

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 implicite – 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 årsagsvirkningsmekanisme, 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 længere har diagnosen, når man ikke længere 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 spejlnervoceller, 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 overlevelseshandlinger 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 forskningsstradition, 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 samspilmønstre. 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 foretage individuelle udredninger med fokus på problemadfærden, så får vi ikke øje på

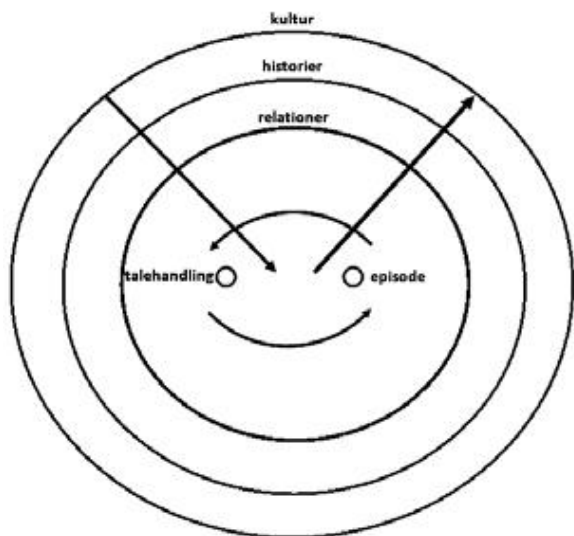
disse invitationer; så får vi frembragt billeder af børnenes utilstrækkeligheder, deres overlevelsesstrategier. Så får vi ikke øje på sammenhænge, på det kybernetiske. Kontekster er jo ikke kun noget, vi forholder os til: Vi er hele tiden kontekstskabende, vi skaber mening ud fra det, vi vælger at gøre fremtrædende. Så hvordan skaber vi kontekster, hvor vi kan stille spørgsmål til dominerende forforståelser 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 samspilmønster.

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

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

1 Modellen er min tillempede udgave. Teorien er blevet kritiseret for at være hierakisk 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.

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) fremhævnelse af viden som magt understreger, at der ikke findes absolut viden, kun foretrukket 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 samspilmønster 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 begrænsende overlevelsestrategier. 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 intervenserende 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 fokusfelt, 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 gaven 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) *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard.