnet, barnets forældre, miljøobservationer mv. Det er her vigtigt, at barnets adfærd ikke kun er et problem for barnets omgivelser, men at funktionsindskrænkningen ses hos barnet. Hyppigt finder man hos børn med ADHD, at de pga. deres symptomer er bagud i ft. indlæring, at jævnaldrende trækker sig fra barnet pga. dets hyperaktive/impulsive adfærd, således at det ingen venner har, at barnet hyppigt er i konflikt med forældre, lærere og pædagoger og overordnet har en dårligere fornemmelse af selv værd. Det er disse vanskeligheder vi forstår som funktionsindskrænkning.

1.2 Betydningen af køn og alder

Selvom de diagnostiske kriterier for ADHD er fastlagte, er det væsentligt

at forholde sig til, at symptomerne skifter udtryksform livet igennem og kan variere mellem kønnene. Raske førskolebørn er normativt mere uopmærksomme og aktive/impulsive end ældre børn og for, at der hos denne aldersgruppe af børn kan være tale om ADHD, skal disse børn afvige betydeligt fra deres jævnaldrende i denne adfærds frekvens og intensitet, og kravene om funktionsindskrænkning er særligt væsentlige. ADHD var tidligere opfattet som en diagnose, der særligt hørte barndommen til, men over de seneste år har man opdaget, at ADHD problematikken varer ved ind i ungdommen og voksenalderen for cirka 60 % af børn med ADHD (Faraone, Biederman, & Mick, 2006). Hos unge og voksne vil uopmærksomhed oftest være hovedklagen, mens symptomer på hyperaktivitet og impulsivitet er aftaget i både frekvens og intensitet og er ofte reduceret til følelse af indre uro og mindre tydelig fysisk aktivitet, såsom tappen med fingrene og vippen med fødderne. Impulsivitet kan i denne alder vise sig ved en generel øget risikovillighed, blandt andet ift. at eksperimentere med alkohol og stoffer (Barkley et al., 2004), der kan ses øget tendens til konflikter og kriminel adfærd (Barkley et al., 2004), øget risikoadfærd i trafikken (Barkley, Murphy, Dupaul, & Bush, 2002), tendens til at dyrke ubeskyttet sex, have mange og korte intime forhold, og der ses en øget risiko for tidligt at blive forælder (Barkley, 2002; Flory et al., 2006).

Udover at symptomerne ændrer sig livet igennem har forskningen også vist, at der muligvis er forskel i symptomernes manifestation imellem køn-

nene. Nogle undersøgelser peger på forskelle i symptombilledet hos drenge og piger (Kopp, Kelly, & Gillberg, 2010), mens andre ingen forskel finder (Biederman et al., 2005). De studier, der peger på kønsforskelle, fremhæver særligt, at piger med ADHD er mindre fysisk urolige. Piger med ADHD er ofte mest plaget af symptomer på uopmærksomhed, der giver dem store vanskeligheder mht. skolegangen og i komplekse sociale samspil, og de kan være mere stille og indadvendte, end det ses hos drenge med ADHD og jævnaldrende af samme køn (Nussbaum, 2012; O'Brien et al., 2010). Endvidere tyder meget på, at de tillægsvanskeligheder, der ofte ses i sammenhæng med ADHD, kan være forskellige mellem kønnene. I et dansk studie fandt vi, at piger blev diagnosticeret signifikant senere end drenge, og at piger havde en øget risiko, sammenlignet med drenge, for at have affektive forstyrrelser og angst, mens drenge var i øget risiko for sameksistens mellem ADHD og adfærdsforstyrrelser¹, autismespektrums-forstyrrelser mf. (Mohr-Jensen & Steinhausen, 2013a). Denne forskel kan betyde, at piger med ADHD overses af både forældre og lærere, idet deres adfærd er mindre tydelig problematisk end drengenes, og det-

1 Adfærdsforstyrrelser udgør en anden klinisk entitet end ADHD, selvom de to betegnelser nogle gange bruges synonymt i hverdagssproget. Symptomerne for en adfærdsforstyrrelse omhandler forekomsten af oppositionel, aggressiv og for nogle personer egentlig dyssocial adfærd såsom tyveri, seksuel krænkelse, ildspåsættelse mv. ADHD og adfærdsforstyrrelser udgør således separate, men hos nogle børn og unge, overlappende adfærdsdimensioner.

te kan have ledt til underdiagnosticering.

Denne nye viden omkring piger, unge og voksne med ADHD har konkret betydet, at vi i Danmark har set en stor eksponentiel stigning i førstegangsdiagnosticeringen af ADHD hos disse grupper, selvom der også overordnet set, er set en betydelig men mindre kraftig stigning i diagnosticeringen af ADHD hos drengebørn (Mohr-Jensen & Steinhausen, 2013b).

1.3 Diagnosticering, differential diagnostik og komorbiditet

At diagnosticere ADHD på tværs af alder, nationalitet og køn kræver som følge af ovenstående forhold et omhyggeligt klinisk arbejde, der er baseret på en omfattende viden omkring normativ og afvigende udviklingspsykologi. I referenceprogrammer fra både Dansk Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark, 2010) såvel som i internationale guidelines (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2008) foreskrives det, at udredning af ADHD skal baseres på:

- En omfattende udredning af barnet/den unges livshistorie, funktion i skole, hjem og daginstitution og eventuel miljøobservation.
- Udredning af det kognitive niveau (intelligens, tests af specifikke kognitive funktioner)
- Klarlægning af barnet/den unges helbredsmæssige tilstand og sociale forhold.

Dette kan gøres ved at indsamle information fra barnet selv, forældre oa. voksne omkring barnet, igennem en

blanding af strukturerede kliniske interviews, miljøobservationer og ved brug af standardiserede spørgeskemaer. Der lægges vægt på at klarlægge barnets individuelle styrker og svagheder og på, hvordan barnet fungerer i såvel familielivet, venskaber og øvrige sociale systemer.

Et væsentligt område for udredning af ADHD er også det differentialdiagnostiske arbejde og udredning af eventuelle tillægsvanskeligheder såkaldt komorbiditet. Den differentialdiagnostiske udredning er væsentlig, da mange øvrige lidelser og omstændigheder kan få et barn til at fremstå uopmærksomt, impulsivt og hyperaktivt. Herunder kan nævnes posttraumatisk stressyndrom, angst, generel psykosocial belastning og aktivt stofmisbrug. Det er nødvendigt med grundige differentialdiagnostiske overvejelser i udredningsprocessen, for at barnet beskrives korrekt og for at vælge de rette interventioner og foranstaltninger til barnet/den unges problematik. Udredningen af tillægsvanskeligheder er væsentlig, fordi barnets situation og prognose er stærkt afhængig af en passende hensynstagen til og behandling af personens tillægsvanskeligheder udover den potentielle ADHD-problematik. I en ny dansk undersøgelse fandt vi, at ca. halvdelen af børn og unge, i tillæg til ADHD blev diagnosticeret med mindst en anden lidelse første gang, de fik diagnosen ADHD (Mohr-Jensen & Steinhausen, 2013a). Sammenlignet med internationale undersøgelser menes dette at være et konservativt fund (bl.a. Pliszka, 2000). I det danske studie fandt vi, at ADHD oftest sameksisterer med adfærdsforstyrrel-

ser, specifikke forstyrrelser af udviklingen (sprog, indlæring og motoriske færdigheder), autismspektrumsforstyrrelser og mental retardering. I til-læg ses ofte også andre lidelser såsom angst, depression, OCD og tics/Tourette syndrom (Mohr-Jensen & Steinhau-sen, 2013a).

2: Årsager og mekanismer involveret ved ADHD

De diagnostiske kriterier for ADHD er ikke ætiologiske i deres beskrivelser, og indtil videre er der ikke belæg for at diagnosticere ADHD på baggrund af hverken hjernescanninger, særlige neuropsykologiske tests eller blodprø-ver pga. disses manglende specificitet. De seneste mange års forskning har dog rykket os tættere på at forstå bag-grunden for, hvorfor vi hos nogle indi-vider kan se de beskrevne afvigelser i adfærden igennem udforskning af bl.a. genetik, neuroanatomi og neuropsyko-logi. Der har været forsket i disse for-skellige domæner og årsager til ADHD, og en brugbar model, der kan danne overblik over den omfattende og kom-plekse forskning, er fremstillet i figur 1. Ud fra denne model ser man, at der er flere veje til det samme udtryk i ad-færden, hvor vi måler symptomerne og stiller diagnosen såkaldt multifinalitet. Genetiske sårbarheder kan spille en stor rolle, men disse interagerer også med faktorer i miljøet. En vigtig pointe er således, at ingen faktorer bør ses som deterministiske og ADHD bør som mange andre psykiske og fysiske lide-lser forstås ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv.

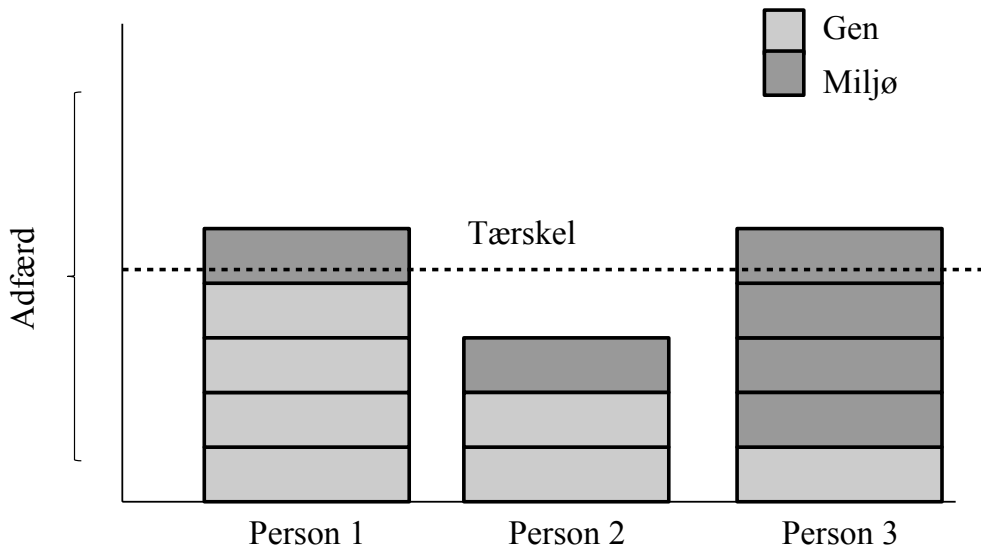
Udover at miljøet er en væsentlig komponent ift. at forstå årsagen til

ADHD, er det også væsentligt at poin-tere, at tærskelgrænsen for, hvornår en adfærd går fra at være normativ til at være afvigende, er kulturelt og hi-storisk betinget. Uopmærksomhed, hy-peraktivitet og impulsivitet har ikke nødvendigvis altid været problematisk, men er problematisk i et samfund som vores, hvor individet forventes at have stor selvstændighed, forventes at kun-ne udøve effektiv selvkontrol, hvis det skal accepteres og fungere. Dette er ikke ensbetydende med, at ADHD som diagnose ikke er valid eller vigtig, men blot at de kulturelle og historiske ind-retninger af samfundet har indflydelse på, hvordan vi forstår mennesket, og hvordan det enkelte menneske funge-rer i sin samtid.

Med modellens antagelser og forstå-elser på plads, vil de kommende afsnit uddybe og opsummere den nyeste vi-den omkring årsager og mekanismer involveret ved ADHD og give et indblik i, hvordan vi kan forstå adfærden som betinget af genetik, afvigelser i den neuroanatomiske og neuropsykologiske funktioner samt betinget af miljøet:

2.1 Genetik

Fra talrige studier af adopterede børn, tvillinger, familier mv. ved vi, at ADHD er arveligt og således også, at årsagen til ADHD er påvirket af gene-tiske faktorer. Vi ved i dag, at der er en øget risiko for, at et barn har ADHD, hvis andre i familien har det, og vi ved ligeledes, at denne familiære transmission ikke er forklaret alene ved, at der sker en miljøpåvirkning af barnet fra forældrene. Studier af bort-adopterede børn viser, at selv uden miljøpåvirkning fra den biologiske for-



Figur 1: ADHD er en multifaktoriel lidelse

ælder ses en øget risiko for udvikling af ADHD (Nigg, 2006). Måden man har påvist dette på, er igennem genetiske studier, hvor man ser på konkordans (sammenfald) af adfærd mellem børn og deres forældre, søskende mf. Fra denne forskning kan man aflede, at genetik forklarer en stor del af den observerede varians.

På grund af de overbevisende fund fra adfærdsgenetikken har molekylærgenetiske studier været udført for at identificere, hvilke gener og afvigelser i disse der er involveret i den observerede arvelighed. Denne forskning er omfattende, men særligt to hovedpointer fremhæves her. Først og fremmest har forskningen vist, at der ikke er et gen, der medfører ADHD, sådan som det f.eks. ses ved lidelser som Huntingtons lidelse. Vi skal nærmere forstå ADHD som en polygen lidelse, hvor

forskellige afvigelser i gener i kombination og i interaktion med miljøfaktorer øger risikoen for, at et barns adfærd og funktionsniveau krydser tærsklen fra normativ til afvigende (figur 1). Den anden hovedpointe er, at afvigelser i gener, der er involveret i kodning for receptorer, gener der koder for processer som nedbrydning og omdannelse af neurotransmitterne dopamin, serotonin og noradrenalin er associeret med ADHD. Afvigelser i disse gener er ikke kun dokumenteret at være overhyppige hos mennesker med ADHD symptomer, men disse fund korrelerer også med både neurobiologiske såvel som neuropsykologiske afvigelser, der ofte ses hos mennesker med ADHD (se review Banaschewski et al., 2010).

2.2 Neuroanatomi og neuropsykologi

Ligesom der i genetikken ikke kun er et gen for ADHD, findes der ikke entydige måder, hvorpå en person med ADHDs hjerne ser ud eller fungerer, og der findes ikke en entydig neuropsykologisk ADHD profil. Børn, unge og voksne med ADHD er meget forskellige, og denne forskellighed manifesterer sig også i de afvigelser, der ses i neuroanatomien og i den neuropsykologiske funktion hos den enkelte person. En række afvigelser er dog dokumenteret hos personer med ADHD på gruppeniveau. Afvigelser i neuroanatomi og neuropsykologisk funktion er både genetisk medierede og påvirkelige af det biologiske og sociale miljø. Blandt andet er lav fødselsvægt, for tidlig fødsel, komplikationer under graviditeten, senere hjerneskade, massivt omsorgs-svigt og et generelt fravær af et stimulerende udviklende miljø væsentlig for, hvordan børns hjerner og de tilknyttede funktioner udvikler sig (Thapar, Cooper, Eyre, & Langley, 2013). Endvidere er den neuropsykologiske funktion i dagligdagen stærkt påvirkelig af miljøets indretning, således at funktionen i de enkelte kognitive systemer f.eks. påvirkes af forhold som lyd, lys, den psykiske tilstand mere overordnet og overskuelighed og struktur i dagligdagen.

Indenfor studier af neuroanatomien ved personer med ADHD menes særligt den frontale cortex og basalganglierne, der begge er relateret til de eksekutive funktioner og motivation, at være involveret. Videre er der god evidens for, at corpus callosum er påvirket, en struktur, der forbinder hjerne-

delene og således er væsentlig i kommunikationen mellem hjernens dele. Også cerebellum, lillehjernen, menes at være påvirket hos personer med ADHD, en struktur involveret i bl.a. fornemmelse af tid og motorik. Disse hjernestrukturer er på forskellig vis relateret til udførelse af specifikke opgaver, men pga. hjernens forbundethed påvirker afvigelser i en struktur også funktionen i andre. Generelt er disse hjernestrukturer fundet at have en 10 % mindre volumen hos personer med ADHD, der observeres højere frekvenser af hjernes langsomme hjernebølger hos personer med ADHD, samt mindsket tilgængelighed af hjernens signalstoffer herunder særligt dopamin (Swanson & Castellanos, 2002; Nigg, 2006).

Indenfor det neuropsykologiske forskningsparadigme er flere teoretiske modeller fremtrædende ift. forståelsen af ADHD, men særligt fremtrædende er flervejsmodellen, der fremhæver, at mennesker med ADHDs adfærd kan skyldes deficits i systemer relateret til opmærksomheds-funktionen, eksekutiv funktion, forstyrrelse i forholdet mellem motivation og belønning og forstyrrelse i tidsbearbejdningen (Sonuga-Barke, Bitsakou, & Thompson, 2010). Disse afvigelser kan forekomme separat eller i kombination. Selvom teorier omkring de kognitive komponenter ofte præsenterer de enkelte neuropsykologiske funktioner som adskilte, kan man med fordel forstå disse som interrelaterede og hierarkisk opbyggede, således at forstyrrelse i basale kognitive evner som opmærksomhed og arousal vil påvirke funktionen i de f.eks. mere komplekse ekseku-

tive funktioner. For overblikkets skyld redegøres der her kort for de forskellige komponenter, hvor der er god evidens for at være påvirkning hos mennesker med ADHD.

2.2.1 Opmærksomhed

Navnet ADHD antyder, at opmærksomhedsfunktionen hos personer med ADHD er påvirket. Evnen til at være opmærksom er sammensat af funktionen i flere opmærksomhedssystemer og forskningen viser, at langt fra alle disse komponenter i opmærksomhedsstyringen er påvirkede hos personer med ADHD. Ved ADHD har særligt opmærksomhedsfunktionen relateret til årvågenhed/arousal gentagne gange vist sig at være påvirket (Nigg, 2006). Årvågenhed og arousal omhandler evnen til at holde et optimalt spændingsniveau i dagligdagens opgaver. Problemer relateret til arousal/årvågenhed ses hos personer med ADHD som problemer med langsom reaktionstid og vanskelighed ved at opretholde en årvågen tilstand i særligt kedelige situationer af lang varighed, hvor der kun er ringe stimulering. Omvendt kan personer med ADHD i stimuli-rige situationer fremstå upåfaldende. Derfor ses det ikke sjældent hos mennesker med ADHD, at de kan være opmærksomme og koncentrere sig ved stimulerende opgaver (f.eks. et computerspil, løsning af afgrænsede opgaver i en 1:1 situation), mens relativt stimuli-fattige situationer (f.eks. langvarig tavleundervisning) gør det vanskeligt for personer med ADHD at holde sig årvågne/koncentrerede. Det ses her tydeligt, hvordan den neuropsykologiske funktion og herigennem individets konkrete

evne til at fungere optimalt i sit miljø er stærkt påvirkeligt af bl.a. miljøets indretning. Dette gælder i særlig grad, hvis individets grundlæggende evne er indskrænket, som vi ser det hos personer med ADHD.

2.2.2 Eksekutiv funktion/kognitiv kontrol

Begrebet eksekutiv funktion er omdiskuteret, men generelt accepteret og omhandler evnen til selvregulering. Selvregulering og nært knyttet hertil, selvkontrol er afhængig af en lang række kognitive og adfærdsmæssige processer, der er væsentlige, når individet skal handle målbevidst og vælge og hæmme adfærd afhængigt af situationens muligheder og krav. Netop disse kompetencer ses ofte at være påvirkede hos mennesker med ADHD, der bl.a. ofte handler, før de tænker, og som ofte har svært ved fleksibelt at tilpasse sig forskellige situationers krav og forventninger. Meta-analyser har særligt fundet afvigelser mellem personer med ADHD og raske kontrolpersoner i følgende kognitive processer involveret i kognitiv kontrol/eksekutiv funktion (Nigg, 2006):

- *Interferenskontrol*: Er evnen til at fokusere på relevante stimuli og ignorere ikke-relevante stimuli. Problemer med denne funktion leder til vanskeligheder med at sortere i såvel ydre stimuli (f.eks. at fokusere på undervisningen når andre børn snakker) som indre stimuli (egne tanker).
- *Arbejdshukommelse*: Omhandler evnen til at holde sig noget bevidst, mens man foretager sig noget andet eller mere generelt evnen til at have flere ting i gang samtidigt. Proble-

mer med arbejdshukommelsen manifesterer sig bl.a. ved vanskeligheder med at huske og følge komplekse instruktioner og gør, at man kan glemme at fuldføre opgaver hvis man afledes undervejs.

- *Responshæmning*: Omhandler evnen til at hæmme en præpotent respons (f.eks. at råbe noget ud i klassen), hvis situationen byder noget andet (læreren taler eller man bør være stille).
- *Aktivering*: Omhandler evnen til at reagere effektivt og passende i en given situation. Problemer med optimal aktivering kan f.eks. resultere i, at der handles og tales for tidligt eller sent ift. hvad situationen kræver
- *Kognitiv fleksibilitet*: Omhandler evnen til at problemløse effektivt og til at skifte strategi.

2.2.3 Motivation og belønning

Hos mennesker med ADHD menes evnen til at opretholde motivationen over tid og til at modtage forsinkede belønninger at være hæmmet. Vanskelighed ved dette, kaldet *delay aversion*, er af yderste vigtighed for vanskeligheden ved indlæring (skolemateriale, regler, normer mv.) hos børn med ADHD, fordi tidsrummet, hvori den klassiske adfærdsmæssige betingning af adfærd er kortere end hos børn uden ADHD (Sagvolden, Johansen, Aase, & Russell, 2005). Derfor ses der ofte en positiv effekt ved at engagere børn med ADHD i korte delopgaver med tydelig/konkret ros/ankerkendelse/belønning undervejs, der ligger tidsmæssigt nært forekomsten af den ønskede adfærd, fordi der i sådanne situationer kompenseres for deres manglende udholdenhed/ motiva-

tion over tid, og risikoen for fejlindlæring mindskes.

2.2.4 Timing

Timing relaterer sig til fornemmelsen af et indre ur, der angiver, hvor lang tid der er gået, og hvor længe der er igen. Det er en evne der gør os i stand til at bestemme de tidsmæssige aspekter og sammenhænge af hændelser i vores dagligdag og den er nødvendig for vores evne til at time vores adfærd. Denne evne har vist sig at være påvirket hos nogle børn med ADHD og har betydning for den hyperaktivitet og impulsivitet, der ses hos børn med ADHD, fordi bl.a. uro og vanskelighed med at vente på tur samt planlægningsvanskeligheder bl.a. opstår på baggrund af en svagere fornemmelse af tid (Toplak, Dockstader, & Tannock, 2006).

3: Betydning af miljø – korrelation og interaktion

Med baggrund i denne viden omkring børn og unge med ADHDs enten medfødte og pådragede og miljøbetingede vanskeligheder kan man begynde at danne sig et billede af, hvorfor børn og unge med diagnosen ADHD oplever den omtalte funktionsindskrænkelse og de beskrevne typer af adfærd. Det er som nævnt væsentligt, at vi ikke forstår forstyrrelserne i de beskrevne systemer som deterministiske, men forstår, at disse dispositioner er i et konstant vekselvirkende samspil med miljøet. Denne proces kan overordnet beskrives som sårbarheds-miljø interaktioner. Inddragelsen af begrebet om sårbarheds-miljø interaktioner er nyttigt, fordi det skærper opmærksomhe-

den på, at miljøet er af stor betydning for, hvordan børn/unge/voksne med ADHD fungerer til dagligt. Begrebet kan danne grundlag for at tænke over, hvordan mødet med miljøet danner rammen for, at dispositioner bliver til vanskeligheder og vice versa. Her beskrives disse interaktionsprocesser kort ift., hvordan de kan pågå i skole og hjem for at illustrere, hvordan en sammentænkning af individuelle ressourcer og sårbarheder og miljø er nødvendig for at forstå og hjælpe personer med ADHD. Yderligere miljøer, hvor mennesker med ADHD oplever deres sårbarheder støde sammen med miljøet, og hvor vanskeligheder kan opstå, er i venskaber, i arbejdslivet, parforholdet mv.

3.1 Skolelivet/institutionen

Børn og unge med ADHD er ofte ikke mindre intelligente end børn uden ADHD, men pga. deres neuropsykologiske vanskeligheder har de svært ved at leve op til de krav, de stilles overfor i skolen. Derfor ses der ikke sjældent funktionsindskrænkning i skolelivet, der bevirker, at deres indlæring er tilbagestående, at de er i hyppig konflikt med bl.a. lærer og pædagoger og kan møde modstand fra andre elever såvel som deres forældre. Man kan sige, at folkeskolen og det senere uddannelsessystem stiller store krav til individet ift. at udøve effektiv selvkontrol og fleksibilitet. Man skal kunne sidde stille over længere tid, man skal arbejde koncentreret og have ansvar for egen læring samt være fleksibel ift. at gå til og fra fag og forskellige arbejdsformer. Dog oplever børn med ADHD qua deres vanskeligheder, at de bl.a. nemt di-

straheres i klasseværelset, og at det er vanskeligt at opretholde arousal i lange undervisningstimer, hvor der oftest er temporalt langt mellem den positive og motiverende forstærkning. De mangler overblik og fleksibilitet, og derfor kan relativt ustrukturerede undervisningstimer med f.eks. gruppearbejde og mindre tydeligt formulerede krav og regler siges at udfordre mange børn og unge med ADHD over evne. Man kan således sige, at børn med ADHD har sårbarheder, der træder tydeligere frem i konteksten, som skolen tilbyder børn og unge, og der opstår altså et misforhold mellem ressourcer/sårbarheder og miljøet.

Det er væsentligt at intervenere i skolen for at sikre, at disse børn ikke falder fagligt bagud til trods for, at de har forudsætninger for både indlæring og for at erhverve sig kompetencer. Dette er væsentligt dels fra et samfundsøkonomisk perspektiv (Kotsopoulos, Connolly, Sobanski, & Postma, 2013; Doshi et al., 2012), men ligeledes fordi en dårlig skolegang har vidtrækkende konsekvenser for barnet i et livsperspektiv. Studier, der har fulgt børn med ADHD fra barndom ind i voksenalderen, samt studier af voksne med ADHD, viser tydeligt, at børn med ADHD oftere har måttet gå klasser om, at de får lavere karakterer, mindre uddannelse, oftere oplever arbejdsløshed og er økonomisk afhængige af enten det sociale system eller pårørende (Loe & Feldman, 2007; Washbrook, Propper, & Sayal, 2013; Biederman et al., 2008). En række evidensbaserede interventionsprogrammer er udviklet specielt til skoler, der arbejder med inklusion og mod at forme miljøet i sko-

len på en måde, der gør sammenstødet mellem de svage børns dispositioner og skolemiljøet mindre markant (se bl.a. *Jitendra, Dupaul, Someki, & Tresco, 2008; Tresco, Lefler, & Power, 2010, Dyssegaard, Larsen & Tiftikçi, 2013*).

3.2 Familielivet

Klinisk erfaring og talrige studier dokumenterer, at det er særdeles udfordrende at have et barn med ADHD. Ofte er selv dagligdagsrutiner udfordrende, såsom spisetider, hvor barnet har svært ved at sidde stille og roligt ved middagsbordet, barnet skal have de samme ting at vide igen og igen, der opstår hyppige konflikter mellem barnet med ADHD og deres søskende, familien kan have problemer med at tage på udflugt og familiebesøg pga. barnets vanskeligheder osv. Mange forældre til børn med ADHD og føler sig utilstrækkelige som forældre, fordi det, der normalt har virket på f.eks. raske søskende, ikke slår til i opdragelsen af barnet med ADHD og fordi de for tit oplever at skælde ud og have konflikter med deres barn. Ydermere kan det opleves som en stor sorg for forældre at måtte indstille sig på, at ens barn har vanskeligheder. Alle disse faktorer kan lede til stress og depression hos forældre. Den dårlige samvittighed og udmattelse hos forældrene kan lede til en stigning i den negative kommunikation i familien, hyppig brug af autoritære og uvirksomme opdragelsesstile, der igen indvirker negativt på barnets adfærd, da stress og belastning kan forværre barnets grundlæggende vanskeligheder (figur 1) (Gau & Chang, 2013; Chang, Chiu, Wu, & Gau, 2013). Studier af gen-miljø korrelationer har vist,

at disse negative spiraler ikke blot kan forklares på baggrund af forældres f. eks. autoritære personligheder, men at børn med ADHD har en uheldig tendens til at fremprovokere en negativ og autoritær forældrestil hos ellers afslappede forældre, igennem en såkaldt evokativ gen-miljø korrelationsproces (Scarr & McCartney, 1983). Dermed stilles der på mange måder ekstra store krav til forældre til børn med ADHD, ligesom familielivet med dets mange dagligdagsopgaver stiller store krav til barnet med ADHD.

Forholdet kan også kompliceres, hvis en eller begge forældre selv har ADHD eller lignende vanskeligheder, da det miljø, forældrene kan tilbyde deres børn, kommer til at korrelere med deres egne sårbarheder/ressourcer. Det kan betyde, at rutiner og faste rammer kan være svære at opretholde, og at forældrene generelt har mindre overblik og overskud. Det er med baggrund i ovenstående viden altså væsentligt at hjælpe og støtte familier, som har børn eller unge med ADHD, uanset om forældrene har ADHD eller ej, dels for at sikre familiens velvære som samlet hele, men også ift. at sikre at barnet med ADHD vil opleve livet i familien som et trygt og udviklende sted. Studier har vist en positiv effekt af psyko-udikation af forældre (Montoya, Colom, & Ferrin, 2011), og der er efterhånden god evidens for brugen af forældretræningsprogrammer (Charach et al., 2013; Zwi et al., 2011). I Danmark findes en række behandlingsprogrammer, der søger at hjælpe familier til børn med ADHD med det sigte at forbedre klimaet i familien og på længere sigt at skabe mulighed for positiv

udvikling. Blandt sådanne programmer er New Forest forældretræningsprogrammet, De Utrolige år og ADHD foreningens program Kærlighed i Kaos.

Det er væsentligt at påpege, at psykosocial intervention i skole og hjem kun i ringe grad har effekt på kerne-symptomerne ved ADHD (Sonuga-Barke et al., 2013), men studierne viser en god effekt ift. at nedbringe antallet af dagligdagskonflikter, øge forældres/læreres følelse af kompetence og kontrol og øger antallet af positive forældre-barn-interaktioner. Disse tilpasninger af miljøet kan enten alene eller i samspil med medicinsk behandling have positiv indvirkning på barnets prognose og dagligdagsfunktion. Blandt andet kan sådanne interventioner skabe muligheder for, at barnet kan indlære bedre, det kan udvikle barnets sociale kompetencer, selvværdet kan forbedres, og de kan mindske risikoen for udviklingen af yderligere tillægsvanskeligheder. Indsatsen i familien og skolen, kan således ikke helbrede ADHD, men netop reducere antallet af miljøbelastninger barnets udsættes for og være medvirkende til at flytte grænsen for, om barnets adfærd og funktion er væsentligt over eller under tærskelniveau (figur 1). Der synes således at være meget at hente ift. at mindske barnets og familiens oplevelse af funktionsindskrænkelse og ift. at øge livskvaliteten.

4: Hovedkonklusioner

Indeværende artikel har fremhævet en forståelse af ADHD som en neuropsykiatrisk forstyrrelse, der bedst forstås i spændingsfeltet af faktorer mellem ge-

netik, neuroanatomi, neuropsykologi og miljø. Mange børn og unge med ADHD har medfødte og pådragede vanskeligheder, der gør dem sårbare i mødet med skolelivets, familiens og det brede samfunds krav. Et væsentligt aspekt i at forbedre forløbet for børn og unge med ADHD er en tidlig indsats, hvor man forsøger at kompensere for disse børn og unges vanskeligheder og hjælpe dem til at lære nyttige strategier til at håndtere deres vanskeligheder igennem en individualiseret og reflekteret balancegang mellem krav og kompensation. Væsentligt for denne indsats er en grundig forståelse af det enkelte barns vanskeligheder og generel god viden omkring børn og unge med ADHDs styrker og svagheder.

Litteraturliste

- Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B., & Coghill, D. (2010). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. *European Child Adolescent Psychiatry*, 19, 237-257.
- Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 Suppl 12, 10-15.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 195-211.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., Dupaul, G. J., & Bush, T. (2002). Driving in young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Knowledge, performance, adverse outcomes, and the role of executive functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 655-672.
- Biederman, J., Kwon, A., Aleardi, M., Chouinard, V. A., Marino, T., Cole, H. et al. (2005). Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1083-1089.

- Biederman, J., Petty, C. R., Fried, R., Kaiser, R., Dolan, C. R., Schoenfeld, S. et al. (2008). Educational and occupational underattainment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1217-1222.
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark (2010). Faglig retningslinje vedr. udredning og behandling af ADHD hos børn og unge. BUPnet.dk Tilgængelig på: http://www.bupnet.dk/media/ADHD_faglige_retningslinier_revideret_26.06.12.pdf
- Chang, L. R., Chiu, Y. N., Wu, Y. Y., & Gau, S. S. (2013). Father's parenting and father-child relationship among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 128-140.
- Charach, A., Carson, P., Fox, S., Ali, M. U., Beckett, J., & Lim, C. G. (2013). Interventions for preschool children at high risk for ADHD: a comparative effectiveness review. *Pediatrics*, 131, e1584-e1604.
- Doshi, J. A., Hodgkins, P., Kahle, J., Sikirica, V., Cangelosi, M. J., Setyawan, J. et al. (2012). Economic impact of childhood and adult attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 990-1002.
- Dyssegaard, CM., Larsen, MS. & Tiftikç, N. (2013) Effekt og pædagogisk indsats ved inklusion af børn med særlige behov i grundskolen, *Clearinghouse- forskningsserien nr. 13*. Tilgængelig på http://edu.au.dk/fileadmin/edu/Udgivelser/Clearinghouse/Review/review_inklusion_2013.pdf
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36, 159-165.
- Flory, K., Molina, B. S., Pelham, W. E., Jr., Gnagy, E., & Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 571-577.
- Gau, S. S. & Chang, J. P. (2013). Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 1581-1594.
- Jitendra, A. K., Dupaul, G. J., Someki, F., & Tresco, K. E. (2008). Enhancing academic achievement for children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: evidence from school-based intervention research. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14, 325-330.
- Kopp, S., Kelly, K. B., & Gillberg, C. (2010). Girls with social and/or attention deficits: a descriptive study of 100 clinic attenders. *Journal of Attention Disorders*, 14, 167-181.
- Kotsopoulos, N., Connolly, M. P., Sobanski, E., & Postma, M. J. (2013). The fiscal consequences of ADHD in Germany: a quantitative analysis based on differences in educational attainment and lifetime earnings. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 16, 27-33.
- Loe, I. M. & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 643-654.
- Mohr-Jensen, C. & Steinhausen, H. C. (2013a). Comorbid mental disorders in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a large Danish registry study. (Submitted)
- Mohr-Jensen, C. & Steinhausen, H. C. (2013b). Nationwide time trends in incidence rates of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder across the lifespan in Denmark: trends by time, cohort, age and sex. (Submitted)
- Montoya, A., Colom, F., & Ferrin, M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *European Psychiatry*, 26, 166-175.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2008). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. <http://www.nice.org.uk/cg72>. Tilgængelig på: <http://www.nice.org.uk/cg72>
- Nigg, J. T. (2006). *What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why*. New York: The Guilford Press.
- Nussbaum, N. L. (2012). ADHD and female specific concerns: a review of the literature and clinical implications. *Journal of Attention Disorders*, 16, 87-100.
- O'Brien, J. W., Dowell, L. R., Mostofsky, S. H., Denckla, M. B., & Mahone, E. M. (2010). Neuropsychological profile of executive function in girls with attention-deficit/

- hyperactivity disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 656-670.
- Pliszka, S. R. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 525-40, vii.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.
- Sagvolden, T., Johansen, E. B., Aase, H., & Russell, V. A. (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *The Behavioral and Brain Sciences*, 28, 397-419.
- Scarr, S. & McCartney, K. (1983). How people make their own environments: a theory of genotype greater than environment effects. *Child Development*, 54, 424-435.
- Sonuga-Barke, E., Bitsakou, P., & Thompson, M. (2010). Beyond the dual pathway model: evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 345-355.
- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M. et al. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170, 275-289.
- Steinhausen, H. C. E. (2011). *ADHD – livslange perspektiver og særlige behov*. Danmark: Dansk Psykologisk Forlag.
- Swanson, J. M. & Castellanos, F. X. (2002). Biological bases of ADHD--Neuroanatomy, genetics, and pathophysiology. I *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science-best practices*, (2002), (pp. 7-1-7-20).
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 3-16.
- Toplak, M. E., Dockstader, C., & Tannock, R. (2006). Temporal information processing in ADHD: findings to date and new methods. *Journal of Neuroscience Methods*, 151, 15-29.
- Tresco, K. E., Lefler, E. K., & Power, T. J. (2010). Psychosocial Interventions to Improve the School Performance of Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Mind & Brain*, 1, 69-74.
- Washbrook, E., Propper, C., & Sayal, K. (2013). Pre-school hyperactivity/attention problems and educational outcomes in adolescence: prospective longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders – Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Systematic Reviews*, CD003018.

Børn med diagnoser som pædagogisk-psykologisk udfordring



Dialektisk balancegang mellem psykomedicinske og kontekstorienterede forståelser

I den psykomedicinske model er det barnets afvigelser som et biologisk og adfærdsmæssigt forhold i barnet, der beskrives og behandles. Den modsatrettede bevægelse, med vægten på social udpegning og diagnosen som en mærkat der dækker over marginaliserings- og eksklusionsprocesser, beskriver hovedsageligt vanskelighederne ud fra en social vinkel. Denne artikels dialektiske balancegang mellem de to positioner vil udfolde en forståelse af diagnoser som ADHD eller autismspektrumforstyrrelser, som tager udgangspunkt i at en eller flere biologiske afvigelser meget vel kan være den oprindelige årsag til mange af de problemer, børnene og deres omgivelser oplever. Men alligevel er det ikke den biologiske afvigelse *alene*, som bliver årsag til deres vanskeligheder. Først ved også at inddrage samspillet mellem barnets anderledes forudsætninger og de sociale og samfundsmæssige betingelser, det lever i og hvordan uoverensstemmelsen mellem barnet og omgivelserne skaber problemer og udfordringer, kan diagnosen blive nyttig. Nemlig som dialektisk redskab til at analysere de psykologiske og pædagogiske udviklingsmæssige konsekvenser af at have en psykisk udviklingsforstyrrelse af typen ASD eller ADHD – frem til diagnosetidspunktet og videre i barnets liv.

Louise Böttcher, cand. Psych og lektor ved Institut for uddannelse og pædagogik, DPU, Aarhus Universitet

Der er mange holdninger og perspektiver til diagnoser, herunder hvad de udspringer af og hvorvidt de er hjælpende eller skadelige for det barn, den unge eller den voksne, der skal leve med diagnosen. Med diagnoser mener jeg de specifikke diagnoser på psykiske udviklingsforstyrrelser, som dette temanummer har som omdrejningspunkt; autismspektrumforstyrrelser (ASD) og ADHD (APA, 2013). Det kan derfor være nødvendigt med en indledende skitsering af hvordan jeg opfatter begrebet “diagnose”, med den første del

af min artikel som argumentation for den indledende skitserede forståelse. Denne del har jeg kaldt “Diagnoser i et dialektisk perspektiv”. Den anden del af artiklen vil, på baggrund af det dialektiske perspektiv, se nærmere på, hvordan diagnoser kan være et redskab til at analysere de psykologiske og pædagogiske *udviklingsmæssige konsekvenser* af at have en psykisk udviklingsforstyrrelse af typen ASD eller ADHD. Diagnoser betragtes nogle gange som en statisk beskrivelse af barnet. Med denne artikel vil jeg gerne be-

tone at diagnoser kan anvendes dynamisk som undersøgelsesredskaber med henblik på at skabe udviklingsmuligheder for de børn, der diagnosticeres.

Diagnosen kan indledende beskrives som en mærkat på noget, der er vanskeligt, volder vanskeligheder – for barnet, for barnets omgivelser eller for begge dele. Både her og nu, men når diagnosen beskrives som en udviklingsforstyrrelse, formidler det en forventning om at vanskelighederne kan vare ved. Der er noget ved barnet selv, og ved barnets måde at agere på, som er vanskeligt på en særlig måde og på et så omfattende niveau, at det har levet op til de diagnostiske kriterier for den pågældende diagnose. Årsagen er dog ikke givet ud fra diagnosen. Særlig for ADHD diagnosen er der en stående debat om, hvorvidt brugen af diagnosen hovedsageligt betegner børn med biologiske afvigelser eller om den er udtryk for et pædagogisk individualistisk mangelsyn (fx Nielsen og Jørgensen, 2010). Blandt den store gruppe af forskere, som arbejder ud fra den antagelse at ADHD har årsag i biologiske afvigelser, er det fremdeles vanskeligt at skabe en syntese mellem de ansatser til forklaringer, forskningen har opnået på forskellige niveauer; her mener jeg genetiske, neurokemiske, cerebral strukturelle/funktionelle, neuropsykologiske og adfærdsmæssige niveauer. Også i forhold til ASD diagnoserne mangler der konsensus om, hvad vanskelighederne som sådan består af bag ved de adfærdsmæssige symptomer.

Som en indledende indkredsning tager denne artikel udgangspunkt i den antagelse, at de børn, som har fået el-

ler får en ADHD eller ASD diagnose, har en eller anden form for biologisk afvigelse, som blandt andet påvirker deres sociale funktion og udvikling. Men samtidig er der en betydelig varians. Begge diagnoser anvendes om en meget bred gruppe af børn, hvis symptom-billede varierer betydeligt såvel i kvalitet som kvantitet. To børn med samme diagnose kan være lige så forskellige fra hinanden som to børn uden en diagnose. Og som andre børn varierer de i deres måde at være på hen over tid og i forhold til de andre børn og voksne, de er sammen med. Denne varians, man kan også sige forstyrrelsernes dynamiske karakter – både for det enkelte barn og mellem forskellige børn – må integreres i forklaringer og forståelser. Hvordan kan antagelsen om at barnet har en biologisk afvigelse fungere sammen med en opfattelse af barnet som en aktiv person, der lever sit liv sammen med andre børn og voksne? Hvordan kan biologisk årsagstænkning undgå at være deterministisk?

Biologiske afvigelser – tilgange til en psykomedicinsk og neuropsykologisk forståelse

Set udefra kan de psykomedicinske og neuropsykologiske tilgange forekomme entydige og deterministiske. Indefra er billedet mere broget, idet forklaringerne bygger på forskellige teorier og giver forskellig vægt til de vanskeligheder, der adfærdsmæssigt ses og diagnosticeres. Tannock (2003) refererer fire forskellige neuropsykologiske forklaringsmodeller for ADHD og konkluderer efterfølgende at den store heterogenitet blandt børn med ADHD peger i

retning af at diagnosen neuropsykologisk set rummer forskellige årsager og forskellige udviklingsveje, hvorfor en enkelt neuropsykologisk forklaringsmodel hverken er mulig eller ønskelig. Det der i stedet kan være målet, set fra et neuropsykologisk perspektiv, er en model for tilstanden ADHD, der arbejder med multiple årsager på det biologiske plan, både genetiske og neurokemiske, som både alene og i interaktion med hinanden bliver årsag til afvigelser på det neurale niveau og bliver til adfærdstyper inden for et spektrum, hvor forskellige børn i forskellig grad har vanskeligheder inden for en række ADHD-karakteristiske områder: behovs- og belønningsudsættelse, eksekutive funktioner fx adfærdshæmning (inhibition), opmærksomhed mv. (Tannock, 2003). Ligeledes er forskningsresultaterne inden for ASD området stillet overfor den udfordring at finde modeller, der kan samle resultater fra mange niveauer og fx arbejde med flere co-eksisterende neuropsykologiske deficits for på den måde at favne diversiteten blandt ASD diagnoserne. Ligeledes peger forskningen på at ASD på det genetiske niveau er kendetegnet ved heterogenitet (Bailey et al., 1996). Biologiske afvigelser vil således dække over et spektrum af små og større biologiske variationer, på forskellige niveauer og i samspil med hinanden og med miljøet (I referencerne ovenfor er samspillet mellem gener særligt fremtrædende i autisemeforskningen (Bailey et al., 1996), mens samspillet mellem gener og miljøet er fra Tannock (2003) om ADHD). Når jeg skriver at jeg går ud fra at barnet har en medfødt afvigelse, er det indledende en afstandsta-

gen fra de rent sociale forståelsesmodeller om at diagnoser er socialt skabte kategorier. I stedet læner jeg mig op ad bio-medicinsk og neuropsykologiske forskning. Her er pointen at den eller de biologiske afvigelser hos børn med diagnoser dækker over mange forskellige typer af afvigelser.

Tidligere byggede forståelser af børns neuropsykologiske udvikling på indsigter fra voksenneuropsykologien. Udviklingen af de moduler – kognitive enheder – der karakteriserer det voksne neurale system, blev overvejende forstået som genetisk betingede (Karmiloff-Smith, 1998). Det nyere neurokonstruktivistiske perspektiv tager et andet udgangspunkt, idet det arbejder ud fra en forudsætning om at udvekslingsprocesser mellem barnets plastiske neurale system og omgivelserne former barnets hjerne. En anden pointe i det neurokonstruktivistiske perspektiv (Karmiloff-Smith, 1998; Segalowitz & Hiscock, 2002) er at såvel den normale som den unormale udvikling skal forstås fortløbende dynamisk, således at resultatet fra interaktioner gen-gen og gen-miljø har en feedforward påvirkning på barnet og omgivelserne som et åbent udviklende system. Barnets måde at percipere og processe sin omverden virker tilbage på dets kognitive system. Tendenser kan bestyrkes, nuanceres, udslukkes. Over tid kan det betyde at små, uspecifikke afvigelser potentielt kan udvikle sig til større, mere specifikke dysfunktioner (Karmiloff-Smith, 1998), fx som de der ses ved forskellige psykiske udviklingsforstyrrelser, der kan diagnosticeres inden for autismespektret eller ADHD kategorien. Eksempelvis er en genetisk

afvigelse på kromosom 22q11 associeret med en overrepræsentation af individer med en ADHD diagnose (ca. 20 %), en ASD diagnose (ca. 14 %) eller begge (ca. 10 %), om end en betragtelig andel med den genetiske afvigelse ikke havde adfærd, der gav grund til diagnosticering (lidt over 50 %) (Niklasson et al., 2009). Den pågældende genetiske afvigelse kan føre til forskellige udviklingsstier. Den neurokonstruktivistiske forklaringsmodel kan umiddelbart lyde som en gentagelse af en sårbarhedshypotese, men omgivelserne er i denne model ikke bare udløsende, men tilskrives en aktiv, strukturerende rolle i tilblivelse af barnets vanskeligheder.

Den psykomedicinske tilgang til diagnoser rummer således en forståelse af at børns udvikling ikke foregår isoleret fra deres omgivelser. Endvidere vil det ofte være en forudsætning for at stille diagnosen at forstyrrelserne hos barnet er observeret i flere forskellige af barnets sammenhænge (WHO, 2000). Hvis der kun observeres vanskeligheder i en sammenhæng, men ikke i andre, vil det give anledning til overvejelser over om diagnosen skal bruges eller om der snarere er tale om et psykosocialt forhold. Diagnoserne i den psykomedicinske forståelse betegner dog stadig et forhold *i* barnet, selvom omgivelserne tilskrives en formgivende karakter på de vanskeligheder, der resulterer i en diagnose.

Diagnoser i et dialektisk perspektiv

I et kultur-historisk dialektisk perspektiv er kontekstforståelsen i det neurokonstruktivistiske perspektiv

ikke tilstrækkelig specificeret, bl.a. fordi det ikke bliver klart hvordan omgivelserne er andet og mere end fysiske omgivelser, der indgår som stimuli i barnets informationsprocessering over tid (Karmiloff-Smith, 1998). Ud over at være et fysisk miljø, er kontekster i et kultur-historisk dialektisk perspektiv kulturelt og socialt etablerede rammer for en fælles virksomhed. De består mere konkret af forskellige institutionelle arenaer, først og fremmest barnets familie, men også vuggestue, børnehave og skole. Børns udvikling begrebsættes som et forløb gennem disse arenaer (Hedegaard, 2012). Organiseringen og samværet i de institutionelle arenaer tjener til at støtte og fremme børns læring og udvikling på forskellige måder og hvor det i alle sammenhænge gælder at omgivelserne har forventninger og krav til barnet. Samtidig retter barnet også sine krav mod de kontekster det indgår i, således at hverken barn eller omgivelser forbliver statiske over tid (Hedegaard, 2012). Dette dobbelte forhold mellem barnet og dets kontekster gælder uanset om udviklingen forløber tilsyneladende af sig selv eller volder vanskeligheder, det gælder for børn med og uden diagnoser. Barnet og dets udvikling kan ikke adskilles fra de kontekster, det foregår i.

Samtidig tager vores forventninger til, hvad et barn kan eller bør kunne klare, typisk udgangspunkt i barnets alder. Barnets biologiske udvikling er så at sige indlejret i aldersrelaterede sociale og kulturelle krav (Vygotsky, 1993). Hvis vi skal vurdere om et barn opfører sig på en måde, der kan komme under betegnelsen ADHD ved bl.a.

ofte at udvise tankeløse brud på normer og regler, så er vi først nødt til at vide hvor gammelt barnet er. Der er ikke de samme forventninger til et barn på to år som til et på ti. Det afspejles også i vores organisering af de institutionelle praksisser. Den daglige praksis i en vuggestue er tilrettelagt ud fra en forventning om at børnene kun kan lege selv i kortere tid ad gangen, ikke kan følge instrukser med flere trin og ofte må have hjælp fra en voksen til at blive ved en opgave og fx tage tøj på i den rigtige rækkefølge og ikke afbryde aktiviteten undervejs og give sig til at lege eller lave sjov med et andet barn. Det kan godt kaldes tankeløse brud på regler og normer, men er almindeligt, set ud fra barnets alder. Hvis det er et barn på ti år, som ikke kan tage tøj på selv uden en voksen til at overvåge og støtte processen hele vejen, vil det i højere grad give anledning til overvejelser om hvorvidt det barn har vanskeligheder med at fastholde sin opmærksomhed om en opgave, selvfølgelig især hvis den samme grad af overvågning også er nødvendig i mange andre aktiviteter.

Men hvad hvis den situation, hvor barnet hele tiden bryder med forventningerne og de uskrevne regler er noget andet; en leg eller et spil? Så er vi nødt til at vide om barnet rent faktisk kender reglerne for spillet. Aktiviteten med selv at tage tøj på er så indlejret i vores kulturelle oplæring af børn i dagens Danmark, at vi automatisk går ud fra at barnet er blevet oplært i den såvel i familien som fx gennem vuggestue- og børnehaveliv. Andre aspekter af udvikling og læring er mere forskellige fra person til person, fx at spille

fodbold eller sjippe i bue, Atter andre kan være kulturelt afhængige, således at det at kunne spise med pinde vil være variabelt i Danmark, men noget man forventer børn kan i Japan. Pointen er at de ting, som børn kan, har de lært gennem deltagelse i praksisser, hvor færdighederne har indgået. Og hvor barnet typisk er blevet støttet i sin begyndende kompetence (Rogoff, 2003).

Men overensstemmelsen mellem biologisk og social udvikling handler også om parathed til at møde udviklingsmæssige udfordringer. De krav og fordringer, vi stiller børn, må være rimelige, de må være inden for et niveau barnet formår at leve op til, eventuelt med lidt hjælp til at begynde med. Hvert nyt udviklingskrav bygger således ovenpå og videre på tidligere udviklingsmæssige skridt. I dette dialektiske perspektiv – for det ovenstående er sådan set en genformulering af Vygotsky's begreb om zonen for nærmeste udvikling – formes børns udviklingsforløb gennem det komplekse samspil mellem den biologiske udvikling og krav og aktiviteter i sociale sammenhænge. Hverken krav eller overensstemmelse er naturgivne. I stedet er de resultatet af en gensidig kultur-historisk udviklingsproces mellem børnene og de praksisser, som børnenes liv og udvikling foregår i. Den nuværende udviklings- og læringspraksis i såvel familier som i skolen og andre institutionelle organiseringer af børns hverdagsliv er anderledes end for 10, 20 eller 40 år siden. Familiens samværsformer, skolen og undervisningens indhold ændres løbende, både i forhold til samfundsmæssige værdier, politiske

beslutninger, forskning om hvordan børn udvikler sig og lærer bedst og i forhold til hvordan børnene reagerer tilbage på de krav, de møder. Ud fra en kultur-historisk forståelse er der ikke én praksis, der er rigtig. Men der må være en nogenlunde overensstemmelse mellem de krav, barnet møder, og barnets mulighed for at lære at leve op til kravene. Overensstemmelsen behøver ikke være fuldstændig, men bare tilstrækkelig til at kravene er *relevante*.

Overensstemmelsen mellem barnet og omgivelserne vil dog ofte blive udfordret, når det gælder børn med psykiske udviklingsforstyrrelser. En diagnose om psykisk udviklingsforstyrrelse som ASD eller ADHD er netop ikke bare et individuelt her-og-nu perspektiv, men en betegnelse for børn og unge, som er forsinkede eller afvigende i deres udvikling, set i forhold til jævnaldrende. Den psykiske udviklingsforstyrrelse vil ofte have bevirket at barnets forskellige vanskeligheder har begrænset og fortsat begrænser dets mulighed for at deltage i almindelige aktiviteter på samme vilkår som andre børn og her afprøve sine spirende kompetencer inden for fx det sproglige eller sociale område gennem at lege med andre børn. Mange psykiske udviklingsforstyrrelser vil i større eller mindre grad påvirke barnets mulighed for at deltage i typiske aktiviteter sammen med voksne eller med andre, jævnaldrende børn.

Deprivation og den dobbelte udfordring kulturelt og biologisk

Så langt har jeg været rundt om at børn med psykiske udviklingsforstyrrelser på den ene side har biologiske

afvigelser, på den anden side oplever vanskeligheder i forhold til at indgå i det almindelige sociale samspil, hvor udvikling og læring foregår. Den biologiske årsagstænkning kan pege på at en udfoldet forskning inden for social kognition, som handler om hvordan bestemte neuropsykologiske dysfunktioner kan påvirke barnets sociale funktioner (fx Yeates et al., 2007). I denne forståelse er der en gruppe af kognitive funktioner, som i særlig grad bringes i brug i sociale situationer. Så hvori består den dialektiske balancegang mellem psykomedicinske og kontekstorienterede forståelser?

Pointen i den dialektiske forståelse af udvikling – og af psykiske udviklingsforstyrrelser – er at udvikling af *alle* funktioner og færdigheder er socialt og kulturelt medieret. Det biologiske system giver os basale mentale funktioner. Alle kognitive funktioner er fra begyndelsen af afhængige af et biologisk grundlag. Eksempler kan være basal perception, forstået som umiddelbar perception i nu'et. Det kan være den basale evne til at rette sin opmærksomhed mod noget nyt, der kommer ind i synsfeltet. Men tidligt begynder barnet at lære kulturelle redskaber, der for altid forandrer de basale kognitive funktioner. Det lærer hvordan kulturelle genstande skal bruges i forskellige sammenhænge og at der kan knyttes ord og begreber på genstande og handlinger i omgivelserne. Medieringen af de basale mentale funktioner, først ydre, men efterhånden internaliseret gennem barnets overtagelse af sproglige begreber og strategier, forvandler for altid de basale mentale funktioner til højere menta-

le funktioner. Perceptionen i nu'et kan knyttes sammen med tidligere erfaringer, der kan sættes ord på de ting, der opfattes, og de kan indgå i fremadrettet handling. Ligeledes med opmærksomhed. Selve evnen til at fokusere og fastholde sin opmærksomhed er selvfølgelig stadig biologisk funderet, men det at aflæse den sociale situation og forstå hvad der er vigtigt at være opmærksom på, fx i en skolesammenhæng, en legesammenhæng eller en fritidssituation, er samtidig afhængig af i hvor høj grad barnet har lært de kulturelle redskaber, som er grundlaget for højere mentale funktioner. Der er ikke en særlig gruppe af kognitive funktioner, som er socialt tillærte, mens andre er individuelle. Alle aspekter af barnets udvikling er socialt medierede. Alle højere kognitive funktioner udvikles gennem deltagelse i sociale situationer sammen med andre, de bruges i samvær med andre eller til at løse opgaver i en kultur-historisk udviklet sammenhæng og ved brug af kulturhistoriske redskaber. Kultur-historiske redskaber kan være symboliske så som sprog og strategier eller konkrete, materielle så som bøger, computere, skriveredskaber eller legetøj. Udviklingen af højere mentale funktioner, dvs. udnyttelse af det kognitive potentiale, er afhængig af barnets deltagelse i sociale sammenhænge, der videregiver kulturelle redskaber i forhold af sprog, strategier for at løse opgaver, sociale regler i den pågældende kultur.

Barnets medfødte afvigelse kan fungere som en intern barriere for den mediering af kulturen til barnet, som er en essentiel del af den kognitive udvik-

ling. Den interne barriere kan påvirke barnets tilegnelse af kulturen ved at gøre det mindre sensitivt eller ikke-reaktivt på de aktiviteter, der under normale omstændigheder medierer kulturen. Et arketypisk eksempel fra Vygotsky vil være barnet med medfødt høretab, som ikke kan høre det talte sprog og derfor ikke tilegner sig sproget ad denne vej. Derved får barnet heller ikke adgang til de sproglige begreber og den kulturelle viden, som sproget formidler. Tilsvarende er de institutionelle rammer i almindelige børnehaver, skoler m.v. organiseret ud fra en grundantagelse om at de deltagende børn kommer med kognitive funktioner inden for et gennemsnitligt område i øvrigt, således at samværet trækker på funktioner inden for perception, opmærksomhed, informationsprocesseringshastighed m.v. Små nedsættelser inden for det kognitive område kan fx betyde at barnet har svært ved at følge tempoet i en samtale eller en leg, har svært ved at opfatte perceptuelle nuancer og bliver ikke-deltagende, fordi det ikke når at opfatte hvad samværet handler om eller når at komme med sit eget bidrag. Eller barnet kan blive overvældet af for mange perceptuelle indtryk og søger enten selv væk eller reagerer på måder, der får andre (voksne) til at tage barnet væk fra sammenhængen, fordi det fx græder vedholdende, skrider eller reagerer aggressivt. Fælles er at uoverensstemmelsen mellem barnets individuelle formåen og de kulturelle organisationsformer gør at barnet bliver *kulturelt depriveret*. Barnet kommer til at mangle kendskab til og egen erfaring med de kulturelle redskaber og om-

gangsformer, som det sociale samvær bygger på.

Effekten af de biologiske afvigelser bliver derved at kulturen ikke bliver transmitteret til barnet i samme grad som den bliver det til andre børn, der mere umiddelbart passer ind i de sociale rammer og kan leve op til gængse krav. På den måde er det rigtigt nok, at barnets individuelle afvigelse er den oprindelige årsag til mange af de problemer, der sættes mærket på med diagnosen. Men alligevel er det ikke den biologiske afvigelse *alene*, som bliver årsag til vanskelighederne i adfærd, følelseliv og i forhold til udvikling. Vi kan først begribe årsagssammenhængens fulde omfang ved også at se på samspillet mellem barnets anderledes forudsætninger og de sociale og samfundsmæssige betingelser, det lever i og hvordan den biologiske og fysiologiske udvikling spiller sammen med den kulturelle og sociale udvikling.

De udviklingsforstyrrelser, de adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser, som er anledning til at barnet gives en diagnose, har aldrig kun en biologisk årsag. Barnet med en neurobiologisk afvigelse vil altid være dobbelt udfordret. Det har for det første indre, biologiske barrierer for sin deltagelse i de sammenhænge, hvor deres læring og udvikling finder sted, som beskrevet ovenfor. Men samtidig vil de også have ydre, sociale barrierer for at deltage. Det kan fx være læringsaktiviteter med (for) høje krav. Inkludering i almindelige læringsammenhænge kan betyde at barnet skal fungere i sammenhænge, hvor krav og betingelser for deltagelse er kultur-historisk tilpassede til børn med almindelige psy-

kiske og sociale forudsætninger for at deltage. De krav kan godt være for høje for børn med bestemte biologiske afvigelser inden for fx opmærksomhed eller perception. Enten ved at det bliver for svært for dem at deltage i det hele taget eller ved over tid at udmatte dem, så der hen over dagen ses udtrætning og meget variabelt funktionsniveau. En anden problematik kan være perifer social deltagelse. Flere undersøgelser har fundet at børn med diagnoser som ADHD eller ASD har færre venner, oftere drilles og ofte befinder sig i periferien af kammeratgruppen (Kasari et al., 2011; Murray-Close et al., 2010). Uanset om dette skyldes holdninger i omgivelserne eller barnets måde at være på, så betyder det at barnet har dårligere forudsætninger for at lære sociale regler og at problemerne kan vokse over tid. De biologisk fundede barrierer kan blive suppleret med sociale barrierer i og med at barnet har vanskeligere deltagelsesbetingelser i vigtige sociale aktiviteter (Murray-Close et al., 2010).

Det er denne dobbelte udfordring, som en diagnose kan være med til at henlede opmærksomheden på.

Konklusion: Diagnosen som et kultur-historisk udviklet redskab

En diagnose, som fx ADHD eller ASD, er et kultur-historisk udviklet redskab, der anvendes til at beskrive sociale, emotionelle og kognitive karakteristika ved et barn, ofte udtrykt gennem bestemte typer af adfærd. Men i den dialektiske forståelse betegner diagnosen ikke et forhold *i* barnet, men et forhold opstået og udviklet *mellem* barnet og omgivelserne. De sociale, kognitive og

emotionelle karakteristika, der kan beskrives ved barnet, skyldes udviklings-samspillet mellem barnet og omgivelserne som åbent system frem til diagnosticeringstidspunktet og videre i barnets udvikling. Diagnosen kan bruges som et redskab, der sætter ord på barnets måde at møde verden på: En måde, som ofte gør det vanskeligt for barnet at passe til de krav og betingelser, det skal fungere under. Inkongruensen mellem barnets måde at fungere på og omgivelserne kan samtidig betyde, at de krav, som barnet gennem sine egne handlinger retter mod omgivelserne, rummer elementer, der ikke umiddelbart passer ind i de gængse sociale sammenhænge, der over tid er tilpasset børn som børn er flest. Uoverensstemmelsen er gensidig, det er en central pointe. I den psykomedicinske model er det barnets afvigelser som et biologisk og adfærdsmæssigt forhold i barnet, der beskrives og behandles. Den modsatrettede bevægelse, med vægten på social udpegning og diagnosen som en mærkat, der dækker over marginaliserings- og eksklusionsprocesser, beskriver hovedsageligt vanskelighederne ud fra en social vinkel. Den dialektiske balancegang mellem de to positioner består i en forståelse af diagnoserne, hvor en biologisk afvigelse meget vel kan være den oprindelige årsag til mange af de problemer, børnene oplever i forbindelse med at lære og med at begå sig i sociale sammenhænge. Fx er den biologiske afvigelse 'deletion 22q11' forbundet med udvikling af adfærd, der oftere ender med en diagnose end blandt børn uden den genetiske afvigelse. Men alligevel er det ikke den biologiske afvigelse *alene*,

som bliver årsag til deres vanskeligheder. Ikke alle børn med den pågældende biologiske afvigelse udvikler sociale, emotionelle og kognitive adfærdskarakteristika, der kvalificerer til en diagnose. Og omvendt kan denne genetiske afvigelse – eller andre – heller ikke findes hos alle børn med en ADHD eller ASD diagnose. Udviklingen fra denne – og andre – biologiske afvigelser er multifinal; de kan føre mange steder hen. Og udviklingen frem mod en diagnose er multifaktorial, således at mange forskellige årsager og udviklingsfaktorer kan have bidraget. Vi kan først forstå årsagen til barnets diagnose ved også at inddrage samspillet mellem barnets anderledes forudsætninger og de sociale og samfundsmæssige betingelser, det lever i. Hvordan uoverensstemmelsen mellem barnet og omgivelserne kan skabe yderligere problemer både i det nære øjeblikkelige perspektiv og i et længere udviklingsperspektiv.

Men hvis diagnosen er et kultur-historisk udviklet redskab, hvad kan den så bruges til som redskab? Den betegner et forhold mellem barnet og omgivelserne, der har nået eller er over en bestemt tærskel, forstået netop i lyset af begrebet om inkongruens. Diagnoser fungerer derved som mere specifikke betegnelser på forskellige typer af sammenbrud i det system, hvor omgivelserne skal understøtte barnets udvikling. Som alle andre symbolske redskaber fungerer de inde i forskellige institutionaliserede sammenhænge. I udgangspunktet har barnet uanset sin biologiske afvigelse potentiale til at lære at tænke og handle ved hjælp af kulturelt overleverede psykologiske

redskaber (Vygotsky, 1993), med det kan være nødvendigt med særlig læringstilrettelæggelse, udviklingsstøtte og hjælpemidler til at understøtte barnets deltagelse og udvikling af højere mentale funktioner. Det er først når vi også inddrager de specifikke udfordringer for læring og udvikling, som børnene har mødt i deres liv indtil nu, og står overfor i deres nære og fjernere fremtid, at vi kan begynde at forstå og forholde os til de vanskeligheder, børnene, deres familie, lærere og pædagoger står i, i forhold til at varetage barnets læring og udvikling. Hvis vi ikke fra starten af tilpasser kravene og rammerne til de børn, der har brug for det, øger vi afstanden mellem barnet og omgivelsernes krav over tid. Diagnosen som redskab er derved ikke et svar på 'hvad der er galt med barnet'. Som redskaber skal diagnoser bruges til at stille spørgsmål, til at rette analytisk opmærksomhed på hvordan barnets måde at fungere på kan påvirke dets mulighed for at deltage i de aktiviteter, der transmitterer kulturen – både biologisk og socialt. De sociale, emotionelle og kognitive kriterier ved den specifikke diagnose kan netop omsættes til spørgsmål. I processen med at diagnosticere bruges de adfærdsmæssige kriterier som spørgsmål: Opfylder barnet det påkrævede antal af en række, specifikke krav? Men efterfølgende er det muligt at fortsætte undersøgelsen og spørge videre i forhold til hvordan barnet opfylder kravet, i hvilke situationer og hvilke forhold, der har været og fortsat kan være medvirkende til at skabe, opretholde eller forstærke adfærden. Diagnosen kan anvendes retningsangivende i forhold

til at stille de rette spørgsmål og derved finde frem til, hvilke tiltag der kan hjælpe netop det barn.

Referencer:

- American Psychiatric Association (APA). 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – fifth edition (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Bailey, A., Phillips, W., Rutter, M. 1996. Autism: Towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives. *Journal of child psychology and psychiatry*, 37(1), 89-126.
- Hedegaard, M. 2012. Analysing children's learning and development in everyday settings from a cultural-historical wholeness approach. *Mind, cultural and activity*, 19, 127-138.
- Kasari, C., Locke, J., Gulsrud, A., Rotheram-Fuller, E. 2011. Social networks and friendships at school: Comparing children with and without ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 41, 533-544.
- Karmiloff-Smith, A. 1998. Development itself is the key to understanding developmental disorders. *Trends in Cognitive Sciences*, 2(10), 389-398.
- Murray-Close, D., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Swanson, J., Jensen, P. S., Hechtman, L., Wells, K. 2010. Developmental processes in peer problems of children with attention deficit/hyperactivity disorder in The Multimodal Treatment Study of Children with ADHD: Developmental cascades and vicious cycles. *Development and psychopathology*, 22, 785-802.
- Niklasson, L., Rasmussen, P., Oskarsdottir, S., Gillberg, C. 2009. Autism, ADHD, mental retardation and behavior problems in 100 individuals with 22q11 deletion syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 763-773.
- Nielsen, K., Jørgensen, C. R. 2010. Patologisering af uro? I: S. Brickman (red). *Det diagnosticerede liv*. Aarhus: Klim.
- Rogoff, B. 2003. *The cultural nature of human development*. Oxford and New York: Oxford university press.
- Segalowitz, S. J. & Hiscock, M. 2002. The neuropsychology of normal development: developmental neuroscience and a new constructionism. Segalowitz & Rapin (red.).

- Handbook of Neuropsychology*, vol 8, part I. Amsterdam: Elsevier.
- Tannock, R. 2003. Neuropsychology of attention disorders. Segalowitz & Rapin (red.). *Handbook of Neuropsychology*, 2nd Edition, Vol 8, part II. Amsterdam: Elsevier.
- Vygotsky, L. S. 1993. Introduction: The fundamental problems of defectology. I: R. W: Reiber & A. Carton (red.). *The collected works of L. S. Vygotsky. Vol 2: The fundamentals of defectology (Abnormal psychology and learning disabilities)*. New York: Plenum Press.
- WHO (2000) ICD-10. *Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. Munksgaard: København
- Yeates, K. O., Dennis, M., Rubin, K. H., Taylor, H. G., Bigler, E. D., Gerhardt, C. A., Stancin, T., Vannatta, K. 2007. Social outcomes in childhood brain disorder: A heuristic integration of social neuroscience and developmental psychology. *Psychological Bulletin*, 133(3), 535-556.

Udviklingsforstyrrelser og symptomer



Udviklingsforstyrrelsesdiagnoser har været omstridte i mange år, men har en vigtig funktion for både eleven og skolen. Det er dog ikke diagnosekriterierne som giver mest relevant information til skolen. Det kan derfor være en fordel at komplettere en diagnostisk udredning med en god beskrivelse af elevens styrker og, ikke mindst, vanskeligheder. De mest almindelige beskrevne symptomer er vanskeligheder med perception, empati, central kohærens, eksekutive funktioner, affektregulering og stresshåndtering. En pædagogik med fokus på tilpasning i forhold til disse vanskeligheder kan med fordel udgå fra Vejes indsatsmodel.

Bo Hejlskov Elvén, autoriseret psykolog

I de seneste 20 år har der været en stadig kritik af diagnoser som ADHD og autismespektrumforstyrrelser blandt psykologer. Samtidig har psykologer i børnepsykiatrien arbejdet med udredning og diagnostik. Så både diagnostikken og diagnosekritikken har været domineret af psykologer. Diagnosekritikken har primært handlet om, at den adfærd diagnoserne betegner egentlig ikke handler om egentlige vanskeligheder med biologisk base, men dynamiske vanskeligheder med rod i familien. Man har talt om autismeepidemi og risiko for overdiagnostik af primært ADHD.

Den adfærdsgenetiske forskning, som for alvor kom i gang ved årtusindskiftet med Caspi og Moffitts arbejde har klart og tydeligt tilbagevist, at opmærksomhedsvanskeligheder og socialkognitive vanskeligheder alene kan have familiodynamiske årsager. De vanskeligheder som udgør diagnosekriterierne har vist sig at have arveligt årsager (Lundström 2011, Lichtenstein

et al 2010), men at miljøfaktorer spiller en tydelig rolle i forhold til, hvordan de viser sig. Man taler om at samspillet mellem arv og miljø handler om, at jo større arvelige vanskeligheder en person har, desto følsommere bliver han eller hun for miljøpåvirkning (Maughan 1995, Caspi & Moffit 2006).

Epidemi?

Vi forventer i dag en befolkningsprevalens for ADHD på mellem 4 og 6 procent (Socialstyrelsen 2002), og for autismespektrumforstyrrelser på godt en procent (Idring et al 2012). Det er, hvad vi maksimalt ser i de kliniske prevalenser, både i Danmark og de lande, vi normalt sammenligner os med (Saemundsen et al 2013, Barbaresi et al 2009). Så en egentlig overdiagnostik er der ikke noget, som tyder på. Der har dog været en markant øgning i antallet af børn som får diagnoser. Den kan forklares af nogle forskellige faktorer:

ADHD tilkom som diagnose i sin nuværende form med DSM-IV og ICD-10 i starten af halvfemserne. Ligeledes var det først med DSM-IV og ICD-10 at Aspergers syndrom blev introduceret. Så øgningen i lige netop de diagnoser har selvfølgelig været enorm, eftersom de ikke fandtes før 1992. Når en ny diagnose introduceres, tager det nogle år inden klinikere er blevet fortrolige med diagnosen, hvorfor man kan forvente en langsom opstart, fulgt af en kraftig øgning efter nogle år. Det svarer meget godt til den udvikling, der har været.

En anden faktor er, at alle diagnoser har grundkriteriet at vanskelighederne skal skabe vanskeligheder i personens liv. Man kan således ikke få en diagnose, hvis man klarer sig (WHO 1992). Det indebærer, at diagnosen ikke kun stilles på de vanskeligheder personen har, men egentlig på forholdet mellem personens vanskeligheder og de krav og forventninger til evner og færdigheder, som findes i omgivelserne. Det indebærer, at de diagnoser, som stilles i skolealderen, i mange tilfælde stilles, fordi eleven ikke kan leve op til de krav, som stilles i skolen.

Skolen har været igennem en stor udvikling i de seneste 40 år, fra en skole præget af struktur og færdighedstræning til en skole, hvor begreber som selvforvaltning og kreativitet er i centrum. Det har indebåret, at elever med frem for alt eksekutive vanskeligheder har fået sværere ved at klare sig. Antallet elever som er blevet henvist til udredning er derfor steget i takt med skolens krav om højere kognitive evner.

En detalje i sammenhængen er, at kritikken mod eventuel overdiagnostisering ofte rettes mod børnepsykiatrien. Men det er ikke ansatte i børnepsykiatrien, som bestemmer, hvor mange elever, som skal have diagnoser. Det gør de, som skriver henvisningerne til udredning, ofte skolen, børnehaven eller forældrene via læge eller kommunalt ansat psykolog. Psykiatrien kan ikke tillade sig at sende en stor del af de henviste elever hjem uden diagnoser. Den diagnostiske opgave kan beskrives som at ved hjælp af diagnoser forklare, hvorfor de henviste elever ikke klarer sig i hverdagen og dermed skabe underlag for behandling og pædagogik. Det er grunden til, at der i alle de såkaldt nye diagnoser fokuseres særligt på det adaptive kriterium i diagnosekriterierne. Man kan ganske enkelt ikke få en diagnose, hvis man klarer sig i hverdagen, lige meget hvor afvigende man er (WHO 1992). Hvis man vil mindske antallet af børn, som får en diagnose, er man derfor nødt til at mindske de krav og forventninger, vi har til elevernes evner eksplicit og implicit (i metodevalg) i skolen og i fritiden, så flere klarer sig. Det ville dog nok indebære at Danmarks evne til at konkurrere i en global verden ville mindske. Så man kan sige, at den øgede diagnostik er prisen, vi betaler for den øgende globalisering (Hejlskov Elvén, Veje & Beier 2012).

Inklusion

Hvis vi ser på diagnoser på denne måde, handler begrebet inklusion ikke om at lade elever med diagnoser gå i den almindelige skole på almindelige vilkår. Hvis vi antager, at en elev er

blevet henvist til udredning og har fået en diagnose, fordi den almindelige skole og hverdag i familien har brugt metoder, som krævede evner, eleven ikke havde, kan vi ikke regne med at kunne inkludere eleven uden at ændre vore metoder. Dette gælder selvfølgelig både metoder for håndtering og pædagogik. Eleven har jo ikke udviklet sig til normalitet med de metoder, som skolen og familien brugte inden henvisningen. Det er diagnosens værdi for den enkelte elev: Har man fået en diagnose, er det fordi man ikke klarede sig på almindelige vilkår, hvilket selvfølgelig indebærer, at man på grund af sin diagnose skal have specielle vilkår. Derfor bliver udtalelser som: "Bare fordi han har ADHD betyder det ikke, at han ikke skal opføre sig ordentligt" absurde. Eleven har sandsynligvis fået diagnosen, fordi han under de gældende vilkår ikke kan opføre sig ordentligt og heller ikke lære det. Man bliver derfor nødt til enten at ændre hverdagens vilkår og metoder eller acceptere, at han ikke opfører sig ordentligt. Det er diagnosernes pædagogiske værdi og funktion.

Afgrænsende symptomer

Diagnoser beskrives ofte som et antal symptomer, som er forskellige fra diagnose til diagnose. Således beskrives ADHD ofte som vanskeligheder med opmærksomhed, afledelighed, impuls-kontrol og aktivitetsniveau. Autismespektrumforstyrrelser beskrives ofte som vanskeligheder med socialt samspil og kommunikation samt afvigende stereotyp adfærd. OCD beskrives som tvangsmæssig adfærd, som er handicappende i hverdagen, og Tourettes

syndrom som en forekomst af verbale og kropslige tics.

Det som kendetegner de symptomer, som vi normalt kalder diagnosekriterier, er at:

- De er forskellige i forskellige diagnoser.
- De findes kun som kriterier i én diagnose.
- Alle med diagnosen har samtlige kriteriesymptomer for en diagnose, ingen andre.

Diagnosekriterierne bruges til at adskille forskellige diagnoser. De bruges ikke til at adskille diagnosen fra det normale. Det er meget vigtigt at huske på. Personen som henvises til udredning, henvises, fordi vedkommende ikke klarer sig i hverdagen. Spørgsmålet er derfor ikke, om der skal stilles en diagnose, men hvilken diagnose, der skal stilles. Derfor er kriteriernes funktion at skelne mellem diagnoserne, ikke at beskrive de vanskeligheder personen har i hverdagen. Derfor kalder vi diagnosekriterierne *afgrænsende symptomer*. De er relevante i det diagnostiske arbejde, men desværre ikke altid i det pædagogiske arbejde.

Når vi taler om diagnostiske tests, taler vi ofte om prøver, som måler afgrænsende symptomer. I autismespektrumforstyrrelserne er det primært ADOS (som er en egentlig test), ADI-R og DISCO (som er strukturerede forældreinterviews), samt SCQ, CAST og yderligere et antal lignende spørgeskemaer af screeningskarakter. Ved mistanke om opmærksomhedsforstyrrelse bruger vi såkaldte continuous performance-test, som TOVA (et computer-

baseret test) eller spørgeskemaer som Browns ADD-skala. Derudover findes der et antal bredere screeningsspørgeskemaer som CBCL, fem til femten og lignende, som alle har som mål at pege diagnostikeren i den rigtige retning, men som ikke i sig selv kan bruges diagnostisk.

Alle disse værktøjer udgår fra diagnosemanualernes afgrænsende symptomer. Det indebærer, at man undersøger, hvorvidt eleven opfylder diagnosekriterier, ikke andet. Årsagen til det smalle fokus er enkelt: Hvis prøven skal opnå gode statistiske egenskaber, skal den være så ren som muligt i forhold til det, den er tænkt at bruges til.

En komplicerende faktor er, at man tidligere havde en forestilling om, at de fleste, som fik en diagnose, kun havde vanskeligheder inden for et enkelt område. I dag ved vi, at det mere er regel end undtagelse, at en elev får mere end én diagnose, hvis man sendes til udredning (Matson & Nebel-Schwalm 2007, Kadesjö & Gillberg 2001). Årsagen er, at diagnoserne er noget, vi har fundet på, ikke noget som egentlig findes. Men da vi fandt på dem, brugte vi brede beskrivelser af de symptomer, vi fandt. Jo bedre vi er blevet til at fokusere på gode afgrænsende symptomer, desto tydeligere er det blevet, at der på andre felter er betydelige overlap mellem diagnoserne. Dette er også blevet tydeligere i den genetiske forskning; vi taler i dag om en fælles genetisk baggrund for ADHD, Tourettes syndrom, autisme, sprogforstyrrelser og skizofreni (Lichtenstein et al 2010).

En del af kritikken mod diagnoserne handler derfor også om, at diagnoserne er yderst forenklede beskrivelser af de

vanskeligheder, en elev har. Den kritik er helt rigtig. Det er netop diagnosen værdi og funktion i det diagnostiske arbejde; at den ser bort fra det hele menneske til fordel for den yderst forenklede beskrivelse, de afgrænsende symptomer indebærer. Det indebærer også, at vi i det pædagogiske arbejde bliver nødt til at udvide beskrivelsen, så den indeholder betydeligt flere aspekter af eleven end dem, som er beskrevet i diagnosen. Det gør dog ikke diagnosen ubrugelig. Diagnosens pædagogiske værdi og funktion er som sagt at tydeliggøre at almindelige krav og forventninger i hverdagen, og metode ikke er relevante i arbejdet med den elev, som har fået en diagnose. De forskellige diagnoser peger skolen og forældrene i forskellige retninger, når det kommer til pædagogik og adfærdsreguleringsmetoder, men finjusteringen og individualiseringen af pædagogikken kræver mere end bare en diagnose.

Beskrivende symptomer

En del almindelige symptomer hos elever med de forskellige diagnoser er ikke beskrevet i diagnosekriterierne. Det kan være, fordi de er almindelige på tværs af diagnoserne, eller måske endda almindelige hos personer uden diagnoser. Det betyder ikke, at de ikke indebærer vanskeligheder i hverdagen, kun at de ikke er relevante i forhold til diagnostikken. Et par gode eksempler på sådanne symptomer er motoriske og sansemæssige vanskeligheder. I firserne introducerede Christopher Gillberg begrebet DAMP (deficits in attention, motor and perception). Diagnosen blev aldrig en del af vore diagnosemanualer, fordi motoriske og sansemæssige

vanskeligheder ikke er afgrænsede til det, vi nu kalder ADHD, men også almindelige ved autismespektrumforstyrrelser, OCD og Tourettes syndrom (Lundström 2011), samt ikke ualmindelige ved skizofreni (Silverstein, Mavrolefteros & Turnbull 2000). Det betyder dog ikke, at motoriske og sansemæssige vanskeligheder ikke skaber problemer i hverdagen. Store sansemæssige vanskeligheder indebærer enorme begrænsninger i hverdagen, både i forhold til offentlig transport, evne til at udholde ventilationslyd og en mængde andre hverdagskrav (Bogdashina 2003).

Vi kalder de symptomer, som ikke indgår i diagnosekriterierne, men stadig skaber problemer i hverdagen, *beskrivende symptomer* (Hejlskov Elvén, Veje & Beier 2012). De beskrivende symptomer, som er almindelige i udviklingsforstyrrelserne, er for eksempel sanseforstyrrelser, empativanskeligheder, vanskeligheder med central kohærens (evne til at beregne årsag og virkning i komplekse sammenhænge), eksekutive vanskeligheder, arbejdshu-kommelsesvanskeligheder, affektreguleringsvanskeligheder samt en klart øget stressfølsomhed (Lundström 2011, Diekhof et al 2011, Baron 2006).

Sanseforstyrrelse

Mennesket har et stort antal sanser. Smagssansen er opdelt i et antal del-sanser (sanser for sødt, surt, salt, besk, righed i smagen (umami), fedt og metal). På samme måde er følesansen opdelt i et antal delsanser (tryk, temperatur, smerte, kløe og hvor kropsdelene befinder sig i forhold til hinanden), og sådan kan man fortsætte hele vejen

igennem sanseapparatet. Hver af disse sanser kan afvige fra det normale på et antal måder (Bogdashina 2003):

- Man kan have øget følsomhed. Det kan være for en vis smag, hvilket ofte vil indebære kræsenhed, men også interesse for de smagsområder, man er bedre på end andre. Det kan også være for smerte, hvilket kan lede til det, vi kalder ikke-suicidal selvskaedadfærd; man skærer sig i armen, fordi det på grund af den øgede smertefølsomhed lukker en masse andre tanker og indtryk ude. De nok mest handicappende øgede følsomheder er lyd- og lysfølsomhed. Mange med udviklingsforstyrrelser har store vanskeligheder med at være i sammenhænge med højt eller uforudsigeligt lyd miljø. Ligeledes vil mange med udviklingsforstyrrelser gerne afskærme lys med tøj, gardiner etc. Hvis man er meget lyd- og lysfølsom, kan der findes en tendens til at undvige almindelige skolemiljøer eller det offentlige rum, hvilket selvfølgelig begrænser personen i hverdagen.
- Man kan have mindsket følsomhed. Hos elever med udviklingsforstyrrelser, ser vi det ofte som temperaturufølsomhed; eleverne vil ikke skifte tøj med årstiden, men oplever ikke at de fryser eller sveder.
- Man kan have vanskeligheder med at habituere. Det indebærer at alle indtryk i en vis sans fortsætter med at have samme værdi. Man vænner sig ganske enkelt ikke til et vist indtryk. Det betyder for eksempel, at ventilation bliver meget forstyrrende.

- Man kan have vanskeligheder med at prioritere i eller filtrere sine indtryk. Alle indtryk får i så fald samme værdi, hvilket frem for alt kræver en enorm og stadig opmærksomhed. Elever med vanskeligheder af denne karakter kræver et yderst tilpasset sansemæssigt miljø for at kunne koncentrere sig på skolearbejde eller lignende.

Sanseforstyrrelser behandles med fordel tidligt, i førskolealderen, med sansemotorisk træning. Man kan dog ikke forvente at kunne fjerne en sanseforstyrrelse helt med sansemotorisk træning, hvilket indebærer at mange elever kræver et sansetilpasset miljø i hverdagen for at kunne udvikles optimalt. Men det indebærer også, at man med fordel kan sansetilpasse miljøet, og dermed skabe mulighed for en pædagogisk udvikling. Det er en billig pædagogisk indsats (Bogdashina 2003).

Empativanskeligheder

Vanskeligheder med at beregne andres tanker, følelser, handlinger og hensigter kalder vi empativanskeligheder (Frith 2005). De er centrale på autis-mefeltet, men vi taler i dag om, at de er almindelige i hele feltet. Derfor bruges begreber som autis-metræk og endda AKT, hvor k:et står for kontakt. I skolens hverdag stilles der enorme krav til sociale evner. Bare et almindeligt frikvarter stiller store krav til flere hundrede elevers evne til at finde en fælles måde at interagere på i en skolegård. Mange lærere bruger lang tid hver dag på at udrede konflikter, som er foregået i frikvarteret – i stedet for

at skabe frikvarter, hvor de sociale krav er betydeligt mindre. Det går ud over undervisningen og er derfor ødelæggende for skolens opgave. Man kan tilpasse frikvarter på forskellige måder:

- Visse elever har brug for strukturerede aktiviteter. De søger sig eventuelt til fodboldbanen, eftersom fodbold er en god, overskuelig og klart struktureret aktivitet. Fodbolden fungerer dog kun, hvis alle er enige om, hvornår en regel er overholdt, hvilket desværre ofte kræver evne til at være fleksibel, til at vurdere, se ting fra forskellige sider samt evne til at beregne andres hensigter. En god pædagogisk indsats på fodboldbanen er derfor en spillende dommer med ansvar for fodbolden. Andre elever har brug for andre strukturerede aktiviteter som sanglege eller “Alle mine kyllinger”. Indsatser af denne karakter kræver, at der er voksne til stede, men kan være langt billigere end at bruge 45 minutter i halvdelen af alle klasser i indskoling og mellemtrinnet efter et spise-frikvarter til at diskutere hvad der gik galt.
- Andre elever har brug for at få spørgsmålet: “Hvad skal du lave i frikvarteret?” Hvis de ikke får spørgsmålet, tiltrækkes de ofte af larm og havner derfor i situationer med stort affekttryk eller stor risiko for konflikt.
- Yderligere andre har brug for, at man aftaler, hvad eleven skal lave, og kræver at eleven opsøger en voksen, hvis man vil ændre aftalen.

- I enkelte tilfælde skaber vi særlige frikvarterstilbud til visse elever med diagnoser, for eksempel et bibliotekstilbud til en elev med autisme-spektrumforstyrrelse eller et gymnastiksalstilbud for et par elever med ADHD.

Vanskeligheder med central kohærens

Vanskeligheder med at forstå årsag og virkning i komplekse sammenhænge er almindelige på tværs af alle diagnoser. Vanskelighederne følger funktionsniveauet, hvilket indebærer, at elever med autisme og udviklingshæmning har de største vanskeligheder på feltet, men vi skal et stykke uden for diagnosefeltet for at finde elever uden vanskeligheder (Lundström 2011).

Piaget sagde, at alle mennesker er aktivt meningsdannende, hvilket betyder, at alle altid leder efter årsag og virkning, for at forstå, hvorfor ting sker. Det er desværre ikke sandt. Alle elever med udviklingsforstyrrelser har vanskeligheder med den meningsdannende funktion, og ser ikke sammenhænge, som andre elever ser (Frith 2005). Det giver problemer på flere områder:

- Man har svært ved at forudsige, hvad der kan ske. Det indebærer, at man ikke ser strukturer i hverdagen, ikke ved, hvad en normal skoletime indeholder og ikke navigerer i tiden. Man kan derfor fastholde, at det ikke var ens skyld, at vinduet blev smadret, det var bolden, der var skæv. For man havde ikke forudset at det kunne ske.
- Man har derfor svært ved at forudsige andres handlinger. Her overlapp-

per vanskeligheder med empati og central kohærens.

- Man har svært at se sin egen rolle i konflikter, eftersom man ikke kan forudsige andres handlinger. Det er derfor altid andres skyld, at alting går galt, og de andre der startede. Hos voksne i feltet ser vi det blandt andet i, at de ofte anser, at det er parkeringsvagtens fejl, at de har fået en parkeringsbøde.
- Man har svært at forholde sig til forskellige sider af samme sag, både intellektuelt i skolefagene og praktisk i hverdagen. Man fremtræder derfor ofte som enkel og primitiv i sine holdninger.

Ingen forskning har endnu kunnet vise, at man har kunnet forbedre en persons grundlæggende centrale kohærens ved pædagogiske indsatser. Det er selvfølgelig overraskende, eftersom der bruges enormt meget tid til at tale med elever om, hvad der gik galt, så de kan lade være en anden gang. Det er ofte helt spildt tid. Man kan derimod kompensere for elevers manglende centrale kohærens ved at skabe faste strukturer i hverdagen. Man skal dog huske at tydeliggøre disse strukturer, for eksempel ved at skrive en times struktur på tavlen og strege allerede overståede momenter ud. Visse elever har brug for personlige tydeliggjorte strukturer i form af skemaer og arbejdsystemer for alt, fra heldagsskema til brusebads-skema efter gymnastikken (Gerland 2010).

Man kan desuden give eleverne faste strategier, de kan bruge for at kompensere for manglende central kohærens. Det gør vi med sociale historier, hvor

man med hjælp af en positivt formuleret beskrivelse af, hvordan man skal gøre i en vis situation – skaber en indre struktur, eleven kan følge. Der kan dog være brug for mange sådanne strukturer, eftersom elever med vanskeligheder med central kohærens har svært ved at generalisere og dermed overføre viden fra en situation til en anden (Gray 2000).

Elever med vanskeligheder med central kohærens har store vanskeligheder med at regne konsekvenser ud. Det betyder, at ting går galt for dem i hverdagen, men også at konsekvenser ikke bider på dem. Man kan derfor ikke bruge konsekvenser som pædagogisk redskab. Teorien bag konsekvenspædagogikken handler om at en konsekvens er forudsigelig (jeg vil ikke give en reference til en bog om konsekvenspædagogik, men Jens Bay har skrevet flere). Men hvis en elev, efter at en lærer eller pædagog har uddelt en konsekvens, udtaler, at det er uretfærdigt, og at det ikke bare var ham, falder det ræsonnement. Endnu værre, hvis eleven bliver overrasket (Hejlskov Elvén 2010). Desværre er det ofte lige netop elever med vanskeligheder med central kohærens, det går galt for i hverdagen, og derfor ofte dem, som får konsekvenser. Men det gør det desværre ikke mere effektivt.

Eksekutive vanskeligheder

Vi psykologer har i de seneste hundrede år fokuseret utroligt meget på begavelse. Det kan vi kalde evnen til at tænke. For omkring 30 år siden opdagede vi, at det ikke er nok at kunne tænke, tanken skal gerne omsættes i handling. Evnen til at omsætte tanke i

handling kalder vi eksekutive funktioner (Elliot 2003). Det kan være:

- Evnen til at planlægge. Denne evne kræver en del central kohærens.
- Evnen til at gennemføre en plan i den rigtige rækkefølge og ikke tabe overblikket undervejs, kræver god impuls kontrol og opmærksomhed, men også central kohærens, så man kan forstå rækkefølge i et årsag-virkningsforløb.
- Evnen til at handle fleksibelt. Manglende fleksibilitet indebærer, at man ikke er i stand til at skifte spor i hverdagen og ofte fremtræder som rigid og stædig. Der er dog tale om en evne, og elever med vanskeligheder med fleksibilitet havner ofte i konflikt, både med personale og med andre elever. Det er den gruppe, som oftest udsættes for magtanvendelser.
- Evne til at holde impulser tilbage. Har man vanskeligheder med det, vil regler, som handler om, hvad man ikke må gøre, starte impulsen, at gøre lige netop det. En god pædagogisk hverdag for elever med impuls kontrolproblemer (som jo endda er afgrænsende symptom ved ADHD) indebærer, at alle regler handler om, hvad man skal gøre i forskellige situationer, ikke hvad man ikke må gøre.

Elever med eksekutive vanskeligheder har nytte af tydeliggørende struktur, så de kan beholde overblikket. De har desuden nytte af dispositioner i alle former for opgaver, men man kan ikke forvente, at de selv kan skrive dispositionen. De har derfor brug for faste, tydelige, enkle, strukturerede dispositio-

ner for forskellige opgaver i skolen, men også for fritidsaktiviteter. Samme pædagogik i frikvartererne som ved empativanskeligheder har god effekt.

Arbejdshukommelsesvanskeligheder

Arbejdshukommelsen er evnen til at huske information, mens man bearbejder den. Det er en central evne på kanten af de eksekutive funktioner. Elever med udviklingsforstyrrelser fra de letteste (som læsevanskeligheder) til de tungeste (autisme eller OCD) har ofte massive arbejdshukommelsesvanskeligheder (Martinussen et al 2005, Jeffries & Everatt 2004, Koshino et al 2005). Det indebærer, at de ofte mister overblikket, at de har svært ved at følge med i samtaler, taber tråden, både når de lytter, læser eller fortæller selv, og at de ofte er distræte og har svært ved at holde orden på deres ting.

Igen er en tydelig og forudsigelig struktur en god compensation, men man kan eventuelt desuden træne arbejdshukommelsen med forskellige computerbaserede programmer. Vi ved dog endnu ikke om træningen indebærer en bedre funktion på sigt eller kun i perioden man træner (Klingberg 2005).

Affektreguleringsvanskeligheder

Nyfødte børn kan ikke regulere på egen hånd. De græder, bare de bliver lidt sultne. Med alderen bliver de dog dygtigere og dygtigere til at være sultne, og også til at regulere deres affekt i andre svære situationer. Ved god, moden alder taber de færreste almindelige mennesker koncepterne og går i

kaos. Elever med udviklingsforstyrrelser er dog kendetegnede af en markant lavere affektreguleringssevne (Diekhof et al 2011, Sjöwall et al 2013). Det indebærer at:

- de oftere taber kontrollen. De er derfor oftere i konflikter, og konflikterne med andre er oftere voldsomme og kaotiske.
- de oftere bruger strategisk adfærd for at beholde selvkontrollen (såkaldt ydre affektregulering). Det kan være:
 - At nægte at leve op til krav.
 - At lyve for at beholde kontrollen i situationen.
 - At stikke af (en strålende strategi).
 - At bruge skældsord.
 - At true. Man truer ikke fordi man vil udføre truslen, men fordi man gerne vil undvige det man truer med at gøre. Derfor er det meningsløst at melde en truende elev til politiet. Han gør sit bedste for at kontrollere en svær situation uden vold.
 - At skære sig i armen (hvis han har en øget sansfølsomhed er det en udmærket strategi for at beholde kontrollen over sig selv).

Disse strategier er ikke særlig effektive socialt, men nok de bedste eleven har adgang til. På grund af affektreguleringsvanskelighederne ser vi langt flere ydre affektreguleringsstrategier hos elever med udviklingsforstyrrelser end hos andre elever. At forbyde disse strategier er problematisk, idet det efterlader eleven uden muligheder for at navigere. Det er langt bedre at kortlægge, hvorfor eleven havde svært ved at beholde kontrollen i situationen og

derefter tilpasse situationen så det bliver lettere. Igen er en struktureret og tydeliggjort hverdag kernen i en god pædagogik, men også en hverdag præget af ro og ikke-konfronterende pædagogiske strategier (Hejlskov Elvén 2010).

Stressfølsomhed

M. Grace Baron beskriver at mennesker med autismspektrumforstyrrelser har en tydeligt lavere stresstærskel (Baron 2006). Det er jeg ikke så sikker på. Derimod tror jeg, at de har langt flere stressende grundfaktorer i hverdagen (Hejlskov Elvén 2010). Og det gælder ikke kun elever med autisme, men også ved andre udviklingsforstyrrelser. Stressende grundfaktorer kan være:

- Manglende central kohærens. Hvis man ikke kan beregne årsag og virkning i komplekse sammenhænge, er fremtiden hele tiden uvis. Selv den fremtid, som ligger lige omkring hjørnet. Hvis hverdagen ikke er tydeliggjort og struktureret, kan alting i princip ske. Det kan sammenlignes med at køre 140 km/t i natten uden lys på bilen. Det ville være stressende for mig. At tilføre struktur og tydelighed svarer til at tænde lyset, og sænker stressen.
- Sanseforstyrrelser. Hvis man er lydfølsom, er lydniveauet i en normal folkeskole en stor stressfaktor.
- Søvnforstyrrelser. ca 60 % af alle elever med autismspektrumforstyrrelser har kliniske søvnforstyrrelser, 70 % af dem med ADHD (Allik et al 2006, Sung et al 2008).
- Kaotiske familieforhold. Egentlig ikke koblet til udviklingsforstyrrel-

sen, men eftersom der er en stor arvelighed for udviklingsforstyrrelser, kan vi forvente svage eksekutive funktioner også hos forældrene. Det indebærer desværre ofte, at de elever, som har de svageste forudsætninger for at navigere i en kaotisk hjemmesituation, er dem som er midt i den. Vi kan ikke fra skolens side gøre så meget for at afhjælpe en kaotisk hjemmesituation, men vi kan skabe en tydelig og forudsigelig skole, som indebærer at den samlede stress bliver mindre. Vi taler om en stresstærskel, hvor de sammenlagte stressfaktorer bestemmer funktionsniveauet. En god skole kan i vis udstrækning kompensere for dårlige forhold i andre dele af elevens liv.

- Arbejdshukommelsesvanskeligheder. At hele tiden tabe overblikket er enormt stressende.

Disse grundlæggende stressfaktorer er kun et lille udpluk af mulige faktorer, som kan indebære at eleverne klarer sig dårligere i hverdagen, end de burde kunne, hvis miljøet var tilpasset deres vanskeligheder. Derfor kan man sige, at stressfølsomheden sætter de andre beskrivende vanskeligheder i relief. Det samlede tryk af beskrivende vanskeligheder minus den tilpasning, skolen lykkes med, udgør de hindringer, eleven har i forhold til at klare sin hverdag.

ESSENCE-begrebet

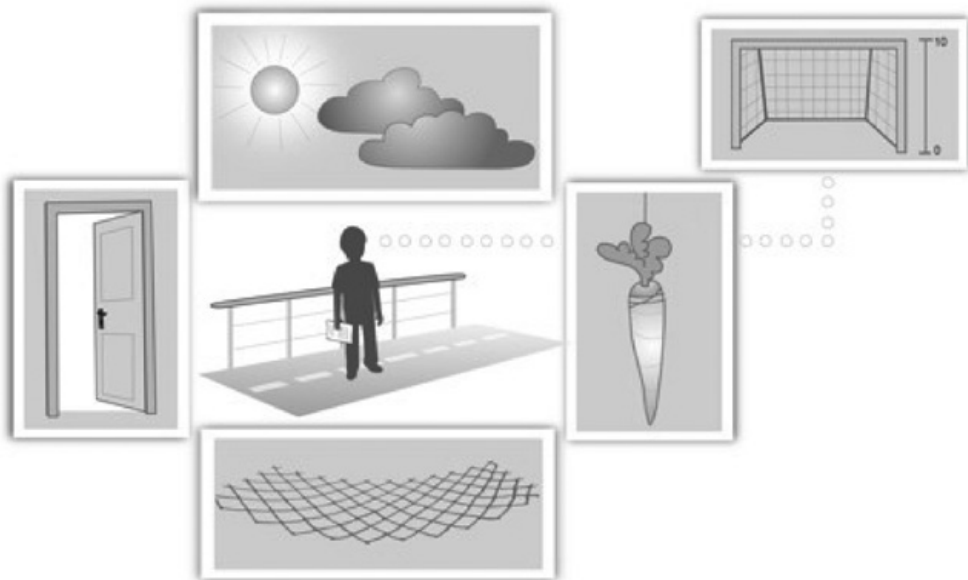
Professor Christopher Gillberg i Göteborg, som i firserne formulerede begrebet DAMP, har i de senere år talt om ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental

Clinical Examinations). Hvad han mener er, at mange af de børn, som senere får en udviklingsforstyrrelsesdiagnose, tidligt i livet har haft symptomer, som dog ikke har været store nok til, at de har opfyldt formelle diagnosekriterier (Gillberg 2013). Mange af de symptomer, han beskriver, er, hvad jeg kalder beskrivende symptomer. Han beskriver symptomer hos 3-5-årige med motorik og sansning, kommunikation og sprog, aktivitet og impulsivitet, socialt samspil og gensidighed, manglende fleksibilitet, tics og tvangssymptomer, humørsvingninger og affektreguleringsvanskeligheder samt problemer koblet til søvn og spisning. I hans forskergruppe har man blandt andet set på arvelighedsaspekter (Lichtenstein et al 2010), af sammenfald i symptomer (for eksempel Lundström 2011) og dimensioner i stedet for kategoriske diagnoser (Lundström 2011). Gillberg

beskriver at 10 % af alle førskolebørn har vanskeligheder på feltet. Ikke alle disse børn ender med at få en egentlig diagnose; det kommer jo an på hvilke krav, der stilles i hverdagen, og hvilke kompenserende faktorer, som er til stede både hos barnet og i omgivelserne.

Pædagogik

Samlet giver de afgrænsende og de beskrivende symptomer et godt billede af, hvordan eleven adskiller sig fra andre elever. Det er derfor en god idé for den udredende psykolog at ikke kun kigge på diagnose, men også tegne et samlet billede af elevens vanskeligheder. Dette skal så stilles i relation til styrkeområder og andre positive faktorer (som charme, gode familieforhold etc), inden vi skriver en egentlig plan for det pædagogiske arbejde omkring eleven. Til det har min samarbejdspartner Hanne Veje udarbejdet en model:



Figur fra Hejlskov Elvén, Veje & Beier 2012

Modellen udgår fra eleven. Vi ser målet og guleroden derimellem, som skal symbolisere faktorer, som hjælper eleven til at opnå det. Vi er dog også nødt til at identificere stressfaktorer og beskrivende symptomer, som er handi-cappende i hverdagen (skyerne) og beskyttende faktorer (solen), men også sørge for, at der både er et redningsnet i netværket (hvilke ressourcer har skolen og familien samlet for at klare situationer der går galt) og en bagdør (handlingsplaner for hvad vi gør når det går galt i skolen (Hejlskov Elvén 2013)). Når det pædagogiske arbejde kører fast, går vi ind i modellen og ser, hvad der ikke er optimalt. Det spændende med denne model er, at vi ikke kigger på, hvad eleven skal, men udelukkende hvad skolen kan gøre. For diagnosens pædagogiske værdi er, at eleven ikke kan klare sig i hverdagen som den ser ud for andre elever, men har brug for andre rammer.

Referencer

- Allik H, Larsson JO, Smedje H (2006): Insomnia in school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *BMC Psychiatry* Apr 28(6):18.
- Barbarese, WJ, Colligan, RC Weaver, AL, Katusic, SK (2009): The Incidence of Clinically Diagnosed Versus Research-Identified Autism in Olmsted County, Minnesota, 1976-1997: Results from a Retrospective, Population-Based Study. *J Autism Dev Disord* (2009) 39:464-470 DOI 10.1007/s10803-008-0645-8
- Baron, MG (red) (2006): *Stress and coping in autism*. Oxford University Press
- Bogdashina, O: (2003): *Sensory Perceptual Issues in Autism. Different Sensory Experiences – Different Perceptual Worlds*. Jessica Kingsley Publishers
- Caspi, A & Moffitt, T (2006): Gene-environment interactions in psychiatry: Joining forces with neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience* 7, 583-590
- Diekhof EK, Geier K, Falkai P, Gruber O. (2011): Fear is only as deep as the mind allows A coordinate-based meta-analysis of neuroimaging studies on the regulation of negative affect. *Neuroimage* 1;58(1):275-85.
- Elliott, R (2003). Executive functions and their disorders. *British Medical Bulletin*. (65); 49-59
- Frith, U (2005): *Autisme – en gådes afklaring*. Hans Reitzels Forlag
- Gerland, G (2010): *Arbete med Aspergers syndrom: hanterverket och den professionella rollen*. Pavus
- Gillberg, N (2013): *ESSENCE -- definition, prevalens, prognos och insatser*. <http://www.gnc.gu.se/forskningsomraden/forskarhornan/essence-begreppet-maj-2013/>
- Gray, C (200): *The New Social Story Book : Illustrated Edition*. Future Horizons
- Hejlskov Elvén, B (2010): *Problemskabende adfærd ved udviklingsforstyrrelser og udviklingshæmning*. Dansk Psykologisk Forlag
- Hejlskov Elvén, B, Veje, H & Beier, H (2012): *Udviklingsforstyrrelser og psykisk sårbarhed*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Hejlskov Elvén, B (2013): *Adfærdsproblemer i skolen*. Dansk Psykologisk Forlag
- Idring, S, Rai, D, Dal, H, Dalman, C, Sturm, H, Zander, E, Lee, BK, Serlachius, E & Magnusson, C (2012): Autism Spectrum Disorders in the Stockholm Youth Cohort: Design, Prevalence and Validity. *PLoS One*. 2012; 7(7): e41280
- Jeffries, S & Everatt, J (2004): Working memory: Its role in dyslexia and other specific learning difficulties. *Dyslexia* 10(3):196-214
- Kadesjo, B., & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 487-492.
- Klingberg, T, Fernell, E, Olesen, PE, Johnson, M, Gustafsson, P, Dahlström, K, Gillberg, C, Forssberg, H, & Westerberg, H. (2005): Computerized Training of Working Memory in Children With ADHD-A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Volume 44, Issue 2, 177-186
- Koshino, K, Carpenter, PA, Minshew, NM, Cherkassky, VL, Keller, TA, Just, MA (2005): Functional connectivity in an fMRI working memory task in high-functioning autism. *NeuroImage* 24(3):810-821

- Lichtenstein P, Carlström E, Råstam M, Gillberg C & Anckarsäter H (2010): The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. *American Journal of Psychiatry*, Nov;167(11):1357-63
- Lundström, S (2011): Autistic-like traits. Lund University, Faculty of medicine doctoral dissertation series 2011:48
- Martinussen, R, Hayden, J, Hogg-Johnson, S, Tannock, R (2005): A Meta-Analysis of Working Memory Impairments in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(4):377-384
- Matson, JL & Nebel-Schwalm, MS (2007): Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. *Research in Developmental Disabilities* 28, 341-352
- Maughan B (1995): Annotation: Long term outcomes of developmental reading problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36:357-371
- Saemundsen, E, Magnússon, P, Georgsdóttir, I, Egilsson, E, Rafnsson, V (2013): Prevalence of autism spectrum disorders in an Icelandic birth cohort. *BMJ Open* 2013;3:e002748 doi:10.1136/bmjopen-2013-002748
- Silverstein, M, Mavrolefteros, G, Ayme Turnbull, A (2000): Premorbid factors in relation to motor, memory, and executive functions deficits in adult schizophrenia. *Schizophrenia Research* 61(2-3): 271-280
- Sjöwall D, Roth L, Lindqvist S, Thorell LB (2013): Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. *J Child Psychol Psychiatry* 54(6):619-27
- Socialstyrelsen (2002): Förekomst av ADHD hos barn och vuxna. Socialstyrelsen, Stockholm. http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/10942/2002-110-16_200211017.pdf
- Sung V, Hiscock H, Sciberras E, Efron D (2008): Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Prevalence and the effect on the child and family. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 162(4):336-342.
- WHO (1992): International Classification of Diseases – tenth edition (ICD-10).

At invitere til en proces, der kan blive endnu mere attraktiv ...



Artiklen tager sit udgangspunkt i, at diagnoser kan synes attraktive. Med baggrund i en gennemgang af den samfundsmæssige kontekst, diagnosesystemets egne præmisser, moderne hjerneforskning og en foretrukket faglighed baseret på adfærd som kommunikation og dermed som invitationer til omgivelserne beskrives et konkret udviklingsforløb som illustration af artiklens overskrift. CMM teorien benyttes som løftestang til en opmærksomhed på, hvordan kulturelle konstruktioner let bliver til sandheder. Der afsluttes med en drøftelse af de organisatoriske udfordringer knyttet bl.a. til sektoropdelinger og visitationspraksis.

Af Søren Hertz, børne- og ungdomspsykiater, PsykCentrum, Hillerød, forfatter af "Børne- og ungdomspsykiatri – nye perspektiver og uanede muligheder"

Denne artikel handler om, hvordan vi som fagpersoner må være optaget af, hvordan vi – i samspil med andre – kan bidrage til, at mennesker føler sig betydningsfulde. Hvordan der kan blive skabt så meget bevægelse i de fællesskaber, som børn og unge er medskabere af, at det, vi forsøger at bidrage med, kan gøre en forskel, der gør en tilstrækkelig forskel. Når mennesker i lang tid har været i noget vanskeligt og smertefuldt, så er det afgørende, at vi er opmærksomme på, hvordan alvor inviterer til de mest omfattende forandrings- og udviklingsprocesser. For små forandringer risikerer ikke at åbne for det håb om mere grundlæggende forandringer, som er så vigtigt at bygge på.

To-Johan Ekeland er norsk professor i socialpsykologi og beskriver rammen om den norske (og danske) senmoderni-

tet præget af individualisering på følgende måde:

“Du er fritstillet til at skabe dig selv, men hvis du mislykkes, er det din egen fejl ... “presset på identitets-konstruktioner og det manglende eksistentielle sikkerhedsnet til den, der ikke lykkes, har gjort syge-rollen mere attraktiv end tidligere. I modsætning til en afgrund af social skam ved at være ingenting, tilbyder vi gennem den stigende diagnosticering en ret til at lide på legitim vis” (2005, s. 111 og 115).

Når diagnoser og sygeroller, handicapforståelser på den måde kan synes attraktive, så er det oplagt at have respekt for dette perspektiv, men samtidig også at insistere på at invitere til det, der fra et andet perspektiv kan sy-

nes endnu mere attraktivt. Når diagnoser blot er beskrivelser af fremtrædelsesformer, i sidste ende øjebliksbilleder, så må vores opgave være at bidrage til, at der opstår nye øjebliksbilleder i kraft af de processer, som vi er med til at sætte i spil. Det betyder, at vi må invitere til en proces, der rækker ud over de dominerende forestillinger og de tilsyneladende sandheder, som ofte dukker op, når situationer og liv låser sig fast.

Artiklen udfordrer den stigende individualisering, som vi som fagfelt meget let bliver medskabere af, fordi vores organiseringer og konstruktioner bliver båret af den kultur, som vi er en del af. Den flytter fokus fra individ til individ i kontekst – og til implikationerne af denne tilgang for vores samfundsmæssige forpligtigelser (Brinkmann, 2010).

Denne artikel vil dermed række ud over de enten-eller eller for-og-imod billeder, der let kan opstå i feltet omkring udsatte børn og unge. Det er – som det vil fremgå – alvoren, der inviterer til udvikling, det er ønskerne om redskaberne og de enkle forklaringer, der må mødes med et insisterende fokus på at inddrage kompleksiteten og også at forholde sig til det, der sker foran øjnene på os. Og det er kreativiteten, der opstår, når man spørger til sammenhængene og til det fraværende, men implicitte – ud fra et ønske om at skabe bevægelse i det tilsyneladende fastlåste. Og det er betydningen af at zoome ind og zoome ud, at være opmærksom på, at vi ikke kun skal være optaget af at forstå fænomener i kontekst, men at vi i alt, hvad vi foretager os, er kontekstskabende og derfor må være optaget af, hvordan vi selv er

med til at skabe de virkeligheder, som vi derefter beskriver.

Lidt mere om fænomenet diagnose

Det er bemærkelsesværdigt – i forlængelse af citatet fra Ekeland – at diagnoser på mange måder har fået karakter af forklaringer på en begrænset social succes. Jamen det er fordi han har ADHD, fordi autisme, fordi borderline, fordi ... Bemærkelsesværdigt, fordi diagnoser i sin grundstruktur udelukkende er beskrivelser af symptomer og af adfærdsfænomener. Vi har et beskrivende, ikke et forklarende diagnose-system. Eller sagt på en anden måde: Han har ADHD, fordi han opfører sig ADHD-agtigt, det er blot en cirkelslutning. Diagnoser som forklaringer er en af de helt store misforståelser i dette felt. Så hvordan skal vi forstå, at dette er sket?

Det hænger tilsyneladende sammen med de mange med-betydninger, der er opstået i feltet omkring diagnoser. ICD-10, som stadig er gældende lidt tid endnu, blev etableret i 1992. Dengang skrev forfatterne:

The term “disorder” is used throughout the classification, so as to avoid even greater problems inherent in the use of terms as “disease” and “illness” (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, WHO, 1992, s. 5).

I den danske udgave af ICD-10 kom disse tydelige markeringer af, hvad der var belæg for, ikke med, tværtimod optrådte begreber som sygdomskategorier allerede i det indledende afsnit i den

danske udgave/ håndbog (WHO ICD-10). Man kan få den tanke, at det var et bevidst valg. I hvert fald er begrebet psykisk sygdom i de forløbne 20 år blevet en dominerende italesættelse i feltet og også i mediernes håndtering. Med-betydningen af sygdom er således en af forklaringerne på, at diagnoser er blevet forklaringer: Sygdomme er noget, man lider af, en forklaring a la influenza, der skyldes influenza-virus, dvs. en tilsyneladende simpel årsags-virkningsmekanisme, en enkel medicinsk problematik.

Samtidig er der sket det, at især visse diagnoser i de forløbne 20 år mere og mere bliver forstået som livslange tilstande og som handicap. Dette er igen i modsætning til selve konstruktionerne i diagnosesystemet, som er bygget op om, at man har en diagnose, hvis man opfylder kriterierne for diagnosen – og at man dermed ikke længe har diagnosen, når man ikke længe opfylder kriterierne for den. Det er derfor, jeg i loyalitet med diagnosesystemet, kalder dem for udvalgte øjebliksbilleder – og dermed understreger, at vores opgave grundlæggende set er at bidrage til, at der opstår andre øjebliksbilleder i kraft af det, vi selv bidrager med. Og når jeg kalder dem udvalgte, er det for at understrege, at alle øjebliksbilleder er afhængig af den kontekst, vi ser fænomener i – og også alt det, som vi selv bidrager med.

Problemet er alt i alt ikke primært diagnoserne, men alle medbetydningerne, der har dannet sig igennem de seneste 20 år. F.eks. ADHD som en forklaring, et fænomen, der beskrives som arveligt, livslangt, et handicap og

noget, der kræver medicinsk behandling (Hertz, 2010).

Medbetydningerne forstærkes i det kommende ICD-11, hvor der umiddelbart bliver tale ikke kun om udviklingsforstyrrelser, men om neuroudviklingsforstyrrelser. Hermed fremhæves det biologisk-neurologiske element som tilsyneladende primær årsag til det forstyrrede. Disse beskrivelser i ICD-11 er samtidig et spejlbillede på de konstruktioner og grundantagelser, der allerede har været i spil længe, men selve skriftliggørelsen af medbetydningerne kommer formentlig til at forstærke dem – og risikerer i sidste ende at ændre på diagnosesystemets egne præmisser, som bygger på, at diagnoser i sidste ende er beskrivelser, ikke andet.

Medbetydningerne relateret til diagnoserne risikerer i sidste ende at føre til, at social uorden i tiltagende grad bliver forstået som individuel uorden, knyttet til biologiske mangelforståelser. Det kommer til at se ud, som om det blot er individet, der ikke formår at passe ind. Det er derfor, jeg er optaget af, hvordan vi tager imod børnenes invitationer til fælles udvikling – og i den forbindelse må beskrive, hvordan moderne hjerneforskning hjælper os på afstand af reducere(n)de mangelforståelser.

Foretrukken viden: et bio-psyko-socialt perspektiv

Jeg vil i det følgende meget kort beskrive dette bio-psyko-sociale perspektiv, som bygger på de særlige forskningsfelter indenfor det biologiske, det psykologiske og det sociale område, der forstærker og supplerer hinanden i forhold til et særligt fokus på muligheder-

ne for udvikling. Mange taler idag om et bio-psyko-socialt perspektiv, men på en måde, hvor biologien bliver opfattet langt mere statisk end det idegrundlag, som denne artikel bygger på (jfr. beskrivelserne vedr. ICD-11). Det skal derfor understreges, at, når der er så meget forskning, der taler forskelligt sprog, så bliver der aldrig tale om absolut viden, udelukkende den viden, som vi hver især og som fagfelt vælger at gøre foretrukken.

Artiklens bio-psyko-sociale perspektiv bygger på en forskning, en viden om hjernens plasticitet, dens muligheder for udvikling i kraft af det sociale samspil i de afgørende relationer og kontekster. Den bygger også på forskning om spejlnervenceller, som fortæller os, at over tid er det ikke muligt – i de afgørende relationer – at skelne mellem egne og andres tanker, følelser og intentioner (Horsdal, 2009, Bauer, 2006, Hertz, 2008). Det betyder, at, hvis børn og unge spejler sig i andres bekymring, tvivl, usikkerhed eller i optrappende konflikter, så bliver disse emotioner meget let identitetsskabende og relationsdannende – og de smitter frem og tilbage mellem børnene og de vigtige personer omkring dem. Det er derfor, børn og unge skal have mulighed for at spejle sig i andres tro på mulighederne. Hele denne forskning betyder i sin konsekvens, at jo mere man forestiller sig, at disse udviklingsforstyrrelser har en stærk biologisk-neurologisk komponent, jo mere skal man være opmærksom på det sociale samspil, fordi det er et anderledes socialt samspil, der kan videreudvikle biologien. Samspil forstået som hverdags oplevelser, forbundet med en op-

levelse af at spejle sig i tro på udvikling, ikke i bekymring. Tiden må derefter vise, hvad der er muligt at udvikle i et samspil, der bygger på, at børn får erfaringer, der rækker ud over deres overlevelsesstrategier og som bygger på, at de spejler sig i, at andre tror på, at det er muligt at udvikle.

Indlejret i denne tilgang er en opmærksomhed på, at børn fødes forskelligt: Nogle børn fødes med en særlig biologisk sårbarhed, nogle andre udvikler en særlig sårbarhed i kraft af det, der sker i deres liv. Opgaven handler om, hvordan vi møder barnet på måder, der åbner for udvikling og bidrager til bio-psyko-social modning.

I samme ånd og bogstav beskriver den moderne tilknytningsforskning, at det er det sociale samspil i de afgørende relationer og kontekster, der afgør, hvordan det genetiske anlæg kommer til udtryk (Hart & Sørensen, 2007). Denne forskning ligger på linje med moderne epigenetik – til glæde for os, der tror på mulighederne forbundet med socialt samspil bredt set.

Som det forhåbentlig fremgår, handler dette om et insisterende fokus på udvikling og udviklingspotentialer. Målet for indsatsen er ikke normalitet, også fordi denne målsætning ville betyde, at alt, der kom før målet, ikke var normalt – dikotomien ville i sidste ende forstyrre vores nysgerrighed på, hvordan vi bidrager. Tiden må vise, hvad der er muligt.

Denne forskning får også betydning i forhold til tilgangen til medicinsk behandling af børn og unge. Hvis man forstår hjernen og transmissionerne i hjernen ud fra en mere statisk forskningstradition, så kommer det til at re-

sultere i, at medicin skal til for at kompensere for den manglende hjernemæssige formåen. Ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv er der derimod ikke tale om et absolut mangel-problem, men et reguleringsproblem (Videbech, 2002). Når medicin i nogle tilfælde virker, så hænger det sammen med, at barnet har været inde i et bio-psyko-socialt samspil, som ikke har været tilstrækkeligt udviklingsfremmende og som har resulteret i, at barnet ikke producerer tilstrækkeligt af nødvendige transmitterstoffer. Opgaven er derfor at bidrage til, at barnet kommer ind i et mere udviklende samspil, hvor de begynder at producere tilstrækkeligt med transmitterstoffer, således at de ikke skal fortsætte den evt. påbegyndte medicinske behandling resten af livet.

Alt i alt udfordrer denne forskning forestillingerne om det, man skal lære at leve med til fordel for et insisterende fokus på udvikling. Vi ved fra de sidste årtier meget om, hvilken form for specifik (bla. specialpædagogisk) støtte, der kan bidrage til udvikling. Risikoen er, at der opstår en afhængighed af denne form for støtte. Vi må derfor være opmærksom på, hvordan vi fra første færd, når støtte introduceres, arbejder på, at denne særlige opmærksomhed kan internaliseres i barnet som bevidste strategier, *fordi* omgivelserne tror på, at det er muligt – og støtter barnet i at få erfaringer med, hvordan det bliver muligt. Vi kommer således på afstand af ideen om compensation, forstået som en tilgang, der på forhånd har defineret, at der er tale om begrænsede udviklingsmuligheder. Dette er vigtigt, fordi det, der på for-

hånd er defineret, så let skaber selvopfyldende profetier – i dette tilfælde båret af troen på begrænsede muligheder, som smitter frem og tilbage mellem børnene og deres omgivelser.

Der er således tale om en anderledes tilgang end den, der bygger på de såkaldte stress-sårbarhedsmodeller, hvor ideen er, at børn og unge, der vurderes som særligt sårbare, har brug for en hverdag, hvor der kompenseres for deres sårbarhed og hvor de dermed ikke stresses. Stress-sårbarhedsmodellen er en individualiseret model, der risikerer at skabe selvopfyldende profetier, fordi de såkaldt særligt sensitive børn også må forstås som dem, der er særligt sensitive overfor og dermed spejler sig i, om omgivelserne tror, at de hen af vejen formår det, der rækker ud over den umiddelbare fremtrædelse. Disse børn inviterer med andre ord til, at andre viser, at de tror på deres udviklingsmuligheder og støtter dem i at få bygget erfaringerne op. Svaret handler igen om udvikling, ikke compensation.

Når det har været vigtigt i denne artikel at omtale disse bio-psyko-socialt perspektiver, så handler det som beskrevet om implikationerne for praksis. I forlængelse af dette udarbejder jeg selv ofte det, jeg kalder dobbelte beskrivelser a la: Dette kan umiddelbart fremtræde som ADHD, men jeg foretrækker at beskrive ... Og her kommer beskrivelserne af sammenhængene, af processerne og af det, som er på vej og som trænger til at blive yderligere udviklet, de fælles opmærksomheder og de nye fællesskaber. Og jeg skriver om risikoen for medbetydninger – og dermed om, hvordan det beskrevne ikke skal forstås.

Når spørgsmålet "er dette psykiatri?" opstår ...

Som børne- og ungdomspsykiater er det tydeligt, at temaet om psykiatri opstår, når der er fænomener eller symptomer, der endnu ikke er blevet tilstrækkeligt forstået eller mødt på måder, der har været tilstrækkeligt udviklingsfremmende. Det betyder, at spørgsmålet "er dette psykiatri?" opstår, når mennesker føler sig afmægtige, usikre på, hvad der er godt at gøre eller handlingslammede, fordi de ikke kan få øje på en retning videre. Det hænger ofte sammen med en oplevelse af at være for alene med noget, der synes uoverkommeligt, noget, der ofte føles som liggende udenfor ens egen indflydelse. Det gælder i nogle tilfælde børnene og de unge selv, men i højeste grad også de voksne, der er rundt om børnene og de unge.

Den skitserede definition af psykiatri åbner for en opmærksomhed på, hvordan der blandt alle involverede kan opstå en oplevelse af at være deltagere i et fællesskab. Og hvor der i fællesskabet kan opstå processer, der skaber bevægelse i det tilsyneladende fastlåste:

Implikationer for praksis – flere invitationer til det attraktive

Grundlæggende set skal adfærd i denne sammenhæng forstås som kommunikation. Al form for adfærd, herunder også problemadfærd, skal mødes med en antropologisk nysgerrighed, der er optaget af, hvordan vi kan forstå og forholde os til "den indre mening" i det, der fremstår problematisk. Når børn gør det bedste ud fra deres forudsætninger på det givne tidspunkt, deres

måder at forstå deres liv på og deres levede erfaringer, så må vi være optaget af at forstå de indlejrede historier og sociale samspilsmønstre. Og ikke mindst må vi være optaget af, hvordan vi svarer på denne form for kommunikation på måder, der kan skabe udvikling. Børn og unges kommunikation, deres invitationer skal ikke forstås for bogstaveligt, men også ud fra deres intentioner om et anderledes samspil.

Når diagnoser er beskrivelser af dominerende fremtrædelsesformer, så er det oplagt, at vi skal kigge ved siden af og få øje på det, der ikke passer ind og det, der kun lige er på vej og som let forsvinder, hvis vi ikke er særligt opmærksomme. Og vi skal kigge igennem adfærden og symptomerne og få øje på, hvad der holder liv i disse fænomener. Det er bemærkelsesværdigt, at fokus ofte bliver på symptomerne, på fremtrædelse, når vi samtidig ved, at disse fremtrædelsesformer fra en anden vinkel blot er billeder på børns og unges (overlevelses)strategier. I sidste ende skal effekten af vores indsats måles på fremtrædelsesformerne, men det skaber en anden form for opmærksomhed, når vi bliver optaget af, hvad der holder liv i disse og dermed bevæger os ind i kompleksiteten i forhold til det, der inviterer til forandring og udvikling.

Når diagnoser er *udvalgte* øjebliksbilleder, så bliver det afgørende, hvordan vi skaber kontekster, hvor vi kan få øje på børns og unges invitationer til deres omgivelser. Invitationerne er primært til dem, der er vigtige i deres liv, risikoen er derfor, at, hvis vi foretager individuelle udredninger med fokus på problemadfærden, så får vi ikke øje på

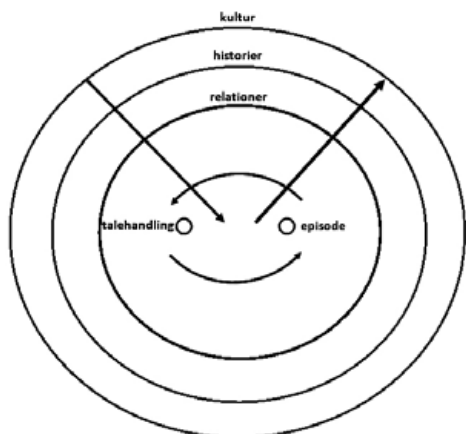
disse invitationer; så får vi frembragt billeder af børnenes utilstrækkeligheder, deres overlevelsesstrategier. Så får vi ikke øje på sammenhænge, på det kybernetiske. Kontekster er jo ikke kun noget, vi forholder os til: Vi er hele tiden kontekstskabende, vi skaber mening ud fra det, vi vælger at gøre fremtrædende. Så hvordan skaber vi kontekster, hvor vi kan stille spørgsmål til dominerende for forståelser og tilsyneladende sandheder, således at der også i selve rummet kan opstå noget, som andre kan blive inspireret af, og som de kan få lyst til og mod på at tage ud af rummet til et anderledes samspilsmønster.

Et oplagt eksempel på det kontekstskabende er de spørgeskemaer, som forældre og andre bliver bedt om at udfylde forud for en undersøgelse på mange af de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger: Spørgsmålene fokuserer primært på barnet eller den unge og på problemfelterne. Dermed har man allerede før det første møde skabt en forestilling om, hvad denne undersøgelse primært drejer sig om.

Undersøgelser indeholder således stærke etiske overvejelser. Her understreges det ikke mindst, at enhver undersøgelse som et helt centralt element må indeholde en undersøgelse af ændringspotentialerne i barnets samspil med omgivelserne – og i omgivelsernes samspil med barnet. I modsat fald risikerer en undersøgelse at forstærke de individuelle problemforståelser, der i forvejen er konstrueret og repræsenteret allerede i den første henvendelse.

Hvordan får vi gjort det, vi er involveret i, tilstrækkeligt stort?

Denne artikel er inspireret af CMM-teorien (Coordinated Management of Meaning, Pearce & Cronen, 1980), der beskriver, hvordan sociale virkeligheder konstrueres. Teorien fremhæver, at meningen og sammenhængene i socialt samspil finder sted i og er afhængig af kulturelle normer og værdier. Vor tids dominerende tænkning og forståelser er afgørende kontekst for det, vi møder og bliver medskabere af. Dette gælder for alle – også for os som professionelle i fagfeltet. “Vi mennesker tror, vi tænker vores egne tanker. Men det gør vi ikke. Vi tænker vores kulturs tanker” (Krishnamurti, ref. i Bateson, 2011). Vi er produkter af vores samtid, af vores kultur og af de dominerende ideer, af herskende diskurser – og samtidig må og skal vi være bevidste om vores rolle og muligheder som aktive medskabere af kontekster, der rækker ud over det kulturelt bundne. Vi har en opgave med at undersøge og bevidst forholde os til, hvilke forståelsesformer, der hæmmer og hvilke, der fremmer mulighederne for udvikling – og dermed hvilke vi vælger at gøre foretrukne. Ingen måder at forstå og begribe på er neutrale:



Figur 1¹

Kultur (samfundsskabte institutioner, diskurser m.v.)

Historier (dominerende opfattelser af sig selv og andre)

Relationer (familie, professionelle m.v.)

Talehandling (verbale og nonverbale ytringer)

Episode (samtaler, møder, adfærd)

Figur 1 forsøger at indfange dette: al kontakt må forstås i kontekst af en relation, der udvikler sig. Relationer og samspil udvikler sig ud fra de historier, der kulturelt og institutionelt er blevet gjort vigtige over tid. En henvendelse til os bygger derfor oven på familiemæssige samspil og erfaringer fra mødet med andre kulturelle institutioner – og man må spørge til disse erfaringer, fordi de danner kontekst for

1 Modellen er min tillempede udgave. Teorien er blevet kritiseret for at være hierarkisk og 1. ordens kybernetisk i sin konstruktion. Jeg benytter modellen på en måde, hvor jeg understreger de dynamiske sammenhænge; et komplekst samspil af sammenhænge, som vi selv er en del af og som vi derved også har mulighed for og forpligtelse til at påvirke.

det møde, man søger at etablere. Der må stilles spørgsmål, der specifikt retter sig mod det samarbejde, der har været, og mod det samarbejde, der ønskes.

Fænomenet udredning bliver oftest forstået som en individuel undersøgelse, men i den danske ordbog fremgår, at det handler om “at undersøge og klarlægge en sag eller sammenhæng ved at foretage en grundig, ofte videnskabelig, udredning”. Dermed kommer udredning til også at handle om at rede ud, hvordan det, der fremtræder, også må forstås i lyset af de større sammenhænge og dermed også det samarbejde, der har været og som tilsyneladende ikke har frembragt det, som var ønsket. Hvordan samarbejdet er opstået i kontekst af de historier, som vi og de har været tilbøjelige til at gøre foretrukne – og i sidste ende i kontekst bl.a. af kulturelle konstruktioner og tilsyneladende sandheder, f. eks. om diagnoser som noget, man skal lære at leve med. En undersøgelse af ændringspotentialerne handler dermed ikke mindst om, hvordan vi er opmærksomme på, at vi er en del af et større system med stærke kulturelle konstruktioner, hvor forsøgene på at løse problemet i nogle tilfælde tilsyneladende har været med til at forstærke eller fastholde problemet – bl.a. i kraft af de medbetydninger, der er opstået undervejs.

Vi må på uærbødig vis (Cecchin et al, 1992) slippe pænheden og forsigtigheden og dermed stille de spørgsmål, der kan belyse sammenhængen mellem det, der er sket i tidligere møder, og de tilsyneladende sandheder, som er opstået – for at få øje på, hvor der er

brug for nye konstruktioner, nye forståelser og dermed nye åbninger ind til anderledes handlemønstre, i barnets møde med omgivelserne og i omgivelsernes møde med barnet.

De mindste interaktioner må altid forstås i lyset af de større og største sammenhænge. Vi må sørge for at skabe rum for en mulig "genforhandling" af disse sammenhænge. Foucaults (1982) fremhævelse af viden som magt understreger, at der ikke findes absolut viden, kun foretrukken viden, f.eks. om hjernen, om diagnoser og om udvikling, hvorfor vi som fagpersoner må gøre os klart, hvilken viden vi gør foretrukket.

En illustration af betydningen af de sammenhænge, som vi selv er en del af

En 16årig dreng Allan blev henvist med et ønske fra forældrene om hjælp til den fastlåste situation: Allan havde tidligere været på børnepsykiatrisk afdeling flere gange, startede som 7årig med at blive beskrevet som en dreng med vanskeligheder indenfor det autistiske spektrum, senere som en dreng med infantil autisme. Situationen havde udviklet sig derhen, hvor Allan gik på specialskole – og hvor han kun talte sammen med familien, ikke med andre (hvilket han tidligere havde gjort). Kontakten mellem Allan og fagpersonerne omkring ham blev derfor kraftigt understøttet af billed- og anden form for ikke-verbal kommunikation.

Vi inviterede primært Allan sammen med sin familie og blev lige fra første øjeblik mødt af en stor dreng, der smilede og var til stede, men som fremstod

fastlåst og ikke verbalt kommunikerende. Vi blev – med et smil og en stadig uærbødighed – transparente med vores egen ambivalens: Vi kunne vælge at tale med forældrene og lillesøster. Dermed ville vi være respektfulde overfor det, at han ikke talte, men også ikke-respektfulde overfor, at han var en stor dreng, som vi vidste, kunne tale. Vi holdt fast i denne dobbelthed under hele samtalen.

De indledende samtaler tydeliggjorde, at der igennem en årrække var blevet opbygget et mønster af kompenserende strategier fra omgivelsernes side i et stadigt samspil med en dreng, der var blevet mere og mere i tvivl om egne udviklingspotentialer.

I en samtale med forældrene spurgte vi til familiens historie og hørte om en dreng, der havde været meget somatisk syg og igennem flere operationer i de første leveår. Forældrene kunne fortælle, at de som forældre var kommet langt fra hinanden – og at moderen havde været den, der havde syntes, at det måtte være meget svært at være Allan. Hun fortalte med et smil om læben og tårer i øjnene, at hun fortsat havde det sådan, at hun følte, at hun skulle passe særligt godt på ham. Og mens hun sagde det, bevægede hun armene og kroppen, som om hun havde en baby i sin favn.

Når børn gør det bedste ud fra deres forudsætninger på det givne tidspunkt, deres måder at forstå deres liv på og deres levede erfaringer, så er det oplagt at høre til de historier, der var blevet indlejret, og det levede liv, der havde udviklet sig – i de mange kontek-

ster. Vores udgangspunkt var, at forældrene havde været meget ansvarlige i deres tilgang – og samtidig, at de kom, fordi de gerne ville have hjælp til at kunne leve deres ansvar på måder, der var mere udviklingsfremmende, for Allan og for dem selv. Vores møde bevægede sig således langt væk fra et tema om skyld, der blot ville blive yderligere handlingslammende.

Ved den efterfølgende samtale spurgte vi Allan direkte, om han gerne fortsat ville være den lille dreng, som hans mor passede ekstra godt på – eller om han også havde lyst til at eksperimentere med at være den, der også var stor og kunne udvikle alt muligt andet. Vi holdt fast i dette tema, også fordi vi havde indtryk af, at Allan også gerne ville noget andet end det, der var repræsenteret af drengen i favnen.

Vi blev optaget af det inkongruente, det der ikke hang tilstrækkeligt sammen, den lille dreng i favnen og den store dreng, der sad foran os. Opgaven blev at gøre Allan (og forældrene) nysgerrig på, hvad et anderledes samspilsmønster kunne udvikle sig til. Vi ville flytte ham ud af et fokus på det, som han skulle lære at leve med, og ind i et billede af ham som den, der havde potentialer til at opbygge erfaringer, der kunne række ud over de meget begrænsede overlevelseshandlinger. Vi ville bidrage med indspil til et anderledes samspil, som både Allan og forældre kunne blive optaget af, hvordan de kunne udvikle.

Vi oplevede i de næste samtaler, at Allan også var en dreng med humor og en

dreng, der tidligere havde dyrket sport. Vi forsøgte at inspirere Allan og faren til at genoptage sporten som en fælles aktivitet.

Fænomenerne udspiller sig i det rum, som vi også selv er en del af. Vi blev, som det fremgår, optaget af, hvordan vi kunne inspirere til et mere insisterende fokus på udvikling i kraft af den måde, som vi selv hen af vejen fik mulighed for at møde Allan på. Vi blev således mere og mere optaget af det, vi beskrev som Allans invitationer til sine omgivelser: Tror I, at jeg formår mere end det, som jeg selv frygter, at jeg ikke formår? Tror I, at jeg kan komme ud af det fastlåste? Og når spørgsmålene stilles på denne måde, bliver svarene jo ekstra vigtige.

Allan, forældre, specialskole, psykolog og sagsbehandler deltog i en efterfølgende samtale. Samtalen blev indledt med et spørgsmål fra vores side, hvor vi ønskede at høre, om skolen havde fået øje på ændringer hos drengen, som kunne hænge sammen med de ændringsprocesser, som allerede var i spil hjemme: Vi konstruerer jo hele tiden virkeligheder, derfor blev vi optaget af, hvordan vi kunne skabe en kontekst for mødet, der blev præget af en nysgerrighed i forhold til det, der allerede var på vej. Skolen kunne fortælle, at de også var begyndt at møde ham med mindre forsigtighed – og havde set resultaterne af dette i form af, at han virkede glade, mere initiativrig og mere aktivt kommunikerende. Heraf opstod en samtale, som dannede rammen om et fokus på de samspilserfaringer, der fortsat skulle opdyrkes, og som skolen

også var meget interesseret i at indgå i. Sagsbehandler blev optaget af, hvordan en fremtidig støttekontaktperson kunne bidrage til denne udvikling.

Børn og unge sender invitationer til deres omgivelser. Det gør vi som fagpersoner også. De processer, som vi forsøger at invitere andre ind i, bygger som beskrevet på den foretrukne viden om hjernens plasticitet og dens muligheder i et socialt samspil, hvor børn kan spejle sig i vores tro på og erfaring med, at udvikling er mulig og at tiden må vise, hvad der er muligt at udvikle. Hjernen udvikler sig ikke blot ved samtaler, men i kraft af et anderledes bio-psyko-socialt samspil, hvor forestillinger om begrænsede muligheder kan blive afløst af, hvordan alvoren kan invitere til udvikling. Det handler ikke om for eller imod diagnoser, ikke om for eller imod medicin, ikke om konkurrerende ideer, men om selve det at bevæge sig ind i det komplekse, at bevare nysgerrigheden knyttet til, hvilke kontekster for mulige forandringer vi skal introducere. Derigennem kan vi inspirere til vekselvirkningen mellem nye samspilsmønstre og nye forståelser, der igen kan bidrage til nye samspilsmønstre. Eller som den pågældende far udtrykte det: "Det her skulle vi have været igang med for længe siden".

I vores foretrukne praksis indgår det at være antropologisk intervenerende som et centralt element i den kontekstbaserede udredning – for at undgå selve risikoen for den hurtige reduktionisme og den akontekstuelle tilgang, som i kraft af den foretrukne kultur nemt kommer til at ligge som grundlæggen-

de præmis allerede i den første henvendelse.

Rundt om diagnoserne: et samfundsmæssigt ansvar

Tilsyneladende er der igennem en årække sket det, at flere og flere børn og unge er kommet ind i voksenalderen med en handicapforståelse eller en forståelse af sig selv som psykisk syge. Her argumenteres der for, at barndom og ungdom er de mest optimale tidspunkter for udvikling: det er dér, hvor hjernen er mest plastisk og hvor der kan være de mest optimale kontekster for udvikling i kraft af de sociale samspil, som børn og unge naturligt er i. Dette forpligtiger os, der arbejder i feltet med og omkring børn og unge til at have et særligt fokus på udviklingspotentialer.

Samtidig lever vi i en bekymringskultur, som let kan blive identitetsskabende i de pågældende børns og unges liv. Det hænger sammen med, at der omkring børn og unge, der på forskellig vis "falder ud af" forestillingerne om det almindelige, let opstår en bekymring, en usikkerhed på, hvad der er godt at gøre – og nogle gange en afmagt, der også kan udløse, at man bliver optaget af at søge årsagerne udenfor sig selv. Som beskrevet er artiklens budskab, at diagnoser ikke er forklaringer – og at det generelt set ikke er muligt at finde enkle årsagsforklaringer på de fænomener og adfærdsmønstre, der over tid har udviklet sig i de komplekse udviklingsforløb i de mange kontekster.

Når der ikke findes enkle årsagsforklaringer, så åbner det for muligheder,

fordi det medfører, at der ikke er nogen, der skal kritiseres eller bebrejdes. Så bliver det oplagt at fokusere på, hvordan vi bidrager til udvikling af det, der kan fremtræde fastlåst, begrænset eller sygt. Så må vi være nysgerrige efter, hvordan vi skal forstå det problemfyldte og begrænsede som det bedste, der har været muligt at udvikle. Så må vi være optaget af, hvordan vi kan invitere andre ind i processer, der kan være mere udviklingsfremmende og hvor vores insisterende fokus på, at udvikling er mulig, kan inspirere og smitte frem og tilbage imellem de afgørende kontekster i børnenes og de unges liv, således som beskrevet i forløbet ovenfor.

Denne "udviklingssmitte" imellem de mange kontekster fører frem til, at der må ske et brud med de sektoropdelinger, der hæmmer vores muligheder for at arbejde på tværs. Opdelinger mellem skole og kultur, mellem familieafdeling og PPR og også internt i PPR mellem konsultativt arbejde og egentlige undersøgelser. Det sidste skal have et par ekstra linjer:

Når der er opstået en opdeling mellem hhv. konsultativt arbejde og undersøgelser, baseret på indstilling af et barn til PPR, så forstyrrer selve opdelingen en antropologisk tilgang, hvor enhver henvendelse åbner op for, at man undersøger hele den sammenhæng, som problemet er en del af. Hvis man fra starten begrænser sit fokusbelt, så er der en oplagt risiko for, at selve begrænsningen hæmmer ens nysgerrighed og ens muligheder for at skabe tilpas forstyrrelse. I denne artikels perspektiv er det afgørende, at enhver henvendelse ikke på forhånd er

begrænset i sit perspektiv eller i forhold til de handlemuligheder, man som undersøger ønsker at gøre brug af.

Og der må også ske et brud med den gældende visitationspraksis, hvor det er blevet sådan, at jo værre man beskriver et fænomen, jo større er muligheden for at få bevilget støtte – og hvor diagnoser åbner for ressourcer, selvom der ikke i de gældende regelsæt står noget om, at det er diagnoserne i sig selv, men derimod social funktion, der kan udløse ressourcer. Det er jo også gældende visitationspraksis, der har været med til at gøre diagnoser så attraktive.

Visitation burde i fremtiden være dialogisk og med inddragelse af forældre, fagpersoner og også ofte barnet selv. Der skal skabes meningsbærende sammenhænge, hvor barnet kan få erfaringer, det ikke har gjort endnu, og hvor forældre og fagpersoner kan blive inviteret ind i at få erfaringer, der rækker ud over det, de allerede er bekendt med. Alt i alt vil denne form for visitation skabe et fællesskab, hvor der efterfølgende kan gøres status over det, der i den konkrete situation var blevet set på som de bedst mulige kontekster og strategier. Dermed kan visitation blive et centralt omdrejningspunkt for det, vi kunne kalde praksisbaseret evidens.

Det samfundsmæssige anliggende handler dermed alt i alt om at have et dobbelt fokus i alt, hvad vi forsøger at bidrage med: På det konkrete plan skal vi hjælpe med at rede ud, således at vi bidrager til, at alle får øje på det, der også kan række ud over en simpel problembeskrivelse. Og samtidig skal vi være opmærksomme på, at de pågæl-

dende børn og unge også rejser temaer, som handler om den måde, vi som samfund og som kultur udvikler os. Ellers som jeg udtrykker det i konkrete møder med børn og unge, forældre og fagpersoner: Hvad er det nu, der er galven i det, som ser så problemfyldt ud.

Referencer

- Bateson, G. (1972): *Steps to an ecology of mind*. NY: Chandler Publishing Company.
- Bateson, N. (2011) *An Ecology of Mind*. A film. Mindjazz.
- Bauer, J. (2006): *Hvorfor jeg føler det, du føler*. København: Borgen.
- Brinkmann S. (2010) *Det diagnosticerede liv* (red.). Århus, Forlaget Klim.
- Cecchin, G. Lane, G. Ray, W.A. (1992): *Irreverence. A strategy for therapists' survival*. London: Karnac Books.
- Ekeland, T.-J. (2005) Psykoterapi – ein kulturkritikk. *Matrix. Nordisk tidsskrift for psykoterapi*. 2, s. 101-121.
- Ekeland, T.-J. (2006). Biologi som ideologi. I: *Vardøger*, 30, s. 65-85. Trondheim
- Foucault, M. (1982) *The Subject and Power*. In: *Critical Inquiry*. The University of Chicago Press.
- Hart, S. Sørensen, J.H. (2007): *Bro over to forskningsområder*. *Psykolog Nyt* 23, 8-12.
- Hertz, S. (2008) *Børne- og ungdomspsykiatri – nye perspektiver og uanede muligheder*. København: Akademisk Forlag.
- Hertz, S. (2010). ADHD – selve diagnosen forstyrrer vores nysgerrighed. I: *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift*, 4., s. 67-86. Kbh.: Skolepsykologi.
- Horsdal, M. (2009): *Brain Science: The Implications for Biographical Learning and Narrative Research*, i: Hansen, P.K. (ed). (2009). *Borderliners. Searching the boundaries of Narrativity and Narratology*. s. 89-100. DK: Medusa.
- Montuori A (2005) Gregory Bateson and the promise of transdisciplinarity. *Cybernetics and Human Knowing* 1-2, s. 147-58.
- Pearce, W.B Cronen V (1980) *Communication, action and meaning. The creation of social realities*. New York: Praeger.
- Videbech, P. (2002): *Hjernen og stress – hjerneforskningen om stress. En oversigt over aktuel viden*. Forlaget Hjerneforum.
- White, M. (2002) *Reflections on narrative practice*. Adelaide: Dulwich Centre publications.
- WHO ICD-10 (1994) *Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard.

Overdiagnostik og overmedicinering i børnepsykiatrien



Der bruges alt for meget medicin i psykiatrien (Whitaker 2010; Gøtzsche 2013). I denne artikel giver jeg ikke yderligere referencer, men henviser til min egen og Whitakers bog, hvor de findes.

*Af Peter C. Gøtzsche, professor, dr.med. et cand.scient.
Det Nordiske Cochrane Center, Rigshospitalet*

Desværre for vore patienter er det de færreste psykiatere, der er villige til at indrømme, at deres speciale er kommet ud af kontrol. Deres standardsvar er, at mange patienter er underdiagnosticerede, men faktisk ved de godt, at de har et stort problem. I en undersøgelse fra 2007 sagde 51 % af 108 danske psykiatere, at de brugte for meget medicin, og kun 4 % sagde, at de brugte for lidt. I 2009 var salget af lægemidler til nervesystemet i Danmark så højt, at en fjerdedel af hele befolkningen kunne være i behandling hver eneste dag. Salget af SSRI – ofte kaldt lykkepiller – er så højt, at hver enkelt af os kan være i behandling i seks år af vores liv!

Det siger sig selv, at det kolossale forbrug af psykofarmaka ikke er udtryk for et reelt behov, men skyldes medicinalfirmaernes markedsføring, kombineret med en alt for ukritisk holdning blandt lægerne. I Danmark steg salget af SSRI næsten lineært med en faktor 18, mens antallet af produkter på markedet (og dermed markedsføringstrykket) steg med en faktor 16, hvilket var en næsten perfekt sam-

menhæng. I USA førte markedsføringen af hvert nyt stof til en stigning i den samlede anvendelse, uden nogen nedgang i forbruget af tidligere indførte stoffer. Det kan umuligt afspejle en reel stigning i antallet af psykisk syge.

De elastiske diagnoser

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) fra American Psychiatric Association (APA) er blevet berygtet, fordi mange raske opfylder de diagnostiske kriterier for psykiatriske sygdomme. Psykiateren Allen Frances, som var formand for arbejdsgruppen for DSM-IV, har bemærket, at allerede DSM-IV skabte tre falske epidemier, fordi de diagnostiske kriterier var for brede: ADHD, autisme og bipolar lidelse hos børn. Det er blevet endnu værre i den nyligt udkomne DSM-V, som vil føre til endnu mere overdiagnostik af raske børn.

DSM er et konsensusdokument, hvilket gør det uvidenskabeligt. Og de fleste af de psykiatere, der udvikler DSM, har tunge økonomiske interessekonflikter i relation til medicinalindustrien.

At skabe mange diagnoser og sænke tærsklen for diagnoserne, så de omfatter flere raske, betyder big business på alle mulige måder og berømmelse og magt til dem på toppen. I USA, hvor man tillader direkte reklamering for receptpligtige lægemidler overfor offentligheden, er det særlig grelt. I New Jersey anses én dreng ud af 30 for at have autisme-spektrum-forstyrrelse, og omkring en fjerdedel af børnene i amerikanske sommerlejre er medicineret for ADHD, humørsvingninger eller andre psykiatriske problemer. *Én ud af fire, og vi taler om børn!* I Californien steg antallet af ADHD-diagnoser kraftigt, da en skoles økonomi forværredes. Det er sådan noget, der kan ske, når man sparer på de pædagogiske og socialpsykologiske tiltag. Omkring en femtedel af amerikanske læger fulgte ikke den officielle protokol, når de stillede diagnosen, men deres personlige fornemmelse.

Psykiatrien er virkelig elastisk og har erstattet omsorg med piller, og samtaler med patienterne, hvor man prøver at forstå dem, med afkrydsningsskemaer. Allen Frances har fortalt, at rigtig mange diagnoser stilles efter en kortvarig konsultation på 10 minutter, hvorefter patienten forsynes med en recept. Dette er meget skadeligt, fordi lægemidlerne er farlige. Vi ved ikke meget om deres langsigtede skadevirkninger, men vi ved, at ADHD-medicin kan skade hjertet på samme måde, som det ses hos langtidskokainmisbrugere, og være dødelig, selv hos børn. Vi ved også, at SSRI øger risikoen for selvmord blandt børn og unge. Og dyreforsøg tyder på, at langtidsbrug kan medføre permanente

hjerneskader, som vi kender det fra brug af antipsykotika, med en affladning af følelseslivet. Disse virkninger er ikke spor uventede, idet både SSRI og ADHD-medicin har amfetaminlignende effekter. Det forhold, at medicinerede børn kan sidde stille i skolen, beviser naturligvis ikke, at ADHD-diagnosen var korrekt. Det viser bare, at speed har denne virkning (og mange andre, herunder apati, mangel på humor og social isolation).

I det lange løb skaber psykofarmaka de sygdomme, de har en kortvarig effekt på, eller skaber endnu værre sygdomme. Dette faktum er blevet bragt op igen og igen de sidste 30-40 år, men uanset hvor stærke, de nye beviser var, har førende psykiatere hver gang fejlet dem ind under gulvtæppet så hurtigt som muligt. Det er for smertefuldt og for svært for dem at håndtere. Efter de fik lagt psykoanalysen bag sig – som var frygtelig uvidenskabelig, helt til det punkt, hvor Sigmund Freud hævdede, at vi alle er homoseksuelle, og at de af os, der troede noget andet, er latente homoseksuelle – så omfavnede psykiaterne den biologiske psykiatri, som fik deres speciale til at se lige så videnskabeligt ud som intern medicin, hvilket det ikke er.

Et af de værste eksempler på, at medicinen skaber nye sygdomme, er bipolar lidelse. Det er en meget alvorlig tilstand, bla. fordi den behandles med antipsykotika, som er farlige lægemidler med en ret stor dødelighed via en række mekanismer, som omfatter selvmord, hjertearytmi, diabetes og store vægtstigninger. Bipolar sygdom hos børn steg 35-fold på 20 år i USA. Det er ikke kun de løse diagnostiske

kriterier, der forårsager denne katastrofe; både SSRI og ADHD-lægemidler forårsager bipolar sygdom, og disse lægemidler kan føre til, at depression eller ADHD konverterer til bipolar lidelse hos én ud af ti unge mennesker. Psykiaterne, derimod, kalder det "bedre" diagnostik, eller de føjer spot til skade ved at sige, at stoffet har demaskeret diagnosen!

Selv personerne i Peter Plys har vist sig at lide af psykiatiske lidelser. For eksempel er det indlysende, at grislingen har en generaliseret angstlidelse og æslet har en dystymisk lidelse.

Depressionsepidemien

I 2010 publiceredes en rapport, der konstaterede, at 9 % af de interviewede voksne amerikanere opfyldte kriterierne for aktuel depression. Kriterierne var de samme som i DSM-IV, og der skulle ikke meget til. Man var deprimeret, hvis man havde haft ringe interesse eller glæde ved at gøre ting i mere end halvdelen af dagene i løbet af de seneste to uger plus et yderligere "symptom", som kunne være mange ting, for eksempel:

- problemer med at falde i søvn
- dårlig appetit eller overspisning
- at være så urolig eller rastløs, at man har bevæget sig meget mere omkring end normalt

Dette er vanvittigt. Hvordan i alverden er vi nået dertil, at vi accepterer et system, som stempler en tiendedel af den amerikanske voksne befolkning som deprimeret på et hvilket som helst tidspunkt? Ringe glæde ved at gøre ting i otte dage ud af fjorten vil ske for

de fleste mennesker, uanset hvor positive, aktive og udadvendte de er. Problemer med at falde i søvn er almindeligt, og mange mennesker overspiser (ellers ville vi ikke have en fedmeepidemi), og folk bevæger sig måske mere omkring end normalt, hvis de er lykkes med noget, de virkelig ønskede at opnå.

Med sådan en tilgang til diagnosen er det lettere at forstå, hvorfor forekomsten af depression i befolkningen er steget tusindfold siden dengang, hvor vi ikke havde antidepressive lægemidler.

Jeg har afprøvet Psych Central, en stor hjemmeside (<http://psychcentral.com/>), der er blevet meget rost af neutrale iagttagere og har vundet priser. Jeg lavede et lille eksperiment, der tyder på, at der er en diagnose til os alle. Vi var otte helt normale og succesrige mennesker, der prøvede testene for depression, ADHD og mani, og ingen af os overlevede alle tre test. To havde depression, og fire havde bestemt, sandsynligvis eller muligvis ADHD. Syv af os led af mani, der krævede øjeblikkelig behandling for en af os. Når terapeuter er blevet bedt om at bruge DSM-kriterierne, får en fjerdedel af raske mennesker også en psykiatrisk diagnose, hvilket ikke er spor overraskende. Derfor er det en rigtig dårlig ide at screene for psykiske sygdomme.

Psykiatrien er i dyb krise. Den har ikke kun gjort, hvad der tidligere var akutte tilstande, kroniske (fx bipolar lidelse; se også nedenfor), den har også medikaliseret normaliteten.

Skrønen om den kemiske ubalance

I stedet for at forsøge at forstå patienterne, har psykiatrien udviklet sig til en checkliste-automatisme, som man kunne bede en sekretær eller patienterne selv om at udfylde. Som nævnt bliver diagnoser ofte stillet efter korte konsultationer, hvorefter mange patienter får at vide, at de har brug for et lægemiddel resten af deres liv for at rette op på en "kemisk ubalance" i hjernen. Meget ofte får de at vide, at det svarer til, at en patient med diabetes behøver insulin. Hvis det var sandt, at man med psykofarmaka behandlede årsagen til problemet, skulle antallet af handicappede psykisk syge være gået ned, efter vi introducerede anti-psykotika og antidepressiva, men i stedet for er antallet af mennesker med psykiatriske diagnoser og førtidspension eksploderet. Værst af alt, så er det også gået ud over vore børn. I 1987, lige før SSRI kom på markedet, var der meget få børn i USA, der var psykisk handicappede; 20 år senere var det mere end 500.000, hvilket var en 35-fold stigning.

Historien om den kemiske ubalance, der bliver fortalt om alle psykofarmaka, selv om benzodiazepinerne (nervepiller eller sovemedicin), er en løgn. Det er aldrig blevet dokumenteret, at nogen af de store psykiatriske sygdomme skyldes en biokemisk defekt, og der er ingen biologisk test, der kan fortælle os, om nogen har en specifik mental lidelse. For eksempel er idéen om, at deprimerede patienter mangler serotonin, blevet overbevisende tilbagevist. Faktisk har nogle lægemidler, der *scenker* serotonin, også effekt ved depression.

Psykofarmaka fixer ikke en kemisk ubalance, de skaber den, hvilket er årsagen til, at det er så svært at stoppe igen. Pillerne er vanedannende, ligesom amfetamin er det. Firmaerne har benægtet på det voldsomste, at deres SSRI kunne føre til afhængighed, selv om de meget tidligt havde vist i deres egne upublicerede studier, at også raske frivillige bliver afhængige efter kun et par uger på stofferne. Psykiaterne er også virkelighedsfornægtende. SSRI reducerer antallet af serotoninreceptorer i hjernen, så når et SSRI pludselig fjernes, vil patienterne få det dårligt, ligesom en alkoholiker eller en ryger vil få det dårligt, hvis der ikke er mere alkohol eller cigaretter i nærheden. Derfor – uanset hvilke symptomer der er – kan de *ikke* fortolkes derhen, at patienten stadig er deprimeret og har behov for lægemidlet. Det værste argument, jeg har hørt, endda fra professorer i psykiatri, er, at patienterne ikke er afhængige, fordi de ikke kræver højere doser. Hvis det var sandt, er rygere ikke afhængige af nikotin, fordi de ikke øger deres forbrug af cigaretter! I 2003 offentliggjorde WHO imidlertid en rapport, der fastslog, at tre SSRI-præparater var blandt de 30 højest rangerende lægemidler, for hvilke lægemiddelmisbrug nogensinde havde været rapporteret.

Hvis lægemidlerne tages i mere end et par uger, skaber de den sygdom, det var meningen, de skulle helbrede, eller værre sygdomme. På denne måde har vi konverteret mange psykiske lidelser, fx depression, som ofte var selvbegrænsende sygdomme før i tiden, til kroniske lidelser på grund af de lægemidler, vi bruger.

Folk kan få forfærdelige symptomer, når de forsøger at stoppe, både symptomer, der ligner sygdommen, og mange andre, de aldrig har oplevet før. Det er meget uheldigt, at næsten alle psykiatere – og patienterne selv – tolker dette som udtryk for, at de stadig har brug for medicinen. Det har de normalt ikke. De er blevet afhængige, ligesom en junkie er afhængig af heroin eller kokain, og ADHD-lægemidler og SSRI har som nævnt amfetaminlignende effekter. Vi bør derfor se disse lægemidler som narkotika på recept og bruge dem så lidt som muligt, men det er desværre slet ikke det, der sker i dag.

Det er usundt at forstyrre normale hjernefunktioner med lægemidler, uanset om de er lovlige eller ulovlige. Langt de fleste børn, der er i behandling med psykofarmaka, ville være bedre stillet ved ikke at få medicin i det hele taget. Medicinen holder børnene fastlåst i patientrollen, og lægemidlerne ændrer deres personlighed, så de ikke lærer at håndtere livets udfordringer. Fx beskriver mange, der får SSRI, at de oplever en følelsesmæssig ligegyldighed og manglende empati overfor andre. I 2004 udstedte FDA en advarsel om, at antidepressiv medicin kan forårsage en klynge af aktiverende eller stimulerende symptomer såsom agitation, panikanfald, søvnløshed og aggressivitet. Det er sådanne effekter, som i sjældne tilfælde kan føre til selvmord eller mord.

Det er værd at bemærke, at motion virker lige så godt på depression som lægemidler gør.

Ulykkepiller

Den mest udtalte effekt, SSRI har, er, at de ødelægger sexlivet. Firmaerne har hævdet, at kun 5 % af patienterne fik seksuelle problemer, men det er kun en tiendedel af den sande forekomst. I en undersøgelse designet til at se på dette problem, fik 59 % af 1.022 patienter, der alle havde et normalt sexliv, før de begyndte at bruge antidepressiva, seksuelle problemer. Symptomerne omfatter nedsat libido, forsinket orgasme eller ejakulation, ingen orgasme eller ejakulation, og manglende evne til at få rejsning – som alle var hyppige, og som 40 % af patienterne havde svært ved at acceptere. Disse problemer overses ofte, fordi patienterne ikke er tilbøjelige til at drøfte dem med deres læge, men det er meget uhensigtsmæssigt at påføre vore unge sådanne problemer, lige som de skal i gang med at opdage kærlighedslivets mysterier.

Det kan vi simpelthen ikke være bekendt, også fordi den positive virkning af SSRI er meget lille. Mange, som får det bedre på SSRI, ville have fået det lige så godt helt uden behandling. Virkningen, som den er beskrevet i offentliggjorte rapporter om kliniske forsøg, er meget overdrevet. Det er der mange grunde til, som jeg ikke skal gå i detaljer med her, men bundlinjen er, at det er langt færre end hver tiende patient, der får nogen positiv effekt ud af at blive behandlet. Det bedste, man kan gøre, er derfor at se tiden an uden behandling. Langt de fleste depressioner går jo over af sig selv i løbet af få måneder, men når alle bliver behandlet med medicin, får lægerne den fejlagtige opfattelse, at det er medicinens

fortjeneste. Deres kliniske erfaring be-
drager dem.

Nogle psykiatere og Lundbecks ad-
ministrerende direktør, hævder, at
SSRI beskytter mod selvmord, og at
det derfor er godt at behandle børn og
unge med SSRI, men det er forkert.
SSRI forårsager selvmord hos børn og
unge, hvilket er årsagen til de advars-
ler, der fremgår af indlægssedlerne i
pakningerne. Firmaerne har svindlet i
udtalt grad med deres kliniske forsøg
for at skjule dette faktum. Adskillige
selvmord og selvmordsforsøg blev gan-
ske enkelt udelukket fra forsøgsrap-
porterne og blev heller ikke anmeldt til
myndighederne, hvilket ellers er lov-
pligtigt. Et andet kneb, firmaerne be-
nytter sig af, er at skyde skylden på
sygdommen, i stedet for på deres læge-
midler. Imidlertid kan SSRI også frem-
kalde selvmord hos raske frivillige,
hvilket er beskrevet i litteraturen og i
interne firmadokumenter.

Hvad er bundlinjen for psykofarmaka?

Jeg kender fremragende psykiatere,
der hjælper deres patienter meget, fx
waliseren David Healy, som er afven-
tende og ikke starter medicinsk be-
handling første gang, han står over for
en ny patient, eller den danske børne-
psykiater Lisbeth Kortegaard, som har
fortalt mig, at hun seponerer medici-
nen langt hyppigere end hun starter en
ny medicinsk behandling af børn. Jeg

har opfordret hende til at starte en af-
vænningsklinik, hvilket der er hårdt
brug for, og hun har startet egen prak-
sis 1. november 2013, bla. med dette
formål. Jeg ved godt, at nogle lægemid-
ler kan være nyttige nogle gange for
nogle patienter, ved korttidsbehand-
ling vel at mærke, og jeg går ikke ind
for “antipsykiatri” på nogen måde.
Men efter mine studier på dette områ-
de er jeg nået frem til en meget ubeha-
gelig konklusion:

Vore borgere ville være langt bedre
stillet, hvis vi fjernede alle psykofar-
maka fra markedet, fordi lægerne ikke
er i stand til at håndtere dem. Det er
indiskutabelt, at deres tilgængelighed
gør mere skade end gavn.

Jeg har drøftet min konklusion med
flere fremtrædende psykiatere. Nogle
af dem har givet mig ret. Vi har brug
for en revolution i psykiatrien og for
forældre, som siger nej tak, når læger
vil medicinere deres børn med psyko-
farmaka. Første skridt på vejen er op-
lysning, hvilket er grunden til, at jeg
har skrevet min bog, som indeholder to
kapitler om psykiatri, og denne artikel.

1. Whitaker R. Anatomy of an Epi-
demic. New York: Broadway Paper-
backs; 2010.
2. Gøtzsche PC. Dødelig medicin og or-
ganiseret kriminalitet: Hvordan me-
dicinalindustrien har korrumperet
sundhedsvæsenet. København:
People's Press, 2013.

Strand, Henning (Chief educational psychologist in Herlev). **Psychiatric Diagnoses as Social Constructs.** *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift, 2013, Vol. 50, 6, 3-15.* – The article takes off at the ADHD diagnosis, but also to a large degree the problems and differences concerning child psychiatric categories and diagnoses. The introduction is a short history of the ADHD diagnosis, aiming at showing how diagnoses are developed in concord with the dominant societal discourses at a specific time. Then follows a closer look at the paradigms underlying the concepts of diagnoses. The consequences of diagnoses for professionals, parents, children, and other parties are expanded. The dramatic rise in the number of children diagnosed with ADHD, and the large differences in the prevalence of children from one region to the other are discussed, and finally the focus is directed at medical and non-medical forms of intervention. – *Henning Strand*

Fisker, Tine Basse (Ph.d., visiting lecturer and consultant). **The Prevalence of Children in or With Difficulties.** *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift, 2013, Vol. 50, 6, 16-29.* – The prevalence of children with psychiatric diagnoses is increasing. It is no easy task to estimate the exact prevalence of children with diagnoses, and this article will discuss why. It is however possible to estimate the prevalence of children in or with difficulties. This article presents a literature review on the screening studies, which estimate the prevalence of children in or with difficulties. The purpose of a literature review is to summarize a narrow field of research. Since research, which is occupied with estimating prevalence, is of a quantitative character, it offers no frame for explanation and gives no directions for future actions or interventions. In the last part of this article the author therefore discusses why these results are of relevance for the pedagogical psychological professions and it discusses the significance of a possible rise in the number of children in or with difficulties in the years to come. – *Tine Basse Fisker*

Røgilds, Lars Ask (Consultant and Feuerstein trainer). **Why is it not Interesting that my Son can Drive a Forklift Truck?** *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift, 2013, Vol. 50, 6, 30-43.* – In this article the father of a teenage boy diagnosed with a mental handicap presents the view that the professional educational world often fails to be sensitive to the potentials and abilities of children with diagnoses. The article argues that the diagnose holds a risk of becoming a self-fulfilling prophecy

as it seems to promote a focus on disability and dysfunction, instead of a focus on ability and learning potential. It is suggested that professionals in special education undertake a paradigmatic shift of focus from focusing on diagnosis to a developmental psychopathological paradigm in which inspiration can be found in resilience-factors and inside knowledge of the specific child in the home-environment as well as in the children's 'peak-performances'. With theoretical and methodological inspiration from the Israeli professor Reuven Feuerstein it is argued that professional educators as well as parents are instrumental in facilitating cognitive and emotional development, and that professionals ought to, intentionally, take this role. – *Lars Ask Røgilds*

Jensen, Christina Mohr & Steinhausen, Hans-Christoph (Ph.d student at the University Hospital in Aalborg & professor at the University Hospital in Aalborg). **The Scientific Understanding of ADHD From the Psychiatric Perspective.** *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift*, 2013, Vol. 50, 6, 44-57. – Knowledge about diagnostic procedures and understanding of the aetiology and mechanisms underlying Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is essential for professionals working with people with ADHD. Diagnosis of ADHD is complicated by factors such as the changing manifestations of core symptoms during development, sex differences, due to the challenges posed by differential diagnostics and due to the high rate of comorbidity that exists in patients with ADHD. Transactional processes between genetic, neuroanatomic, neuropsychological and environmental factors are involved and through multiple pathways lead to the endpoint of ADHD behaviours. It is pivotal to understand these processes to improve the outcomes for children and adolescents with ADHD through careful assessment and interventions targeted at the difficulties and problems relevant for each child both as an individual and at the social level. – *Christina Mohr Jensen og Hans-Cristoph Steinhausen*

Böttcher, Louise (Lecturer at the University of Aarhus). **On the knife's edge. Balancing between biomedical and contextual understandings of neurodevelopmental diagnoses.** *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift*, 2013, Vol. 50, 6, 58-68 – Diagnoses of neurodevelopmental disorders are intended and used as descriptions of the social, cognitive and emotional functioning of individual children. From a biomedical point of view, it is assumed that the developmental problems are based in biological deficits at the genetic, neural and/or neuropsychological level. However, no matter the state of the child's individual genetic etc. situation, his or her development is at the same time a social process enabled through its participation in culturally established institutional practices. The challenge is that the demands and expectations in the institutional practices are adapted to children with

normal psychophysical functioning. Children with biological aberrations will often experience the demands and expectations as too high and/ or themselves enact demands on the environment that are not readily accommodated. It is suggested that the problems experienced by the child and its surroundings – and expressed in the designation of the diagnosis – can be understood as an incongruence between the individual development of the child and demands and expectations in the specific relations and institutions in which the child participates. Understood this way, the diagnosis can be used as a tool to analyse the relation between the child and the institutional contexts by highlighting what types of questions it is important to investigate. – *Louise Bøttcher*

Elvén, Bo Hejlskov (Authorized psychologist). **Developmental disorders and symptoms.** *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift, 2013, Vol. 50, 6, 69-81* – Developmental disorders are sometimes a controversial matter among psychologists, but serve an important function for both pupils and schools. It is however not the diagnostic criteria that are most relevant in planning and executing the teaching of children with developmental disorders. It is often a good idea to widen the diagnostic assessment into an assessment of both diagnosis and perception, empathy, central coherence, executive functions, affect regulation and stress management abilities in order to provide relevant information useful in educational planning and teaching. Teaching and behavior management on the basis of Vejes model of intervention can incorporate adjustments based on such assessment. – *Bo Hejlskov Elvén*

Hertz, Søren (Child and youth psychiatrist at PsykCentrum Hillerød). **Inviting to a Process that may be even more Attractive.** *Pædagogisk psykologisk Tidsskrift, 2013, Vol. 50, 6, 82-94.* – The article takes its starting point in the fact that diagnoses can seem attractive. It argues to place yourself in a position, where you could be part of creating a process, that could turn out to be even more attractive. It takes the reader through different issues like the growing individualization of problem understandings, the premises of the diagnostic system itself, the implications of modern neuroscience and also these preferred values based on behavior as ways of communicating and therefore as invitations to the surroundings. A case is described as an illustration of the headline of the article. The CMM theory is used to create attention as to how cultural constructions easily become universal truths. The article ends with a discussion of the necessity of organizational changes to facilitate developmental potentialities. – *Søren Hertz*

Gøtzsche, Peter C. (Professor at the Nordic Cochrane Centre, Rigshospitalet).

Overdiagnosis and Overtreatment in Child Psychiatry. *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift*, 2013, Vol. 50, 6, 95-100. – Because of loose diagnostic criteria, far too many healthy people get a psychiatric diagnosis and a treatment that is often harmful for them. This problem has worsened considerably in recent years, partly due to the fact that many leading psychiatrists are on industry payroll. Psychiatric drugs may have a short-term effect in some people but in the long-term they often create the diseases they were aimed at alleviating or even worse diseases such a bipolar disorder that requires treatment with antipsychotic drugs, which are very dangerous. An additional problem is that we don't know what the long-term consequences are for the brains of children that get psychotropic drugs. It is important to diagnose much less and to reduce the use of drugs in children substantially, and to focus on pedagogical and sociopsychological measures instead. – *Peter C. Gøtzsche*

Jeg er stolt af dig – fem lektioner i løsningsorienteret forældreskab og børneopdragelse

Ben Furman

Dansk psykologisk forlag 2013.

128 sider. 198 kr.

Bogen er meget let læst, og er skrevet til alle voksne, der har børn eller er med til at drage omsorg for og opdrage børn. Ben Furmans formål er ikke at fortælle os, hvordan vi skal opdrage vores børn, men blot at give os nogle praktiske metoder, der kan hjælpe med til at forbedre forholdet mellem børn og voksne.

Budskabet i bogen kan opsummeres i disse fem anbefalinger:

1. Giv dine børn ros, tak og opmuntring på mange forskellige måder. Positive tilbagemeldinger er den mest effektive måde at forstærke ønsket opførsel hos børn på, samtidig med at man styrker deres selvtillid og selvfølelse.
2. Når du har brug for at påvirke børns opførsel, behøver du ikke at gribe til forældede metoder som at stirre vredt, hæve stemmen, skælde ud, bestikke eller true dem med ubehagelige konsekvenser. Anvend i stedet fem-finger reglen beskrevet i bogen. Ved hjælp af dem kan du få børn til at rette sig efter dig uden gråd, trods eller modvilje.
3. Husk på, at jo bedre de voksne, der drager omsorg for barnet, samarbej-

der, jo nemmere får de ved at påvirke barnets opførsel. Hvis du oplever, at samarbejdet med en anden voksen ikke fungerer, så lad være med at bebrejde den anden voksne. Henvend dig i stedet til vedkommende på en konstruktiv måde for at styrke jeres samarbejde.

4. Når børn har problemer eller vanskeligheder, så lad være med at bebrejde dig selv eller andre voksne omsorgspersoner. Hjælp i stedet barnet med at overvinde problemerne ved at finde ud af, hvilke evner eller færdigheder han eller hun har brug for, for at lære at overvinde problemet, og hjælp ham eller hende med at tilegne sig disse færdigheder.
5. Et hvert barn kommer til at gøre noget, det ved er forkert eller forbudt. Når skaden er sket, er det spild af tid at blive vred på barnet og udtænke straffemetoder. Lær i stedet barnet at tageansvar for sine handlinger ved at tale med det om, hvad det har gjort, og lære det, hvordan det skal sige undskyld og gøre skaden god igen.

Da bogen, som nævnt er meget let læst og fyldt med enkle eksempler, kan jeg forestille mig, at den også kan anbefales til "ikke- så boglige" forældre, som en reminder, om nogle af de små fif, de har talt med psykologen om.

Annette Baltzersen

Filosoffen på arbejde – dimensioner i anvendt filosofi

Ulla Thøgersen (red)
Forlaget Mindspace 2013.
232 sider, 298 kr.

Filosofi har til formål at bidrage til at gøre os mere reflekterede. Filosofi er – ligesom fagvidenskab – et udtryk for en stræben efter viden og erkendelse. Filosofi er således også videbegær – det der driver os til udforskning af det endnu ikke-erkendte. I det lys er det forståeligt, at mange psykologer interesserer sig for filosofi. Der er bred interesse for filosofiens faglige kerneområder: ontologi (læren om det eksisterende), erkendelsesteori, etik, æstetik og videnskabsfilosofi, og for mange psykologer har især den eksistentielle dimension, som knytter sig til filosofiske discipliner med fokus på den enkeltes livsførelse, særlig betydning.

Filosofiske dimensioner som sprogfilosofi, dialogfilosofi og etik rækker langt ind i både psykologi, psykiatri, læringsteori, terapi, kommunikation og ledelse. Derfor er *Filosoffen på arbejde* med sit anvendelsesorienterede fokus, særdeles relevant læsning for psykologer, konsulenter og ledere.

Bogen er skrevet som en introduktion til et nyt fag – anvendt filosofi – på Aalborg Universitet. Den består af to dele:

Første del, der udgør langt størstedelen af bogen, er en gennemgang af filosofiens kerneområder og dimensioner i anvendt filosofi. Den indeholder følgende kapitler:

1. Filosofiens kerneområder
2. Filosofiens eksistentielle dimension
3. Filosofiens interpersonelle dimension
4. Filosofiens samfundsforandrende dimension
5. Filosofien og videnskaberne – om nysgerrighed og videbegær
6. At være anvendelsesorienteret

Bogens anden del består af 11 meget korte artikler skrevet af anvendelsesorienterede filosoffer, som beskriver, hvor og hvordan de går på arbejde i skoler, børnehaver, på hospitaler, i privat praksis, som ledere og med værdi-afklarende arbejde.

De 11 forfattere til artiklerne i 2. del har alle taget udgangspunkt i følgende spørgsmål:

- Hvordan blev du interesseret i filosofi?
- Hvilke filosofiske områder, temaer, problemstillinger og/eller begreber er du optaget af?
- Hvordan spiller filosofien for dig ind i en bestemt praksis?
- Hvordan bliver de filosofiske perspektiver mødt i denne praksis, eksempelvis af personer med anden faglighed, og hvordan udvikler en tværfaglighed sig evt. i dette møde?

Disse få fælles temaer udfoldes særdeles interessant i de korte artikler. Som læser får man en klar fornemmelse af, hvordan lidenskab efter indsigt i verden og hvordan en dyb undren over eller optagethed af egen eksistens har været drivkraften bag filosofernes valg af filosofi som fag. Ligeledes får man en ide om, hvordan filosofiske

analyser, arbejdsmetoder og perspektiver kan bringe nye dimensioner ind i tværfagligt samarbejde, i ledelse og andre praksissammenhænge.

Den anvendte filosofi kan i korthed beskrives som et forsøg på at lade Aristoteles' tre vidensformer i filosofien: Theoria (den teoretiske filosofi med fokus på metafysik og erkendelsesteori), praxis (en vidensaktivitet der har handling som sit mål) og poiesis (der har produktion som sit mål) gå op i en højere enhed.

Bogen vil være inspirerende for alle, der er interesseret i at trække på filosofiske erkendelser og anvendt filosofi i deres praksis.

Henning Strand

Aggression – En naturlig del af livet

Jesper Juul
Akademisk forlag, 160 sider, 240 kr

Et stigende antal børn trives ikke i børnehave og skole. Tiltagende adfærdsproblemer dokumenteres, men forklares ikke! Forfatterens udgangspunkt i forordet er Johan, der har et aggressionsproblem, men udelukkende bliver vurderet og behandlet i overensstemmelse med sin aggressive adfærd.

Aggressionstabuet gør forfatteren rasende! "Det sætter børns mentale sundhed og selvfølelse på spil!"

Hvorfra stammer modstanden mod at beskæftige sig med aggression?

Bogens hensigt er netop at give svar på det spørgsmål og er rettet mod lærere, pædagoger og forældre, som har

den daglige kontakt med børnene. Samtidig skelner forfatteren mellem konstruktiv og destruktiv aggression, hvor førstnævnte er berigende og udviklende som kærlighed og gør os i stand til at rumme børn og beherske konstruktivt lederskab, hvorimod sidstnævnte er nedbrydende.

Bogen er bygget op over 8 kapitler, der hver behandler centrale problemfelter i relation til aggression. Således tager det første kapitel sit udgangspunkt i Mental Sundhed – at være bevidst om sig selv og de voksnes aggression. Pædagoger bør blande sig i det politiske niveau, da besparelser foregår de forkerte steder. Har børn brug for grænser og regler? Subjekt – subjekt relationerne er de sundeste og emotionel varme er af afgørende betydning for de involverede personer!

Kapitel 2 og 3 handler om vold og dens årsager. Samtidig er der en stærk kritik af ledelse, lærere og pædagoger i f.t. mobning, som skyldes de voksne ..

Den disciplinære krise er projektion af en pædagogisk krise.

"Et nyt paradigme skal opbygges. De børn, der har mest brug for opmærksomhed får mindst. Vi bruger masser af penge på området "børn med særlige behov", diagnoser og metoder, men uden at registrere et kvalitativt løft"! Der fokuseres på deres aggression og selvdestruktive adfærd – altså de mest overfladiske symptomer på en alvorlig tilstand.

I kapitel 4 defineres aggression og sondringen ml. konstruktiv og destruktiv aggression finder sted. Kapitel 5 tager fat på læserens tænkemåde ..Hvordan vil jeg møde aggression og voldelig adfærd? PÅ et moralsk eller eksisten-

tielt grundlag? Eller måske begge dele? Forskellene beskrives og forfatteren fremhæver de 5 centrale punkter, hvori barnet kan støttes: DIALOG – INTERESSE – ANERKENDELSE – PERSONLIG FEEDBACK. Kapitel 6 handler om EMPATI, den centrale følelse, der er afgørende for barnets udvikling og modgift til vold! Og kapitel 7 fortsætter med en checkliste med 5 områder, der skal overvejes, og hvor empatien igen er det grundlæggende redskab og fundamental for samtlige relationer. Vi skal for at kunne lægge pædagogiske skibbrud bag os, se fremad, skabe PRO – kampagner, udvikle en sund selvfølelse – og starte med at se på os selv!

Et relevant emne skrevet af en dreven, erfaren familierapeut. Han kommer vidt omkring.

Aggression er en almindelig kendt følelse, der mobiliseres, hvis vi ikke anerkendes og accepteres. Og hvordan håndterer vi det? Der bruges mange ord og illustrative eksempler og fagfolk og forældre trækkes frem med den hensigt at de skal være til stede her og nu og skabe en troværdig relation. "At udvikle selvfølelse burde for os som forældre og pædagoger være det primære focus, for intet kan forebygge vold og aggression mere effektivt".

Men der er efter forfatterens mening brug for nytænkning. Regler og grænser og forbud gør det ikke!

*Birgit Marott.
Aut. Psykolog. Cand. Pæd. psyk*

Om karaktergivning – Også ved gruppebedømmelse

Signe Holm-Larsen og
Niels Plischewski
Dafolo, 122 sider, 193 kr

Så kom den endelig! – Det helt uundværlige redskab til alle lærere, censorer og inspektører i grundskole, gymnasium og ungdomsuddannelser! Og helt oplagt en gave til samtlige lærerstuderende, der skal ud og varetage denne del af lærergerningen på kvalificeret vis.

Karaktergivning har vi alle et forhold til – godt eller skidt alt efter vores personlige erfaringer. Karakterer kan ses som et udtryk fra samfundets side om, at elevens læring og skolens undervisning skal kunne måles og vurderes! Vi har brug for dokumentation for vores opnåede videns – og kompetenceniveau, men i praksis kompliceres det af mange problemstillinger! Og det er netop bogens ærinde: Hvordan skal vi tackle dem på en adækvat vis?

Karaktergivningens troværdighed er bogens røde tråd. Troværdighed i forhold til: bedømmere, elever og omverden relateres til validitet, reliabilitet og gennemskuelighed og beskrives på en kontant og klar måde, med henvisning til relevante paragraffer. Sammenstilling af slutmål, prøvekrav og vurderingskriterier er et illustrativt eksempel på bogens funktion!!!

Bogen tager en række velkendte problematikker op. Gruppeprøver blev genindført fra 1. august 2012, og karaktergivning ved gruppeprøver udgør et særligt afsnit i bogen. Selv om flere elever arbejder sammen om samme

præstation, skal de bedømmes individuelt, hvilket kan være meget problematisk og medføre "ensliggørelse." En velkendt problematik!

Bogen er bygget op over 2 dele: Første del, der handler om karaktergivning og 2. del er helliget opslagsord.

Den tager en række principielle og konkrete forhold op, som er velkendte i lærerkredse. Eksempelvis karakterproblematikken i hverdagen i tværfaglige projekter og ikke mindst projektopgaven. Og diskussionen om, hvorvidt karakterer et disciplinerende eller motiverende tages op henvisning til Benny Andersen:

- det er besværligt med
- det er umuligt uden

"Askepot"-syndromet – hug en hæl og klip en tå – i flerfagsprøver, hvor indholdet af flere fag skal rummes i samme prøve, bliver fremhævet. Hvad vælges som målegrundlag? Hvilke aspekter af fagligheden går tabt? Og så endelig det periodiske aspekt ved karak-

tergivning! Fremhæves skal også den klare skitse over klageadgang og forløb!

2. del er som tidl. nævnt et opslagsværk over de mest anvendte begreber indenfor karaktergivning – ordnet i alfabetisk orden og med henvisning til relevante love og paragraffer.

En usædvanlig velskrevet og uundværlig bog, hvor forfatterne afslører en fantastisk indsigt og kompetence indenfor området.

Deres mangeårige erfaring slår igenem! De har ramt et relevant emne og har forstået at formidle problematikker og forklaringer på en klar og tilgængelig måde. Bogen bør være "en del af lærerjobbet" og kan kun anbefales på højeste plan!

Det er sjældent man læser noget centralt skrevet så vedkommende, klart og tydeligt!

Birgit Marott
Cand. Pæd. Psyk.
Lektor. Aut. psykolog

Pris: 430 kr. - Studierabat: 323 kr. (inkl. moms)!

Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift

Det faglige vindue for anvendt psykologi



PÆDAGOGISK PSYKOLOGISK TIDSSKRIFT

DE SENESTE NUMRE

RØD SERIE

BLÅ SERIE

ABONNEMENT OG PRISER

PROFIL

REDAKTION OG INFO

KONTAKT

PÆDAGOGISK PSYKOLOGISK TIDSSKRIFT

IDEA

Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift

Artikler om Pædagogisk Psykologi

- De ordinære numre har artikler med ny teori og praksisformer.

[Se udgivne numre >](#)



Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift

Temaer om Pædagogisk Psykologi

- Temanumre med artikler om aktuelle emner.

[Se udgivne temanumre >](#)



Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift

Fra Pædagogisk Psykologi's værksted

- Rød Serie med erfaringer fra praksis, projekter og rapporteringer.

[Se udgivne Rød Serie >](#)

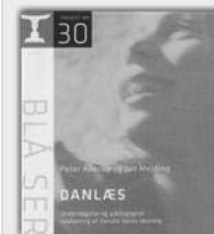


Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift

Videnskabelige vinkler på Pædagogisk Psykologi

- Blå Serie med videnskabelige afhandlinger og rapporter.

[Se udgivne Blå Serie >](#)



Skoleklassen – krav, kriser og kammeratskaber



Skoleklassen som mikrokosmos og mikrosamfund – med komplekse relationelle mønstre og højest forskellige skoleliv - der står centralt i dette temanummer. Vores nysgerrighed handler om, hvad man får øje på, når skoleeleven ikke alene er et objekt for forskningsinteresse, men også er et deltagende og informerende

subjekt i processer hvor undervisning, udvikling og læring er konteksten.



Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift

Pris ab.: 430 kr. - Studierabat: 323 kr. (inkl. moms)!

Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift

Det faglige vindue for anvendt psykologi



PÆDAGOGISK PSYKOLOGISK TIDSSKRIFT

DE SENESTE NUMRE

RØD SERIE

BLÅ SERIE

ABONNEMENT OG PRISER

PROFIL

REDAKTION OG INFO

KONTAKT

PÆDAGOGISK PSYKOLOGISK TIDSSKRIFT

ICM

Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift

Artikler om

Pædagogisk Psykologi

- De ordinære numre har artikler med ny teori og praksisformer.

[Se udgivne numre >](#)



Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift

Temaer om

Pædagogisk Psykologi

- Temanumre med artikler om aktuelle emner.

[Se udgivne temanumre >](#)



Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift

Fra Pædagogisk Psykologi's værksted

- Rød Serie med erfaringer fra praksis, projekter og rapporter.

[Se udgivne Rød Serie >](#)



Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift

Videnskabelige vinkler på Pædagogisk Psykologi

- Blå Serie med videnskabelige afhandlinger og rapporter.

[Se udgivne Blå Serie >](#)



Fysisk og socialt læringsmiljø i dagtilbud



Temanummeret vil adressere centrale aspekter af læringsmiljøets sociale, kulturelle og institutionelle rammer som omdrejningspunkt for børns læring og udvikling. Fokus er på de processer, hvorigennem mennesker og de sociale, kulturelle og strukturelle kontekster, de er en del af, gensidigt former og skaber hinanden på mangfoldige måder.



Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift

PPT.dk – 50. årg. Nr. 3 – Tema: Fysisk og socialt læringsmiljø i dagtilbud – 120 kr

