

DIAGNOSENS DILEMMA

**Master i socialpædagogik, modul 4
Aarhus Universitet, vintereksamen 2014**

**Skrevet af Christine Krøyer
Studienummer: 20100128
Vejleder Søren Langager**

Anslag: 144.399

INDHOLDSFORTEGNELSE

Abstract	3
Indledning.....	4
Problemformulering.....	6
Afgrænsning.....	7
Metode	8
Historisk udgangspunkt	8
Teori	8
Empiri.....	9
Psykiatriens historie	12
Kraepelin & Freud.....	13
Efterkrigstiden.....	14
Tre paradigmer	15
Hjerneforskning.....	15
Diagnosesystemet	16
Psykiatrisk undersøgelse	18
Sammenfatning.....	20
Parameter 1: Individualiseringstendenser	21
Sammenfatning.....	24
Parameter 2: Relationelle/humanistiske & klinisk/medicinske paradigme	25
Sammenfatning.....	30
Parameter 3: Diagnosens dilemma	31
Sammenfatning.....	35
Interviewmetodik	36
Interviews.....	36
Interviewguide.....	36
Analysen	37
Diskursanalysen (diskursteori)	38
Analysens mindste dele	39
Interviewanalysen.....	42
Parameter 1: Individualiseringstendenser	44
Sammenfatning.....	46
Parameter 2: Relationelle/humanistiske & klinisk/medicinske paradigme	48
Sammenfatning.....	52
Parameter 3: Diagnosens dilemma	54
Sammenfatning.....	59
Konklusion.....	60
Perspektivering.....	63
Litteratur	65
Bilag 1: Interviewguide	69
Bilag 2: Interviewudskrifter vedlagt på CD rom.....	70

Abstract

The diagnosis dilemma

The Master's degree in social pedagogy

Written by: Christine Krøyer

Aarhus University 2013

The project aims to shed light on how an increase in psychiatric diagnoses among at-risk youth, will affect how the contact person will deal with them. We start out with a brief history of psychiatry, but after this the rest of the project is built around three pillars: 1) Individualization trends, 2) The tension between the relational/humanistic and clinical/medical paradigm and finally 3) the diagnosis dilemma, dealing with respectively liberating and limiting meanings that diagnosis provides.

The empirical data consists of a discourse analysis of six interviews. Discourse analysis is chosen, because it is a form of analysis that is useful when illustrating how the contact person through language and thereby their perception of reality gives meaning to the psychiatric diagnosis.

The project's conclusions to social workers supporting role under influence of an individualization trend frameworks and standards are further individualized in its problem and solution, when vulnerable young people have a diagnosis. It is the youth who must take responsibility, by allowing themselves to diagnose and then treat as they normalize.

Further notes that social pedagogy, which forms part of the relational/humanistic paradigm, is under strong pressure from the neuromedical discourse, when it comes to understanding and treating vulnerable young people with psychiatric diagnoses.

It singles out that there is a general need to improve the professional level of the socio-educational field, to ensure it can have a greater impact in relation to how the professional contact person deals with the vulnerable young people with a psychiatric diagnosis.

The project stresses out that diagnoses are useful in terms of facilitating communication and delivery of the right help, but opposite to the vulnerable young people who have no diagnosis, the risk that they do not get the right help, and at worst may be squeezed out of the help system. It indicates therefore that the diagnostic system should be expanded to include neglected young people.

Indledning

Jeg blev uddannet som pædagog i 1999, og lige siden har jeg arbejdet med udsatte unge. I samme periode har der i samfundet været en kraftig stigning i psykiatriske diagnoser blandt børn og unge (Bryderup 2011: 7), hvilket jeg også har bemærket indenfor mit område.

Jesper Holst udtaler om specialisering på det socialpædagogiske område, at "[...] socialpædagoger [...] føler sig usikre og pressede, fordi de modtager børn med diagnoser, de ikke kender til. Dette sætter i øjeblikket sine tydelige spor på kursus- og efteruddannelses tilbuddene.(Holst 2004: 17)" (Rapport, Socialpædagogerne 2007:15)

Da jeg blev ansat på Ballerup Ungdomspension i 2004, var en af begrundelserne for min ansættelse, at jeg havde erfaring med diagnoserne ADHD og asperger. Det var relativt nye områder dengang, men Ballerup Ungdomspension stiftede oftere og oftere bekendtskab med disse diagnoser, og var naturligvis tvunget til på bedste måde at rumme disse. Kendskabet til og omtalen af diagnoserne steg, og til det sagde 'de gamle i gårde': "Nå, dem har vi jo hele tiden arbejdet med, nu har de så fået en diagnose."

Sociolog Nikolas Rose mener, at det 21. århundredes stræben efter sandheden om mennesket nu søges i neurologien, hvor man i det 20. århundrede var stærkt præget af psykologien og dens forklaring på menneskets sjæleliv. Rose taler om: "[...] at Freuds øre er blevet erstattet af neurologens øje, der ser på hjernescanninger og måler kemiske balancer." (Asterisk 2012: 15)

Den stigende diagnosticering i samfundet kan, sammenholdt med Nikolas Rose' antagelse, betragtes som en ændring i forståelsen af mennesket: Hvordan definerer samfundet, hvad der er normalt og afvigende? Hvornår befinder man sig i en udsat position, hvor man er underlagt de gældende normer for rigtig og forkert opførsel? Der er fx en tendens til at de medicinsk/videnskabelige normer i form af fx diagnosticering, bliver en normalitetsbedømmelse, der vinder større indpas i samfundet. (Holst 2007: 314).

Normers udvikling og ændring er historisk og kontekstuel betinget. Fx blev homoseksualitet herhjemme indtil for ca. 20 år siden anset som en psykisk sygdom (Såderud 2011: 41). Da jeg begyndte mit arbejde med dette projekt, var der en sag i medierne, hvor en kinesisk bedstemor, gav sit barnebarn sin støtte på det sociale medie You Tube, efter han offentligt havde erklæret sig homoseksuel. Det gav en masse ballade i Kina, da homoseksualitet er strengt forbudt.

Socialpædagogikkens opgave er at hjælpe udsatte individer i samfundet, og historisk set ændrer socialpædagogikkens opgaver sig i overensstemmelse med samfundsmæssige ændringer og moderniseringsprocesser (Bryderup 2005: 408-418). Således kan man registrere, at den stigende diagnosticering også spiller en rolle for det socialpædagogiske arbejde. Men i hvor høj grad, og hvordan kommer det til udtryk?

Diagnosen kan i visse sammenhænge opleves som ansvarsfritagende for forældrene, den unge eller institutionerne. Den unges adfærd forklares primært ud fra en ubalance i de hjernekemiske processer, og kan på den måde komme til at nedtone hvilken betydning et opvækstmiljø præget af fx omsorgssvigt og andre dårlige sociale forhold, kan have.

Institutionerne, fx skolelærere, socialpædagoger og kontaktpersoner kan også bruge diagnosen som årsagsforklaring på, hvorfor den unge ikke er i stand til at lære, indgå i tillidsfuld relation etc. og derved fralægge sig ansvaret. For hvem kan være ansvarlig for en defekt i hjernen?

Ifølge Bryderup betyder den diagnostiske forståelsesramme, at man ser på den unge som 'enten normal eller ikke normal'. Hun mener, at lægevidenskaben i den grad udfordrer den socialpædagogiske forståelsesramme; [...] hvor normalitet betragtes som et kontinuum, og hvor kernen i det socialpædagogiske arbejde er at bidrage til normalisering" (Bryderup 2012: 5-6). Hun stiller således spørgsmålstegn ved om den socialpædagogiske forståelse af årsagen til den unges udsathed, som hidtil blev forklaret med baggrund i den unges opdragelse og andre sociale baggrundsfaktorer, risikerer at blive tilsidesat til fordel for den medicinske årsagsforklaring.

Niels Rosendal Jensen definerer en af socialpædagogikkens grundsætninger som; "[...] respekt for menneskeværd, for den enkeltes og fællesskabernes selvbestemmelse, tiltro til at kunne ændre sociale forhold og tiltro til menneskets kraft og vilje, målrettet indsats for at lette belastende forhold i tilværelsen [...]" (Jensen 2003: 17). En doktrin der ikke bygger på et enten eller, men på at det udsatte menneske med den rette støtte over tid kan udvikle sig.

Hvilken betydning får samfundsudviklingen for måden, hvorpå vi forholder os til udsatte unge med diagnoser? Psykiatrisk diagnose eller ej; skal vi fortsætte med at arbejde med de udsatte unge, som vi plejer, eller er der forskel på at arbejde socialpædagogisk med unge med og uden diagnoser? Hvilke fordele og ulemper kan der være forbundet med diagnose-stillelsen? Hvordan harmonerer den diagnostiske forståelsesramme med socialpædagogikkens samfundsintegrationstanke, og er det overhovedet muligt, eller letter det netop integrationen

set i forhold til udsatte unge, der ikke har en psykiatrisk diagnose? Hvad betyder diagnosen for den professionelles syn på den unge?

Ovenstående tanker og spørgsmål fører frem til følgende problemformulering:

Problemformulering

Hvordan får stigningen af de psykiatriske diagnoser betydning for måden, hvorpå kontaktpersonen forholder sig til de udsatte unge?

Afgrænsning

Projektet vil undersøge, hvordan de udsatte unges psykiatriske diagnoser får betydning for kontaktpersonens professionelle rolle, altså dennes måde at se og forholde sig til de unge på, og hvordan de oplever, diagnosen har betydning for den unges selvbillede og dermed mulige udvikling mod selvforsørgelse og personlig udvikling? Projektet vil således ikke have fokus på en specifik diagnose, men tager udgangspunkt i mødet mellem kontaktpersoner og de udsatte unge med psykiatriske diagnoser.

Begrebet "udsatte unge" er svært at definere, men dette projekt tager udgangspunkt i de unge, som på baggrund af en børnefaglig §50-undersøgelse vurderes at have gavn af støtte således, at de "[...] kan opnå de samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende." (Serviceloven 2013: §46 i kapitel 1).

Den børnefaglige undersøgelse vurderer barnet/den unges livsomstændigheder ud fra følgende parametre:

- Udvikling og adfærd
- Familieforhold
- Skoleforhold
- Sundhedsforhold
- Fritidsforhold og venskaber
- Andre relevante forhold (Serviceloven 2013 §50 i kapitel 1)

På baggrund af ovenstående vurderes det, om fx den særlige støtte og indsats skal være en kontaktpersonforanstaltning ifølge serviceloven, jvf. §52, stk.3 nr. 6 for unge under 18 år og §72 stk. 2 & 3 for unge i alderen 18 - 23 år. (Serviceloven 2013: kapitel 11 & 12).

Kontaktpersonforanstaltningen hører til de sekundære og tertiære forebyggende foranstaltninger, i og med de ofte iværksættes efter, der er identificeret problemer, og formålet bliver dels at forebygge yderligere problematikker, dels at medvirke til at skabe grobund for en positiv udvikling. Det er derfor en mindre intervenserende indsats end fx en døgninstitutionsanbringelse.

En kontaktperson kan ifølge serviceloven være en person i den unges netværk fx skolelæreren, et familiemedlem eller en sportstræner, som vurderes at have en god relation til den unge. Men en kontaktpersonordning kan også varetages af en professionel, der ofte har flere unge tilknyttet og muligvis arbejder sammen med andre kontaktpersoner i et socialpædagogisk team. Sidstnævnte er udgangspunktet for dette projekt.

Metode

Historisk udgangspunkt

Psykiatriens historie har betydning for at forstå nutidens syn på og udvikling af psykiatrien og de dertil hørende diagnoser. Afsnittet er en del af en historisk periode, der er med til at give en forståelse af vejen frem til nutidens syn på de "anderledes" – de psykisk syge.

Afsnittet fungerer som referenceramme ned gennem opgaven, og danner således grundlaget for basis i den teoretiske tilgang og den afsluttende empiriske undersøgelse/analyse.

Teori

Projektet vil belyse relevant teori og viden om psykiatrien, de samfundsmæssige tendenser, socialpædagogikken og serviceloven om udsatte unge herunder lovstof om kontaktpersonsforanstaltningen etc.

Med inspiration fra Michel Foucaults tankearbejde og begreber samt kritiske analyser af historien, belyses bestemte diskurser, teknikker og systemer på et givent tidspunkt, og hans bud på hvordan *sandheden* om mennesket defineres. I det historiske afsnit anvendes hans analyser af psykiatrien, for at vise hvordan udviklingen efter hans mening, har været præget af mangel på humanitet og rationalitet. Derudover stiller han sig kritisk i forhold til udviklingen af videnskaben, og dens tilsyneladende objektivitet i beskrivelsen af "de gale". "Mennesket (subjektet) er for Foucault i dybeste forstand skabt af historien" (Nilsson 2009:173).

Foucaults magtanalyse, magt- og subjektbegreb bidrager til at afdække magtstrategier, systemer og diskurser kontaktpersonsarbejdet er en helt naturlig del af, herunder hvordan dominerende diskurser er med til at styre, hvad vi tænker om os selv og andre. I projektet ser vi på, hvordan dette får betydning for det brede samfundsmæssige perspektiv og i forhold til det mere relationelle niveau.

I forlængelse af Foucault anvendes Nikolas Rose og hans analyse af nyere biologiske tendenser i forståelsen af mennesket og dermed også af psykisk sygdom. Hvordan får disse strategier og teknologier betydning for de moderne mulige subjektiverende roller i samfundet? Rose udtaler: "Det handler om hurtigst muligt at få viden om vores biologiske og neurologiske tilstand, [...] identificere individer, der er i risiko for at udvikle mentale patologier eller uheldig adfærd, jo bedre kan der interverneres.[...] jo før jeg kender min hjernes muligheder, jo bedre kan jeg lede mig selv." (Asterisk 2012: 13-14).

Axel Honneths tanker om anerkendelse benyttes til at vise, hvordan pædagogens relations- og anerkendelsesarbejde er helt centralt i en forståelse af menneskers udvikling.

Projektet er bygget op omkring 3 centrale parametre, som skal styre diskussionen om, hvordan kontaktpersonen forholder sig til udsatte unge med psykiatriske diagnoser.

Parameter 1 omhandler individualiseringstendensen, som kan ses i forlængelse af en generel samfundsmæssig liberaliseringstendens. Den beskriver, hvordan der foregår et karakterskifte i de samfundsmæssige rammer, normer og vilkår, og hvordan dette får betydning for samfundets måde at forholde sig til individet på.

Parameter 2 ser på sammenstødet mellem forskellige paradigmer, og hvilken betydning dette har for udbredelsen og anerkendelsen af diagnosen som sådan. Vi ser her på den klinisk/medicinske overfor den relationelle/humanistiske og en lidt nyere neurovidenskabelig tilgang.

Parameter 3 ser på diagnosens dilemma; hvilke fordele og ulemper er forbundet med diagnosen. Vi ser på, om ansvaret for årsag og til dels også behandling, flytter fra omgivelserne til individet, og hvilken betydning denne udvikling kan få.

Empiri

Empirien i projektet indhentes bl.a. gennem semistrukturerede interviews. Der foreligger seks interviews med seks kontaktpersoner, der alle arbejder socialpædagogisk med udsatte unge.

Det semistrukturerede interview er en metode, hvor hensigten er at give et indblik i, hvordan kontaktpersonen tillægger de unges psykiatriske diagnoser mening og betydning for hans/hendes syn på den unge og dermed på deres ageren og professionelle valg i deres daglige arbejde.

De interviewede er valgt ud fra, at de alle har deres daglige virke på en anden arbejdsplads end min egen i Ballerup Kommune. Dette valg er taget, dels for at undgå indgroede vaner, som kan være svære at få øje på (de såkaldt "blinde pletter"), hvis man selv er en del af en arbejdsrelation, dels for at tage højde for at den personlige relation kan medføre udeladelser i interviewene.

Der er både fordele og ulemper ved at beskæftige sig med sit eget arbejdsfelt. En fordel er, at den gensidige forståelse og indsigt kan medføre en større detaljerighed i interviewsituationen. En ulempe kan være, at en indforståethed kan forhindre uddybende og nuancerende spørgsmål i retninger, der måske ikke på forhånd kan forestilles. Afstanden til et felt kan så at sige være med til at styrke intuitionen og nysgerrigheden.

Det kvalitative interview er en selvstændig forskningsmetode. Interviewet er en struktureret samtale, hvor formålet er at producere en viden, og "[...] at den samtalebaserede erkendelsesproces er intersubjektiv og social, idet den involverer interviewer og den interviewede som fælles skabere af viden." (Kvale (2009) s.34).

Projektet er dermed opmærksom på, at interviewer har betydning for den data, der indhentes og efterfølgende analyseres.

Transskriptionen af interviewene er så vidt mulig ordret, dog er indledende høflighedsfraser og andre uvedkommende dele taget ud (fx udefrakommende forstyrrelser i interviewet, mm.). Hele transskriptionen er vedlagt som bilag på en cd rom (specielt for censor & eksaminator). (Se bilag 2)

Analyse

Interviewene bearbejdes ud fra en diskursanalytisk tilgang. Der eksisterer flere forskellige tilgange til diskursanalyser, men fælles for dem alle er, at man kan sige, at "*diskurs er en bestemt måde at tale om og forstå verden (eller udsnit af verden) på*" (Jørgensen og Phillips 1999: 9).

Den diskursanalyse der anvendes i dette projektet, er hovedsageligt inspireret af Laclau og Mouffes diskursteori. Diskursteorien lægger sig bl.a. op ad Foucaults arbejde med magt, som parentes bemærket altid skal ses i en gensidig afhængighed med viden. "Magt er både det, der skaber vores sociale omverden, og det, der gør, at omverdenen ser ud og kan italesættes på bestemte måder, mens andre muligheder udelukkes. Magt er således både produktiv og begrænsende" (Jørgensen og Phillips 1999: 23).

Magt er det, der producerer diskurserne inden for hvilke bestemte subjektpositioner muliggøres.

Diskursteorien bevæger sig indenfor den socialkonstruktionistiske videnskab, der i Laclau og Mouffes perspektiv skal forstås således, at virkeligheden eksisterer, men "[...] at det ikke er muligt at opnå viden om virkelighedens eksistens, kun om dens væren. (Laclau og Mouffe)" (Hansen 2011: 79).

Det bliver derfor ikke interessant at belyse den 'virkelige' virkelighed, men at afdække den socialt konstruerede virkelighed gennem fremstillingen af den – altså at afdække diskurserne i interviewene.

Diskursanalysen anvendes som analyseredskab på interviewene for at se, hvordan kontaktpersonerne gennem sproget og dermed en italesat virkelighedsopfattelse, tillægger de unges psykiatriske diagnoser mening og betydning, og derved måden de forholder sig til dem på.

Formål

Hensigten med projektet er, at den viden som diskuteres i det teoretiske og historiske afsnit, samt den viden der produceres og analyseres i de 6 interviews,

samlet set kan bidrage med nyt syn på, hvordan diagnoser får betydning for meningsproduktion og dermed det daglige arbejde med mennesker, der har brug for hjælp fra samfundets institutioner.

Psykiatriens historie

I det *førmoderne samfund* var opfattelser af den "vanvittige" af mere magisk religiøs karakter. Den vanvittige blev mødt med ærefrygt - som en person der besad særlige evner og/eller direkte forbindelse til gud, eller han blev set på som en, der var besat af en ond dæmon, der skulle uddrives. (Skårderud, F. et al 2011: 64).

I Foucaults udlægning af galskabens historie, er hans tese, at '*fornuftens tidsalder*', som har sit udgangspunkt i 1600-tallet, havde brug for ufornuften for herigennem at definere fornuften. Man begyndte at fjerne de gale fra samfundet ved at indespærre dem og startede derved en udviklingen af udelukkelsesmekanismer af de anderledes (Skårderud, F. et al 2011: 64-65).

Når de gale fik 'anfald' (fx raserianfald) og anset for at være farlige, blev de opbevaret i såkaldte dårekister. En dårekiste er en trækasse med en luge til mad, en smal briks at sove på og et simpelt latrin hul. Man anvendte også denne opbevaringsmetode i Danmark (Kragh 2008: 42-43).

Man indespærrede de gale sammen med de arbejdsløse, fattige, kriminelle og uhelbredeligt syge på interneringsanstalter. Ifølge Foucault foretog man for det første en 'udelukkelses verden' af de gale (Foucault 2005: 117-120) for at gøre dem tavse, og for det andet blev fysisk sygdom, forbrydelse og anden amoralisk opførsel på denne måde koblet til de gale "[...] en slags dunkel assimilation; og galskaben har knyttet den moralske og sociale skyldfølelse til sig i et slægtskab, som det måske varer længe, inden den bryder" (Foucault 2005: 119).

Med det "modernes" indtræden (oplysningstiden i slutningen af 1700-tallet), sker der en differentiering, så det kun er de gale, der placeres i interneringsanstalterne. Med læger som fx Pinel (Frankrig) og Turk (England) gik disse anstalter fra at være ren opbevaring til også at omfatte behandling, hvor adfærdskorrektion, der tidligere bestod i fysiske afstraffelser mere og mere kombineres med - og senere afløses af - moralsk behandling og omsorg: Lænker fjernes, de indsatte får en seng at sove i, og de fik lov til at komme ud i dagslyset. (Skårderud, F. et al 2011: 66-67).

I 1816 ansatte man i Danmark den første overlæge J.H. Seidelin på Sct. Hans Hospital. Han indførte en behandling af de indsatte, som var inspireret af den tyske professor i medicin, Johann Christian Reils bog om 'psykisk kurbade'. Den grundlæggende tankegang var at man ved at udsætte den syge for voldsom fysisk og psykisk stimulering, kunne ændre hans tanker, så de blev sunde og fornuftige. J.H. Seidelins behandling foregik gennem streng disciplin, hårdt arbejde, iskolde styrtebade og bevidst udsultning. I 1831 blev han afskediget

pga. hans unødigt hårde behandlingsmetoder, og A.V.T. Gøriche blev overlæge i stedet. Med ham blev der indført mere humane metoder (Kragh 2008: 65-70).

Foucault stiller spørgsmålstegn ved denne vordende humanisme med sin strenge moralske og sociale kontrol, hvor der fx anvendes overvågning af den gales gøren og laden, nedgørelse når vedkomne fejlede, negligering af den gales behov, etc. (Foucault 2005: 121). Lægens mål var at internalisere moral og kontrol, så den gale til sidst kunne kontrollere sig selv.

Foucault taler om en psykologisering af galskaben, "[...] - en operation hvorved galskaben bliver indføjet i systemet af moralske værdier og repressioner. Den bliver lukket inde i et straffesystem, hvor den gale, umyndiggjort, med fuld ret føler sig beslægtet med barnet, og hvor galskaben, efter at have fået påhæftet skyldbegrebet, opfattes som værende tæt knyttet til forseelser og brist." (Foucault 2005: 123).

Foucault kritiserer den psykologiske patologis videnskab for at være en videnskab, der har sin oprindelse i en bestemt historisk måde at forholde sig til det gale menneske på. De gales adfærd og symptomer blev analyseret, og på baggrund af disse analyser skabes grundlaget for menneskets psykologi. "[...] fra og med det øjeblik hvor dets forhold til galskaben blev defineret af udelukkelses og afstraffelsens ydre dimension og af skyldfølelsens og den moralske ansvarstildelings indre dimension. Ved at placere galskaben i forhold til disse to fundamentale akser muliggjorde mennesket i begyndelsen af det 19. århundrede et *greb* om galskaben og herigennem en generel psykologi." (Foucault 2005: 124)

Kraepelin & Freud

Den tyske læge og professor i psykiatri Emil Kraepelin (1856-1926), anses som en meget betydningsfuld person i grundlæggelsen af psykiatrien som lægevidenskabelig disciplin med sin systematiske lære om sygdomsgrupper. "Han mente at psykiske lidelser var sygdomme i medicinsk forstand." (Skårderud, F. et al 2011: 69).

Han grupperede ud fra en medicinsk model, byggende på at sygdomme var baseret på specifikke mønstre af symptomer. Kombinationer af symptomer samt forløbet af den psykiske sygdom muliggjorde, at man kunne identificere en bestemt psykisk lidelse. Det Kraepelinske system har haft væsentlig betydning for den diagnostiske kategorisering, vi kender i dag. (Skårderud, F. et al 2011: 70 & 319).

På samme tid som Kraepelin udviklede sit system, interesserede den østrigske læge og neurolog Sigmund Freud (1856-1939) sig for menneskets psyke. I 1900-tallet grundlagde han psykoanalysen; en teori og behandlingsmetode der

bl.a. anvendes som en terapeutisk teknik til behandling af neuroser og andre psykiske lidelser. (Skårderud, F. et al 2011: 70).

Psykoanalysen beskæftiger sig med det ubevidstes rolle i det psykiske liv. Fx er Freud af den overbevisning at fortrængte traumatiske oplevelser og følelser, kan fortsætte med at have indflydelse på menneskets psykiske velbefindende. Dette kan forbedres eller helbredes ved en bevidstgørelse omkring disse mekanismer (www.teorier.dk/tekster/psykoanalysen-sigmund-freud.php).

Psykoanalysen er også en teori om, at oplevelser i den tidlige barndom, har betydning for den voksnes personlighedsstruktur. Freuds teori bygger på en forestilling om, at barnet i de første seks leveår gennemgår den '*psykoseksuelle udvikling*', og at dette udviklingsforløb er byggestenen for videreudviklingen af det enkelte menneskes personlighed (www.teorier.dk/tekster/psykoanalysen-sigmund-freud.php).

Psykoanalysen anvendes i forbindelse med samtalebehandling, og den har gennem tiden været genstand for både inspiration og kritik, der bl.a. har medført, at man har tillagt det relationelle arbejde langt større betydning – fx udtrykt i objektrelationsteorien, og andre samtalebaserede behandlingsformer som fx systemisk familierapi. (Skårderud, F. et al 2011: 160-177).

Kraepelin kritiserede Freuds psykoanalyse for ikke at fokusere på videnskabelige principper men at have sit fokus på det ubevidste. "He felt they focused too much on early sexual experiences and too little on biology."

(www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/people/emilkraepelin.aspx)

Freud og Kraepelin repræsenterer i deres samtid to forskellige syn på psykisk lidelse og behandling heraf, og har ofte fremstået som modpoler men også som en god kombination i behandlingen af patienterne. I starten af 1900-tallet oplever man i USA, at man anvender både den psykoanalytiske teori og den medicinske model til behandling af psykisk lidelse. I Europa anvender man oftest den medicinske behandlingsform. (Skårderud, F. et al 2011: 70). Psykoanalysen tillægges større og større betydning, og i midten af 1900-tallet inddrages teorien i lærebøgerne i forhold til neuroserne. Ligeledes ses at årsagsforståelsen for udviklingen af psykotiske tilstande præges af psykoanalysens fokus på opvækstbetingelser og barndomsforløb. (Haugsgjerd 2001: 59 -61)

Efterkrigstiden

Efter anden verdenskrig opdagede man i forbindelse med anden somatisk behandling, hvordan medicinske præparater havde gavnlige effekter på forskellige psykiatriske tilstande. Fx opdagede man, at medicin mod tuberkulose havde positiv effekt på depressive tilstande. I udviklingen af psykofarmaka er der: "[...] altså ikke tale om, at man har fundet ud af, hvordan hjernens biokemiske pro-

cesser fungerer, og dernæst har fundet frem til, hvilke præparater der burde virke hvordan" (Skårderud, F. et al 2011: 71).

Fra 1960'erne og op igennem 70'erne forsøgte antipsykiatriske bevægelser at udfordre den traditionelle psykiatristforståelse. De kritiserede især den psykiatriske behandling for at være alt for fokuseret på anvendelsen af medicin med årsagsforklaring i de biologiske faktorer, og de kritiserede de psykiatriske hospitaler for at stigmatisere og umyndiggøre sine patienter. (Skårderud, F. et al 2011: 71-72).

Det var en tid, hvor der blev stillet kritiske spørgsmål til de forskellige psykiske lidelser. Fx til skizofreni af psykiateren R.D. Laing: *"Er det en del af samfundets individer, der er sindssyge, eller er det selve samfundet der er sindssygt?"* (Laing, 1975:13 i Fisker 2012:13).

Det lykkes de antipsykiatriske bevægelser at skabe en generel debat om værdier, samfundssyn, menneskesyn, normalitet etc. Indenfor selve psykiatrien bidrog det til at psykiatrien begyndte at vægte den sociale dimension (Skårderud, F. et al 2011:72 -73).

Tre paradigmer

Historisk taler man i psykiatrien om tre paradigmer: Den medicinsk/diagnostiske tilgang, den psykoanalytiske tilgang som begge er nævnt i ovenstående tekst, og den socialpsykiatriske. Den sidste vægter de sociale forholds indflydelse for forekomst, opståen og udvikling af sindslidelser, og er funderet i den kritiske socialvidenskab. Denne tilgang får sin behandlingsmæssige succes i Danmark i 1970'erne, og er bl.a. inspireret af antipsykiatrien og af-institutionaliseringen af de store hospitaler i USA og overgang til distriktpsikiatriske centre - i dag kendt som distriktpsikiatrien, som muliggør ambulante behandling (Kragh 2008: 308-309). Man mente, at de store hospitaler undertrykte patienten, og man ønskede derfor at humanisere behandlingen gennem behandling udenfor institutionen. Det viste sig, at en del af patienterne havde det dårligt med at bo hjemme, og integrationen i det øvrige samfund var svær uden massiv støtte. Nogle formåede aldrig at få det til at fungere. (Skårderud, F. et al 2011: 73 -75).

Hjerneforskning

Der har de sidste 10-15 år været fokus på hjerneforskning. Den nye viden om hjernen skyldes især muligheden for scanningsbilleder af hjernens aktivitet, hvor man bl.a. sammenligner raske og psykisk syge hjerners aktivitet med hinanden og observerer forskelle i bestemte områder af hjernen (Kragh 2008: 327-328).

Endvidere har hjernescanninger påvist forandringer i hjerneaktivitet efter visse medicinske og psykoanalytiske behandlingsmetoder (Skårderud, F. et al 2011: 116).

For at forstå og kortlægge hjernens kompleksitet, funktion og ændringer ved psykiatriske tilstande, kombineres hjerneforskningen med forskning i arv og miljø. Med molekylærgenetik kan specielle gener udpeges som værende forbundet med en risiko for udvikling af psykisk lidelse, men også miljøfaktorernes indvirkning på generne kan have betydning for udvikling af psykiske lidelser. Overordnet kaldes denne tilgang ifølge Kragh (2008: 328-329) *neuropsykiatri*.

Nikolas Rose iagttager en stigende tendens til at psykiatere i dag mere og mere er af den opfattelse, at forklaringer på psykiatriske sygdomme skal findes i hjernens neurokemiske niveau. Det er altså her, der spores anormale forbindelser, og det er på dette niveau, medicinen kan have virkning. Det betyder ikke, at man ikke anerkender, at det sociale miljø og fx traumatiske faktorer kan have betydninger for udviklingen af en psykiatrisk sygdom, men det kommer til udtryk gennem den negative påvirkning af den neurokemiske hjerne (Rose 2009: 280). Samtidig påpeger Rose: "At sige, at vi nu er blevet "neurokemiske selver", er ikke at sige, at denne nye måde at forholde os til os selv på nu har fortrængt eller erstattet alle andre" (Ibid.: 283).

Det skal med andre ord ikke forstås således, at der kun eksisterer en bestemt måde at forstå sig selv og sin omverden på. Der er flere sameksisterende forklaringer, men altså med en tendens til i højere grad at forholde sig til sig selv på et neuro-biologisk niveau. Det er de kemiske balancer i hjernen, der kan påvirkes af arv, miljø og de sociale relationer og oplevelser mennesket er en del af. Rose understreger, at den neurokemiske tendens har forskellige betydninger. Bl.a. er mennesket "[...] begyndt at omkode variationerne i deres sindstemninger, følelser, ønsker og tanker ud fra den måde, deres hjernekemikalier fungerer på, og at handle i forhold til sig selv i lyset af denne opfattelse." (Ibid.: 283).

Diagnosesystemet

Til at klassificere og stille en psykiatrisk diagnose er der i dag to førende standardiserende systemer: Den amerikanske; American Psychiatric Association (APA) DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) og verdensorganisationens (WHO) ICD (*International Classification of Diseases*).

APA udgav deres tredje udgave af DMS-III i 1980; en håndbog som i forhold til tidligere udgaver udviklede et nyt klassifikationssystem, hvor alle psykiatriske sygdomme blev operationelt definerede, så de kunne undersøges videnskabeligt og dermed blive forskningsbaseret (Kragh 2008: 317-319).

I maj 2013 udgav APA den seneste version: DMS-5. Formålet med denne håndbog er, at det skal være muligt at diagnosticere mere præcist. Siden DMS-III er håndbogen løbende udkommet i nye udgaver. Dette skyldes ifølge APA, at den skal følge med udviklingen af ny viden indenfor psykiatri; nye diagnoser tilføjes, andre ændres eller fjernes helt. (www.dsm5.org/about/Pages/faq.aspx).

Som tidligere nævnt har interessen for hjernen og dens fysiologi betydning for udviklingen af viden omkring årsag og behandling af psykiske lidelser; også kaldet neuropsykiatri. "American Psychiatric Association definerer disciplinen som den gren af lægevidenskaben, der beskæftiger sig med de psykiske lidelser, der kan tilskrives sygdomme i nervesystemet" (Brante 2011: 53).

Der er kritikere, der påpeger, at den løbende udvikling af diagnosesystemet nærmere skal findes på basis af social, politisk og økonomisk påvirkning end egentlig rent videnskabelige fund (Brinkmann 2010: 24).

Tiden op til 2. verdenskrig var psykiatrien præget af en biologisk tilgang, efter krigen og frem til start 80'erne bar de psykiatriske diagnoser i ICD og DMS manualerne også præg af psykologien bl.a. af den psykoanalytiske tænkning med hypoteser om årsagen til den psykiske lidelse, funderet i opvækstbetingelser og fortrængte traumatiske oplevelser. ICD systemet er efterfølgende af flere omgange blevet revideret, og minder mere og mere om den diagnostiske kategorisering i DMS. Diagnoserne bærer nu mere præg af en beskrivelse af selve symptomerne, som inden for en bestemt kategori bliver kriterier, der kan diagnosticeres ud fra (Thomsen & Skovgaard 2007: 46). Altså selve årsagen og forklaringen findes i symptomerne og psykiatrien ses igen i dag at være meget præget af biologien.

Som Thomas Brante i sin kritik af DMS' forklaringer og viden om psykiatrisk sygdom skriver: "Den kausale relation mellem genetiske dispositioner og adfærd har ikke kunnet påvises. Derfor ender DMS let i cirkelsluttede definitioner, idet symptomerne både bruges til at definere en forstyrrelse og til at forklare, hvorfor forstyrrelsen overhovedet foreligger." (Brante 2011: 57).

Denne kritik stiller således spørgsmål ved diagnosernes videnskabelighed, når selve årsagen ikke endeligt kan defineres i det biologiske.

ICD systemet adskiller sig fra DMS, bl.a. fordi ICD ikke kun indeholder klassifikationer af psykiske diagnoser, men også klassifikationer af alle de somatiske sygdomme. ICD-10 har været anvendt i WHO's medlemslande siden 1994, og det forventes, at den senest reviderede udgave (ICD-11) endeligt udkommer i 2015 (www.who.int/whosis/icd10/).

ICD-10 er den manual, man i praksis primært benytter i danske diagnose-sammenhænge. Diagnosen ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder) kaldes i ICD-10 systemet HKF (Hyperkinetisk Disorder), der har samme kerne-symptomer (hyperaktivitet, impulsivitet og opmærksomhedsforstyrrelse) som

ADHD, dog er ICD-10 versionen mere snæver, idet DMS-5 manualen har 3 underkategorier af ADHD:

- "ADHD – overvejende præget af hyperaktivitet/impulsivitet
- ADHD – overvejende præget af opmærksomhedsforstyrrelse
- ADHD – kombineret type (både opmærksomhedsforstyrrelse og hyperaktivitet/impulsivitet)" (www.socialstyrelsen.dk/handicap/adha/om-adha/et-sundsfagligt-perspektiv/diagnosen)

Denne mulighed for nuancering mellem de forskellige typer ADHD er med tiden blevet den, der anvendes i danske sammenhænge, og altså ikke ICD -10 som ellers er den manual, der benyttes.

Nuancer i ADHD er bl.a. en medvirkende årsag til, at vi har set en stigning i diagnoser blandt børn og unge (ikke mindst hos piger), og samtidigt giver det reelt muligheden for at få stillet en mere præcis diagnose (Langager 2013: 25-27).

Som det fremgår af ovenstående, er DMS og ICD to diagnosesystemer, der gensidigt påvirker hinanden. DMS er toneangivende overfor ICD. Dels er det ofte DMS-systemet, der er det fortrukne system i udvikling af forskningsbaseret videnskab, dels er DMS-5 lige udkommet, og det formodes at ICD-11 vil være under indflydelse af DMS-5, såvel som ICD -10 var det af DMS III og DMS IV (Kragh 2008: 317-320 & Jørgensen & Jørgensen 2011: 1).

DMS 5 udgivelsen har været 14 år om at blive revideret, og en af de generelle ændringer kan bl.a. læses i en artikel i Information den 2. juli 2013 af psykiater Birgit Wandahl Bundesen, hvor hun beskriver, at tærsklen for kriterierne til at stille en diagnose er blevet lavere.

Søren Langager beskriver udviklingstendensen som: "[...] alle diagnoser graderes mere eller mindre indgribende (altså skiftet fra "enten-eller" til mere eller mindre)" (Langager 2013: 34).

Lavere tærskel og i *mere eller mindre grad* tyder på, at stigningen af diagnoser vil fortsætte. Hvis tendensen med at søge og behandle diagnoserne ud fra et genetisk og hjernekemisk niveau fortsætter, formodes det, at der ligeledes vil være en stigning i anvendelsen af medikamenter.

Fordelen ved en mere bred og nuanceret manual er, at flere børn og unge kan få den rette hjælp og støtte. Modsat kan det betyde, at der kan være børn og unge, der får diagnoser (ofte indbefattet medicinsk behandling), som de måske kunne have været foruden. Måske man kunne have hjulpet dem på anden vis.

Psykiatrisk undersøgelse

En psykiatrisk undersøgelse af børn og unge foretages af psykiatere ansat i det offentlige sundhedsvæsen på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger eller af privatpraktiserende psykiatere. En sådan undersøgelse bygger på informationer fra barnet/den unge selv, men også i høj grad på forældrenes informationer.

Med forældrenes samtykke bidrages der med information fra skolelærere, pædagoger, familiens socialrådgiver samt helbredsinformationer fra egen læge (Thomsen & Skovgaard 2007: 19 -21).

Der trækkes altså i et stort omfang på andres vurderinger og observationer i selve udredningen af den unge, og den unges egen oplevelse af sig selv, er graderet efter den unges alder og modenhed.

Skolepsykolog, socialrådgiver, egen læge og sundhedsplejerske kan henvise til en psykiatrisk undersøgelse, og ofte sker en henvisning på baggrund af bekymring for barnet/den unges psykiske tilstand fra flere instanser i netværket, som råder og/eller bakker forældrene op i at få barnet/den unge henvist til en psykiatrisk udredning. Det kan også være den unge selv, der beder om at blive psykiatrisk udredt (Ibid.: 2007: 23 -24).

Således kan kontaktpersonen, gennem sit kendskab til den unges psykiske tilstand i samarbejde med sagsbehandler, dels råde den unge og familien til en udredning, dels blive inddraget i selve udredningsforløbet.

I den kliniske psykiatriske undersøgelse af større børn og unge indgår der en individuel samtale med den unge. Den indeholder typisk et diagnostisk interview samt observationer af den unges adfærd og fremtoning under samtalen/interviewet. Endvidere bygger samtalen på den baggrundsviden, der fremgår af anamnesen (sygdomshistorien), som beskriver hvilke vanskeligheder, der opleves og hvilke konsekvenser det har, samt de følelser der er forbundet hertil. Viden om familieforholdene herunder familiens psykiske, sociale og økonomiske forhold og endelig den tidlige udvikling af barnets tilknytning til forældrene, inddrages også. Hvis det vurderes at være anvendeligt med en psykologisk udredning af barnet/den unge, benyttes forskellige former for psykologiske tests. (Ibid.: 2007: 27-36).

Fra henvisningen er udarbejdet og til første undersøgelse/behandling, var ventetiden på landsplan i 2012 under 2 måneder for 7902 børn og unge, og ventetiden var over to måneder for 2286 børn og unge. (Regioners aktiviteter og ventetidsopgørelser på psykiatriområdet 2012: 7)

Ovenstående kan give anledning til tanker om, hvorvidt der i visse tilfælde handles for sent, og om en sygdom forværres alene af den grund, at der ikke handles hurtigt nok? Der skal til disse tal lægges den tid, der fx bruges i sagsbehandlersammenhænge, i forhold til samtaler med familien og indhentning af informationer fra andre instanser inden en egentlig henvisning kan videresendes til psykiatrien. For ikke at tænke på hvordan den unge og familien oplever ventetiden. Det er muligvis ikke det bedste udgangspunkt for et tillidsskabende forhold mellem borgeren og det offentlige.

Sammenfatning

Ovenstående er et uddrag af psykiatriens historiske udvikling frem til i dag. Fra den store indespærring (udelukkelse i Foucault-optik) til behandling med mere eller mindre humane metoder afhængig af i hvilket perspektiv, man ser det.

Fra slutningen af 1800-tallet/start 1900-tallet anses Kraepelin som betydningsfuld i udviklingen af det diagnosesystem, vi anvender i dag. På samme tid udvikler Freud psykoanalysen, der betoner opvækstbetingelser og barndomsforløb som stærke årsagsforklaringer. Grobunden for den klassiske modsætning mellem en humanistisk versus en klinisk/medicinsk tilgang opstår. Med tiden ses dog at den humanistiske tilgang, særlig gennem psykologien så småt inddrages i behandlingen, og ikke mindst får betydning for synet på den sindslidende.

Foucault kritiserer alle psy-videnskaberne, fordi han ikke anser dem for at bygge på objektive sandhedsværdier om den gale, men for at være videnskaber der tager udgangspunkt i en bestemt historisk måde at forholde sig til de gale på. Han viser, hvordan fysisk afstraffelse bliver afløst en anden form for magt, som bygger på moralsk og social kontrol.

I de sidste 10 til 15 år har neurovidenskaben, med sin udforskning af hjernen, fået større og større betydning for forståelsen af psykisk sygdom og behandlingen heraf. Således er det diagnostiske system under stadig forandring. Det seneste DMS-5-system afspejler bl.a. en udvikling, hvor der optræder gradueringer af diagnoser, og man oplever en stadig lavere tærskel for opfyldelse af kriterier for en diagnose. Disse faktorer vil sandsynligvis betyde, at flere får stillet en diagnose, hvilket må formodes også at gøre sig gældende for den ungegruppe, der visiteres til en kontaktperson, og altså den gruppe dette projekt handler om.

Fra henvisningen til første møde med en psykiater, kan der nemt gå op til to måneder og i nogle tilfælde længere. Hvilken betydning kan dette få for forholdet mellem borgeren og behandler systemet, for ikke at tale om hvordan en sygdom kan udvikle sig i ventetiden?

Således udstyret med en historisk og processuel forståelse, bevæger vi os ind på de 3 parametre, som styrer analysen og den endelige konklusion. I næste afsnit vil vi således se på individualiseringstendenser.

Parameter 1: Individualiseringstendenser

Når projektet tager udgangspunkt i den professionelle kontaktpersons arbejde med udsatte unge med en psykiatrisk diagnose, synes det relevant at se på de rammer, normer og vilkår som velfærdsstat og socialpolitik sætter for dette arbejde.

I slutningen af 1980'erne begynder man, med udgangspunkt i en liberal socialpolitik, at se på hvordan velfærdsstaten bør/skal hjælpe sine borgere. Liberaliseringen af velfærdsstaten skal her forstås som den proces, der gradvis bevæger sig fra et mål om mere eller mindre social lighed mod frihed til selv at definere det gode liv. Man taler om, at man går fra *ret til forsørgelse* til *pligt til selvforsørgelse* og om bevægelsen fra fællesskabets ansvar for integration af individet til individets eget ansvar for at deltage aktivt i integrationen i samfundet. Endelig har solidaritetsbegrebet ændret sig fra at alle pr. automatik, i kraft af deres medborgerskab, blev betragtet som en del af fællesskabet, til at det mere og mere er borgerens eget ansvar (og vilje) til at bidrage til fællesskabet. (Hansen 2009: 138-142)

Dette karakterskifte med fokus på det individuelle ansvar spores også i lovgivningen. Fra Bistandsloven af 1976 som bliver til Serviceloven i 1998 ses en ændring i "[...] bistandslovens mål om at tilgodese barnets udvikling, trivsel og tarv til servicelovens mere præciserede beskrivelser af hjælp til selvhjælp, hvor målet var, at den enkelte skal sættes i stand til at klare sig selv." (Bryderup 2005: 292)

Med bistandsloven i 1976 bliver en personlig rådgiver til udsatte unge mulig og med serviceloven i 1998, kan der udpeges en fast kontaktperson. I forbindelse med Barnets reform (2011) bliver personlig rådgiver og kontaktperson samlet i betegnelsen kontaktpersons-foranstaltningen, da en del af opgaverne minder om og overlapper hinanden. (Bryderup 2005: 326).

Med kontaktpersonforanstaltningens udvikling ses ligeledes en stigende individualiseringstendens i form af fokuseringen på betydningen af den individuelle relationelle udvikling og støtte til den unge. Rent statistisk ses en stigning i anvendelsen af tilknytning af fast kontaktperson til udsatte unge i "Danmarks Statistik, sociale ydelser til børn og unge", hvoraf det fremgår, at fast kontaktperson til børn og unge i alderen 12 til 17 år tilnærmelsesvis fordobles fra 2336 unge i 2006 til 4235 unge i 2011. (Danmarks statistik).

Margaretha Järvinen & Nanna Mik-Meyer skriver i bogen "At skabe en professionel", at der i dag er fællestræk og dilemmaer med det øgede fokus på autono-

mi og ansvar, der får større og større betydning for velfærdsprofessionernes "institutionelle identitet". (Järvinen & Mik-Meyer 2012:11).

Man kan registrere en øget tendens til at inddrage den unge som ekspert i eget liv og med den en ændring i den professionelle ekspertrolle hen mod en professionel "facilitatorrolle". En rolle "[...] hvis mål er at sætte brugeren i centrum og bidrage til dennes selvudvikling og risikoforvaltning." (Ibid.: 2012:18).

Den professionelle opgave bliver således at opmuntre og motivere den unge til selvudvikling og frihed til at vælge - alt sammen ud fra en ide om at motivere den unge til at lære at tage vare på sig selv. Heri ligger implicit, at man skal lære at tage ansvaret for sine egne problemer og være villig til at løse disse gennem selvudvikling, men tilpasset samfundets herskende normer og værdier (Ibid.: 2012:19). Det forventes, at den professionelle kontaktperson skal håndtere den iboende modsætning, der kan ligge heri.

Järvinen & Mik-Meyer nævner, at der i visse velfærdsprofessioner ses et øget krav om følelsesmæssig engagement, graderet efter graden af kontrol. (Ibid.: 2012: 21-22).

For den professionelle kontaktperson ses dette personlige engagement som et bærende element i at nå den unges følelser og ressourcer og derved påvirke hans/hendes selvforvaltning og positive udvikling. I serviceloven for kontaktpersonsforanstaltningen ser man formuleringer som "*Tillidsforhold hurtigt vil kunne etableres*", "*være til rådighed når barnet eller den unge har behov*", "*støtte på det nære personlige plan*" og "*forholde sig til barnets eller den unges totale situation på linje med, hvad der normalt ville være forældrenes opgave*" (VEJ 320, serviceloven § 52 stk.3, nr.6).

Der stilles et krav til kontaktpersonen, der på mange måder burde høre hjemme i privatsfæren, men, som den professionelle kontaktperson ikke desto mindre skal agere professionelt i. Dette dilemma mellem det private og den professionelle distance, hvor man risikerer, at det personlige kommer til at nedtone det faglige og omvendt, fordrer en ikke ubetydelig balancegang, der kræver konstant kritisk selvrefleksion.

I Foucault-optik kan denne tilgang beskrives som en udøvelse af det, han kalder den *pastorale magtform*, hvis strategier og teknikker bygger på individualiserende og omsorgsfulde måder at "frelse" den unge på. (Foucault 2008:136-138).

Foucault taler om, at "bekendelsernes sandhed" foregår i et samspil mellem den unge og kontaktpersonen. "Den, der lytter, bliver ikke bare herre over tilgivelsen, dommer, der dømmes eller frifinder; han bliver herre over sandheden" (Foucault 1998:75).

Et af kontaktpersonens midler er at skabe tillid, så den unge føler sig tryk ved at "bekende" sine udfordringer, så kontaktpersonen gennem rådgivning og motivation kan hjælpe den unge i en subjektivisering, der muliggør en integration i samfundet på samfundets præmisser.

Med liberaliseringen af velfærdsstaten opleves et øget fokus på præmisser, der bygger på den enkeltes selvintegration og selvansvar. Denne grundlæggende nye tilgang, er i sig selv ikke nødvendigvis et problem. Set med Foucaults 'briller' har den liberale velfærdsagt en produktiv karakter. "Magten er skabende, idet den virker ved at gøre individerne til – og få individerne til selv at gøre sig til – bestemte subjekter." (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 17)

Individet forholder sig til sig selv på en sådan måde, at det bliver den enkeltes ansvar at leve et sundt liv, at være en ansvarlig medborger der fx tager en uddannelse og forsørger sig selv, etc. Således bekræfter de "bestemte subjekter" de herskende normer i samfundet, der igen virker tilbage på subjekterne.

Et andet eksempel herpå kan læses i Janne Hedegaard Hansens artikel: "Konstruktionen af diagnoser - en stædig ræd eller infantil autist?" Her beskriver hun, hvordan en mors samarbejdsvillighed med velfærdsprofessionerne omkring en psykiatrisk udredning af hendes dreng (Viktor), diagnosen og den efterfølgende behandling, er i tråd med den neoliberale velfærdsdiskurs: Moderen fremstår som en samarbejdsvillig, ansvarlig og selvregulerende medborger. (Hansen 2011: 78-104).

Janne Hedegaard Hansen viser endvidere i artiklen, hvordan også pædagogerne lever op til den neoliberale velfærdsdiskurs. "Diagnosticeringen af Viktors adfærd bidrager til at opretholde den herskende problem- og løsningsforståelse inden for en pædagogisk diskurs, som indskriver sig i den mere overordnede neoliberale velfærdsdiskurs" (Ibid.: 2011:99).

Individualiseringstendensen, som lægger sig op ad den neoliberale velfærdsdiskurs, kommer til udtryk i de pædagogiske sammenhænge, idet tendensen er at betragte afvigende adfærd som et individuelt problem, som diagnosen igen medvirker til at understøtte. Denne individualiseringstendens gennemsyrrer alle dele af samfundet, og bliver selvforstærkende i den foretrukne måde at anskue mennesket og dets bekymringer og problemer på.

Sociolog Rasmus Willig udsætter i Politiken november 2013 individualiseringstendensen for skarp kritik. Willig siger bl.a. "Vi bebrejder os selv, for ingen må jo længere sige at det er samfundets skyld." (Willig 2013: 3).

Alting bliver vendt indad med krav om konstant selvrefleksion ud fra tanker om, at man selv kunne have gjort noget anderledes og bedre.? Det er altså ikke nødvendigvis den sunde form for selvrefleksion, der sættes i spil, når alt ubetin-

get vendes indad på denne måde - ikke mindst når det vedrører sociale problemer. Er det sundt, at fx udsatte unge bliver individuelle bærere af denne negative selvreflektion: Fx strukturel- eller konjunkturbestemt arbejdsløshed? Hvis "skyld er det". Willig kunne godt ønske sig, at samfundets borgere blev eksplicite i samfundskritikken. Men ofte sker der i stedet det, at "de smutter ned i fitnesscenteret eller til en coach" (Ibid.: 3). På den måde er vi tilbage i individet. Willig mener, at der er behov for, at borgerne bliver skarpe på, hvilke problemer der hører til på individplan, og hvilke der hører til på det samfundsmæssige strukturplan. Det er vigtigt, at ikke alt tages ind, men at man hele tiden kritisk evaluerer, hvordan en forbedring kan opnås (Ibid.: 3).

"Vi halser alle sammen rundt i en benhård jagt på anerkendelse, hvor man ligesom stangtennis konstant er forvirret. Det er kun et spørgsmål om tid, før bolden rammer dig mellem øjnene."(Ibid.: 4).

Willig påpeger med sin allegori alvorligheden i de konsekvenser, han ser, individualiseringstendensen frembringer. Det er et spørgsmål om tid, hvor længe presset kan holdes, før man kandiderer til en psykiatrisk diagnose (fx depression).

Sammenfatning

Tendensen til at individualisere sociale og psykologiske problemstillinger har bevirket, at årsagsforklaringen ofte søges i individet og ikke som symptomer på problemer i samfundet eller dets institutioner. Selve løsningen og hjælpen bliver mere og mere fokuseret på at øge borgerens forståelse for eget ansvar samt hjælpe og støtte borgerne i en aktiv handlen udi at ændre sin situation eller, hvis man har fået stillet en diagnose; at leve bedst muligt ud fra det givne vilkår. Man skal medvirke til at lade sig diagnosticere og efterfølgende tage mod de behandlingsmuligheder, der anbefales. På den måde bliver psykiatrisk sygdom og behandlingen heraf, i Foucault optik, en mulighed for at subjektet kan lede sig selv.

Samtidig ses en tendens til at velfærdsprofessionernes redskab til at understøtte denne selvudvikling vil kræve en øget selvrefleksion, involvering og fokus på det følelsesmæssige personlige plan, både hvad angår den professionelle selv og borgeren, som modtager støtte.

Det er altså ikke længere nok at have en høj faglighed; en professionalisme afhænger i den grad også af selve personen, der udfører arbejdet. På denne måde individualiseres den professionelle arbejde yderligere.

Samtidigt foregår der i samfundet som helhed en øget fokus på det individuelle, hvor man i selvransagelsen vender mere og mere indad.

Parameter 2: Relationelle/humanistiske & klinisk/medicinske paradigme

Som det fremgik af det historiske afsnit, har der fra galskabens indespærring til i dag været en udvikling af forskellige syn på og tilgange til psykisk sygdom. Først var det den klinisk/medicinske tilgang, der prægede området og senere, især fra efterkrigstiden og frem, får psykologien større indflydelse på årsagsforklaring og behandling, og endelig har vi de sidste 10 til 15 år oplevet, at psykiatere mere og mere er præget af den opfattelse, at årsagen til psykisk sygdom skal findes i hjernekemiske defekter.

Afsnittet tager afsæt i den historiske kontekst og søger at forklare, hvorfor moderne socialpædagoger kan have svært ved at navigere i spændingsfeltet mellem den relationelle/humanistiske tilgang og den klinisk/medicinske tilgang.

Hvordan magter kontaktpersonen at sætte sig udover "[...] den klassiske modstilling mellem det "onde" klinisk/medicinske paradigme og det "gode" humanistiske/relationelle paradigme [...]" (Langager 2011:17). Langager taler om, at der tidligere var en tendens til at pædagogikken så diagnosen som en "dom", der udelukkende stigmatiserede den unge, men at der med neurovidenskabens stigende popularitet, åbnes mulighed for at se diagnosen og dens betydning i et andet og mere nuanceret lys. Det kan oven i købet vise sig at være en fordel i visse henseender. (Langager 2011:17).

Den øgede interesse for hjernen og dens neurokemiske processer, (jf. Rose), kan ses som den diskurs, der bliver mere og mere dominerende, når det kommer til at forstå psykisk sygdom. En neuro-medicinsk diskurs der lægger sig op ad det klinisk/medicinske paradigme, idet miljøfaktorer menes at have betydning, men mest som fremmede eller hæmmende for de hjernekemiske forbindelser. Den "gamle diagnoseforskrækkelse" kan umiddelbart virke forældet i forhold til den generelle udvikling i samfundet og dets behandlingsinstitutioner (jf. individualiseringstendenserne) ikke mindst sammenholdt med vores "borgerpligt" om at medvirke til udredning og accept af behandling som en tilnærmelse af normalitet.

Den neuro-medicinske diskurs og den humanistiske/relationelle diskurs kæmper dels om magten til at definere sandheden, dels ses de som to sameksisterende diskurser, som får betydning for kontaktpersonens syn på den unge, og dermed hvordan den unges udviklingsmuligheder ser ud.

Ifølge Bryderup vinder den neuro-medicinske diskurs tilslutning på det socialpædagogiske område: "Der synes i de sidste årtier at foregå en udvikling af den socialpædagogiske faglighed *fra en årsagsorientering til en symptomorientering og individualisering.*" (Bryderup 2011: 272) og videre "[...] udbredelsen af diag-

noser kan udfordre de etiske dimensioner i socialpædagogikken, men hvad værre er: Der kan blive stillet spørgsmål ved socialpædagogikkens grundlæggende og mere end hundredårige samfundsmæssige funktioner – *normalitet og integration.*” (Bryderup 2011: 274)

En generel accept af diagnosen kan betyde, at man fjerner blikket fra andre mulige årsagsforklaringer såsom opvækstbetingelser, andre sociale forhold og generelle samfundsmæssige faktorer. Kontaktpersonen risikerer at koncentrere sin indsats om at lære den unge at leve med diagnosen og på den måde være med til at nedtone socialpædagogikkens perspektiv om integration af den unge. Således er der ikke længere en kobling mellem det sociale og det individuelle. Kontaktpersonens hjælp bliver dermed en støtte til at mindske den unges eksklusion, frem for tanken om at årsagerne til den unges udsathed skal søges i sociale forhold som med den rette hjælp og støtte, kan udvikle den unges kompetencer til at indgå i samfundet på lige fod med andre.

Hvordan stiller det kontaktpersonens socialpædagogiske tilgang til den unge, og hvad bygger socialpædagogik egentlig på?

Ifølge Bent Madsen består grundlaget for socialpædagogik på den ene side af et ”*multifagligt vidensgrundlag*” (Madsen 2005: 62), der trækker på mange andre videnskaber som fx psykologi, sociologi, psykiatri, filosofi etc. Socialpædagogik kan i det lys ses som et fag med høj grad af kontekstualitet, hvor konteksten er helt afgørende for hvilke videnskaber, der hentes inspiration i, som igen udtrykker en høj tilpasningsevne i forhold til den løbende udvikling, samfundet undergår.

På den anden side kan denne følsomhed og afhængighed af andre videnskabelige paradigmer og politiske kontekster (fx uddannelsespolitik, socialpolitik, arbejdsmarkedspolitik), gøre den sårbar over for kritik, idet der ikke er en selvstændig indre kerne af egen videnskab (Madsen 2005: 27), der ikke kan pilles ved.

Dette kan betyde, at det reelt kan blive svært at blive anerkendt på lige fod med andre professioner, som bygger på en mere afgrænset og specialiseret videnskab, og andre videnskabsparadigmer kan dermed komme til at overskygge socialpædagogikkens funktion - nemlig at bidrage til en integration af ikke-integreerede i samfundet (jf. Bryderup).

Metoden i det socialpædagogiske kontaktpersonarbejde er som tidligere nævnt primært et øget fokus på relationsarbejdet. ”En god kontakt og relation imellem den unge og kontaktpersonen er en forudsætning, hvis indsatsen har til hensigt at være andet og mere end praktisk hjælp til den unge.” (Henriksen K.G. et al 2011: 53).

Udviklingen af den bæredygtige personnære relation beskrives som helt nødvendig' for at kunne støtte den unge i en positiv udvikling.

Denne vægtning af gensidig tillid, der skabes i relationen, fremkommer i udtalelser fra udsatte børn og unge om de forskellige hjælpeforanstaltninger: "Jeg skal have af vide, at jeg er god", "Kæmp for mig! Det er der ingen der har gjort, og jeg kan ikke gøre det selv", "man har så mange opbrud i sin opvækst. Det er som en samling af knuste hjerter. Kan man stole på andre? Det er spørgsmål, man altid stiller sig selv, når man møder nogen, der har til opgave at hjælpe dig" (Nordens Velfærd 2012: 19).

En personlig relation mellem den unge og kontaktpersonen, muliggør, at der kan ydes en oprigtig omsorg og anerkendelse af den unge. En anerkendelse der kan støtte den unge i at realisere sig selv på en sådan måde, at han/hun kan indgå i og være en del af samfundet (jævnfør integrationstanken).

Axel Honneths anerkendelsesteori handler om hvordan anerkendelse i relationer i det private, offentlige og sociale liv får betydning for menneskets udviklingsmuligheder. Han beskriver sin teori som menneskets "[...] kamp om at etablere gensidige anerkendelsesrelationer" (Honneth 2006:7).

Honneth strukturerer de gensidige anerkendelsesrelationer i tre anerkendelsesfærer: 1. Privatsfæren (emotionelle intersubjektive forhold fx kærlighedsforhold, mor/barn og venskab) 2. Den retslige sfære (rettigheder) og 3. Den solidariske sfære (værdifællesskaber) (Honneth 2006: 174). Han skriver: "Det er nærliggende at skelne mellem sociale integrationsformer med hensyn til, om de etableres gennem følelsesmæssige bånd, gennem tildeling af rettigheder eller ved, at man orienterer sig efter de samme værdier". (Honneth 2006: 130).

Honneth taler om, at vores nuværende samfundsstruktur med en liberal tankegang, skaber ulighed i samfundet, ikke kun på det materialistiske niveau men også på livschancer som gensidige anerkendende relationer giver (Honneth 2003: 68-69).

Uligheder i samfundet og de konsekvenser dette har for mennesket, er præcis nogle af de opgaver kontaktpersonen skal arbejde med i sin hverdag. I Honneths perspektiv; at kontaktpersonen indgår i gensidige anerkendende relationer til den unge, og derved øger den unges positive livschancer.

Cand.mag. Britta Nørregaard lektor ved Pædagogseminariet i Aalborg udtaler i en artikel om Honneths teori at "[...] anerkendelse, må være selve den kerne, som pædagogik er gjort af" (Nørregaard 2005: 68).

Hvordan harmonerer det med de psykiatriske diagnoser, der er en stigning i blandt de udsatte unge? Hvilken indflydelse får den neuro-medicinske diskurs for pædagogens relationsarbejde, hvis pædagogens integrationsforståelse flytter fokus fra en forståelse af miljøårsager til neurovidenskabelige årsagsforklaringer og dertilhørende anbefalede medicinske behandling?

Carsten René Jørgensen påpeger i bogen "Danmark på briksen (2012)", at der er behov for at vægte de psykologiske og humanistiske tilgange til psykiatrisk lidelse højere. Han taler om en generel "antihumanistisk bølge" i samfundet, som bl.a. andet kommer til udtryk i, at "[...] en lang række psykiske problemer overvejende håndteres via medikamentel behandling eller standardiseret korttidsbehandling – mens der er relativt få stemmer i offentligheden, som anlægger et psykologisk perspektiv på menneskers vanskeligheder og adfærd" (Jørgensen 2012: 266-267).

Den neuro-medicinske tilgang, betragtet som en fremherskende tendens i samfundet og dermed også indenfor det socialpædagogiske område, vil givet få betydning for kontaktpersonens syn på og professionelle ageren i forhold til den udsatte unge med en psykiatrisk diagnose.

"Omdrejningspunktet for en humanistisk tilgang til verden er enkeltindividets ukrænkelighed og en modvilje mod at reducere det enkelte menneske til et objekt (eksempelvis summen af biokemiske processer) eller en repræsentant for mere eller mindre unuancerede kategorier (eksempelvis psykiatriske diagnoser)" (Ibid.: 2012: 267).

Den humanistiske tilgang med sit mantra om at sætte mennesket i centrum og vægtningen af de *bløde værdier* bliver nedprioriteret og et neuro-medicinsk syn, der anser psykisk sårbarhed og psykiatrisk sygdom som en defekt i de biokemiske funktioner i hjernen, bliver opprioriteret.

Ifølge Jørgensen bør der fra samfundets side tilstræbes en balance mellem de to tilgange, så det bedste fra begge anvendes og på en sådan måde, at det humanistiske perspektiv igen tilskrives større betydning for forståelsen og behandlingen af psykisk sårbarhed og psykiatrisk sygdom (Ibid.: 2012: 271-272).

Børne- og ungdomspsykiater Søren Hertz repræsenterer et bud på, hvordan en større balance mellem tilgangene er mulig. Hertz' tilgang er i praksis funderet på en bio-psyko-social videnskabsforståelse, hvor hjernens plasticitet muliggør udvikling, i kraft af de påvirkninger det psyko-sociale samspil udgør. Hertz forsøger via en transdisciplinær forståelse at afsøge de uanede muligheder for udvikling, der ligger heri.

"Der lægges vægt på mønstre og samtidigt på det, der afviger fra mønstret, fordi det er i mødet mellem det, der ligner og det, der ikke ligner, at det uanede bryder frem." (Hertz 2010:76).

Med andre ord er der i processen fokus på det, der umiddelbart virker usammenhængende, det der falder ved siden af, det at lede efter en eller anden form for indre logik, og derved åbne for andre måder at forstå og forholde sig til symptomer og problemadfærd.

Hertz vil med sin bio-psyko-sociale tilgang i et transdisciplinært blik forstå tingene i sin kontekst, og dermed inddrage den unges omgivelser såsom forældre, fagprofessionelle (fx kontaktpersoner) og andre nære personer i netværket i selve udrednings- og behandlingsprocessen (Ibid.: 2010: 88-91).

Hertz taler om, at problemadfærd kan ses som 'invitationer', og i det perspektiv skabes en nysgerrighed, som muliggør at den unges adfærd set i det lys, kan forstås fx som symptom på en problematik, som udspringer af bestemte mønstre i familien, og at løsningen derfor skal foregå i fællesskab og ikke individuelt (Hertz 2008: 41-43). De invitationer Hertz hentyder til, ofte ikke umiddelbart ligner invitationer, men snarere det modsatte. Det kan fx komme til udtryk i ytringer som "hold dig væk" eller "du kan da være ligeglad" etc.

Alt i alt finder Hertz diagnosemanualerne brugbare. De kan være med til at tydeliggøre de unges problematikker, og herigennem klarlægge deres behov for hjælp, og samtidig er de med til at skabe et fælles sprog, der letter kommunikationen (Hertz 2004: 1).

Endvidere mener Hertz, at en diagnosemanual ikke må opfattes statisk, og at den kun kan opretholdes, så længe adfærd og symptomer lever op til kriterierne. Hertz pointerer: "[...] at diagnoser blot er udtryk for *udvalgte* øjebliksbilleder af det *individuelle* barn eller unge menneske på et tidspunkt, hvor problemerne ofte fremtræder med en sådan intensitet, at nogle oplever behov for en nærmere undersøgelse." (Hertz 2010: 97).

Hertz ser, at faren ved diagnosesystemet er, at den kan opfattes som en ensidig individuel problem- og løsningsforståelse. Diagnosen må ikke stå alene og må ikke tages ud af sin kontekst.

Formand for Psykiatrifonden og speciallæge i psykiatri, Anne Lindhardt, skriver i en kronik i Information, at det er en fordel, at psykiatrien er forankret i en anerkendt naturvidenskabelig videnskab, da den derved står den stærkt i sit forhold til andre videnskaber, men hun siger også: "[...] det giver en ulempe, hvis man tror, at det lægevidenskabelige sprog kan sige ret meget om mennesker og deres liv.[...] Psykiatriens fagsprog må suppleres med andre forståelsesformer og sprog af psykologisk, sociologisk og eksistentiel art" (Anne Lindhardt i Information 2013: 17).

Tages disse udtalelser fra formanden for pålydende, ser det ud som om lægerne i psykiatrien ønsker at andre perspektiver i højere grad inkluderes i forståelsen og behandlingen af mennesker med psykisk sygdom.

Samtidigt antydes det i artiklen, at det er samfundet udenfor psykiatrien, der har behov for at tænke anderledes om sin forståelse af psykiatrien og dens muligheder og begrænsninger.

Kunne det tænkes at området vokser sig for stort – set i lyset af fx den nye manual DMS 5, som højst sandsynligt vil udmønte sig i endnu flere diagnoser? Er

der brug for en generel erkendelse af, at der er behov for at "løfte i flok", hvis samfundet skal magte opgaven?

Sammenfatning

Det ser ud som om den humanistiske/relationelle tilgang har trange kår i forhold til den fremherskende neuromedicinske tilgang, hvilket igen får betydning for forståelsen af mennesket og dets særegne problematikker, og dermed også for kontaktpersonens professionelle syn på den unge. Hvilken betydning får dette i forhold til kontaktpersonens vægtning af det relationelle arbejde, som bl.a. åbner for anerkendelse af den unge (jf. Honneth), og dermed for udviklingen af positive livschancer? Hvordan undgås en modsætning mellem den humanistiske/relationelle og den klinisk/medicinske diskurs, jævnfør Langager, samtidigt med at den nyere neuro-medicinske diskurs står stærkt i kampen om definitionen af sandheden?

Modsat er der røster i debatten, der udtrykker ønske om en helhedstækning, forståelse af diagnoser og behandlingen af disse.

Kan det tænkes at Hertz' tilgang, med at fokusere på de uanede udviklingsmuligheder er en måde, der kunne vække genklang og mening i en socialpædagogisk tilgang?

I Interviewene bliver det interessant at følge informanternes refleksioner i relation til disse paradigmeskift og/eller sammensmeltninger.

Parameter 3: Diagnosens dilemma

Efter at have beskrevet individualiseringstendensen og dens betydning for hvordan kontaktpersonen forholder sig til den udsatte unge, og efter at have beskrevet de relationelle/humanistiske og neuromedicinske diskursers kamp om at definere hvordan psykisk sygdom skal forstås og behandles, skal vi nu se på fordele og ulemper ved at anvende diagnoser i relation til påstanden om, at en diagnose i nogle perspektiver kan virke som ansvarsfritagende.

At de kliniske psykiatriske diagnoser fylder mere og mere, skyldes bl.a. den store interesse for hjernen, som startede i 90'erne - der i øvrigt blev udråbt som "hjernens årti" - og som fortsat i dag har stor interesse (Langager 2011: 19-21). Med hjerneskanninger fremkommer et billede af hjerneaktivitet i forskellige områder i forskellige situationer. Dette har betydning for den fremherskende forståelse, at vi er vores hjerner, og at psykiatriske diagnoser skyldes defekter i hjernen. Alle diagnoser kan i øjeblikket langt fra stilles ud fra disse skanninger, og reelt ved man ikke præcis, hvad det er, der rent faktisk observeres på billederne. Hvordan skal de reelt tolkes? På trods af denne usikkerhedsfaktor, er der en fremherskende diskurs om, at disse skanninger skal indgå i en samlet psykiatrisk diagnose, eller i hvert fald lade den neuro-kemiske tankegang indgå som del af forklaringen, når fx der medicineres.

Den biologiske videnskab giver mulighed for at ændre menneskets fysik på en helt anden måde, end det tidligere var muligt. Nu kan man intervenere gennem fx medicin, genterapi (overføring af genetisk materiale) og psykoedukation (undervisning i symptomer, behandling og forebyggelse) og derved opnå en selvudvikling, hvor individet også på det biologiske plan kan optimere og forbedre sig. (Brikmann 2010: 28-29).

"Psyken er simpelthen, hvad hjernen gør." (ibid.:248). Rose taler om, at de nye måder psyken tillægges mening på, åbner for dels et andet syn på psykisk sygdom og normalitet, dels nye måder individet kan lade sig selv og andre styre på (ibid.: 249).

De nye måder subjektet styres på, er ifølge Rose ved at overtage psyvidenskaberne (psykologi, psykiatri, psykoanalysen, psykoterapi). Foucault afdækkede i sin "galskabens historie", hvordan disse diskurser om mennesket opstod og opnåede en dominerende legitimitet og påståede sandhed om, hvordan mennesket skulle forstås, og dermed hvilke subjektpositioner der var mulige.

Rose taler om, at de subjektpositioner som den biovidenskabelige tilgang skaber, har det til fælles med psy-videnskaberne, at "[...] den nye somatiske etik bygger på den samme autenticitetsetik, som promoveres af psy-videnskaberne. Som Rose beskriver, handler fx Ritalinbehandling af ADHD-børn ikke primært

om at undertrykke, disciplinere eller normalisere dem, men om at skabe plads til, at deres *sande selv* kan bryde frem" (Brikmann 2010: 28).

Selvteknologierne bruges således fortsat til at styre subjektet, men nu mere og mere i kraft af den nye viden, som hjerneforskning og biomedicin frembringer.

Foucault ser, at magt og viden hænger sammen. Magten til at definere sandheden om mennesket forudsætter viden om emnet, og selve videns-produktionen skaber nye magtrelationer. "Man må hellere indrømme, at magten producerer viden (og ikke blot ved at favorisere den, fordi den er tjenlig for den, eller ved at anvende den, fordi den er nyttig), at magt og viden medfører hinanden direkte, at der ikke er magtrelationer uden en korrelativ konstituering af vidensområder, at der heller ikke er viden, som ikke på samme tid forudsætter og konstituerer magtrelationerne" (Foucault 2005:42). Ligeledes knytter magt og viden sig til subjektivering, og Foucault vil med sin magt-analyse "[...] skabe en fortælling om de forskellige måder hvorpå mennesket gøres til subjekter i vores kultur." (Nilsson 2009: 166).

Sammenholdes Rose' analyse af nutiden og Foucaults analyse af historien og hans tanker om magt og strategier, kan diagnosen og den biomedicinske behandlingen i dette perspektiv ses som en legitim og sand måde at forstå og angribe psykisk sygdom på i vores samfund.

Socialpædagog Tore Kargo beskriver sine erfaringer og observationer af diagnoser og medicinering af børn og unge i det socialpædagogiske felt nærmere betegnet inden for døgninstitutionsarbejdet. Han ser en tydelig forbedring af børnenes og de unges koncentrationsevner og modtagelighed for læring i den socialpædagogiske kontekst, som ikke på samme måde var mulig før diagnosen og medicineringen. Han skriver bl.a.: "Der er ingen tvivl om, at denne "adgang" til det anbragte barn er en fordel for barnet. Der opstår en mulighed for, at barnet kan lære at opleve verden på en mere normal måde, uden indre støj, forvirring og skældud." (Kargo 2011: 196).

Øgningen af barnet/den unges indre stabilitet gør dem i stand til bedre at navigere og indgå i samfundet på en mere 'normal' måde.

Kargo påpeger, at faren ved diagnoserne og behandlingen kan bevirke, at for meget ses i dette psykiatriske perspektiv, og man derved glemmer at se barnet/den unge i en mere bred socialpædagogisk forståelse af mennesket. (Ibid.: 2011: 198-199).

Kunne det tænkes, at medicinsk behandling vælges som en relativ enkel løsning på et ellers kompliceret problem, hvor det måske kan være svært at finde alternativer med ligeså synlig effekt, som medicinen tilsyneladende har? Eller er medicinsk behandling rent faktisk den bedste løsning? I følge Rose indebærer behandling ofte medicin. (Rose 2012: 34).

I en rapport fra SFI vedrørende ADHD beskrives det, at der er en "[...] positiv effekt af forskellige farmakologiske midler for 65-75pct. af børn og unge med ADHD." (SFI 2011: 14) En endnu større effekt ses i kombination af medicin og adfærdsregulerende behandling, som vel at mærke også indbefatter barnets forældre og deres ageren i relation til barnet. Endvidere ses, at børn med ADHD i mild grad nogen gange kan hjælpes udelukkende ved hjælp af psykosociale tiltag. (Ibid.: 10)

Der er således forskningsmæssige bud på at medicinen er virkningsfuld og effektiv. Samtidig ses en tendens til at overbehandle med psykofarmaka. Den praktiserende læge og tidligere formand for de praktiserende læger Henrik Dibbern udtaler i Information: "Vi overbehandler i så høj grad, at der ikke er nogen som helst fare for underbehandling. Behandlingen med antidepressiv medicin har sin berettigelse, men generelt er vi alt for ivrige efter at behandle med medicin." (Dibbern i Information 2013: 7).

Der er med andre ord mange indikationer på, at behandling med psykofarmaka er den foretrukne løsning, også hvor der muligvis var andre muligheder.

Diagnosen, med sin forankring i det biologiske, kan bevirke, at "På visse måder kan psykiske sygdomme uden tvivl, når de først er blevet lokaliseret inde i hjernen, somme tider, og på en eller anden måde, undslippe galskabens stigma og simpelthen blive en sygdom som alle andre" (Rose 2009: 275-276).

Jævnfør en Foucault-optik, hvor galskabens indespærring sammen med tyve, mordere, fattigfolk og andre amoralske mennesker, har haft en betydning for synet på de gales moralske og sociale opførsel, som kan være svær at slippe af med. Med neurovidenskaben åbnes der for at kunne slippe af med galskabens stigma.

Med psykiatriske sygdomme, som fx ADHD, hvor det endnu ikke præcist kan fastslås, om det er en arveligt betinget sygdom, ses det især fra forældrene til disse børn og unge, som en kamp for at få fjernet enhver tvivl om at adfærden skyldes opdragelse og/eller andre sociale forhold (ibid.: 276-277).

Forældrenes kamp om at definere psykisk sygdom i en neuromedicinsk og genetisk forståelse, kan ses som en kamp om anerkendelse og undgåelse af et ekskluderende stempel.

Kampen kan også komme til at fremstå som en ansvarsfritagelse, idet fokus lægges på barnet/den unge selv og ikke på fx samspillet i familien. Barnet/den unge bliver problembærer, og årsagen til problemet fratages både forældrene og barnet/den unge selv, fordi; "hvem kan være skyld i at de hjernekemiske forbindelser ikke fungerer optimalt"? Diagnosen bliver forklaringsmodellen i sig selv.

Ligeledes kan diagnoserne i institutionel sammenhæng fremstå som en slags ansvarsfritagelse. Diagnosen kan blive forklaringen på, hvorfor det pædagogisk

ikke lykkes, frem for at forklaringen kunne søges i den fagprofessionelles manglende kompetencer og evner (Langager 2011: 19). Institution skal her forstås meget bredt, og kan fx også omhandle skolevæsen, børneinstitutioner og altså også kontaktpersonordninger og andre socialpædagogiske tilbud.

Set i forhold til den gruppe unge som visiteres til kontaktpersonen, er det svært at se hvilke problematikker, der har en tilsyneladende neuro-kemisk årsag, hvis vi accepterer det præmis, og hvilke der skyldes de forhold, de kommer fra der hjemme. Dog er der en tendens til, at visse problematikker og dysfunktioner i familien oftere er repræsenteret end andre. Fx er der ofte tale om unge, der kommer fra familier, der er socialt dårlig fungerende pga. misbrug, arbejdsløshed, kronisk sygdom, psykisk sygdom, psykisk og fysik omsorgssvigt (Henriksen K.G. et al 2011: 33).

I kraft af familiens sociale problemer vil de have større risiko for at blive ekskluderet fra samfundet. Med diagnosen og behandlingen kan de gå fra at have et barn med en problematisk adfærd, til at have et barn med en psykiatrisk diagnose, der gennem behandlingen kan nærme sig en normalisering, og derved blive inkluderet i samfundet (igen). Familien og den unge mødes af en større samfundsmæssig anerkendelse - en anerkendelse som, ifølge Honneth er essentiel for mennesket positive udvikling.

Det kunne også være, at problematikken skulle håndteres på en anden måde end gennem en diagnosestillelse. Man kunne i stedet støtte de familier de unge udsatte lever i, og på den måde forhindre at symptomer, der senere kan føre til en diagnose, overhovedet udvikles. Hvis den unge har disse symptomer, kan det måske opfattes som "adaptiv respons" på de kaotiske, hjemlige forhold og ikke som symptomer, der sygeliggøres og diagnostiseres (Brinkmann 2012: 20). Adaptiv respons skal her forstås som forventelig reaktion på dysfunktionelle familieforhold, hvilket kan illustreres ved følgende citat fra en ung pige i en svensk hjælpelinje: "Årsagen til hele min psykiske sygdom begyndte, da jeg var lille, meget lille. Det har egentlig intet med mig at gøre, men der var nogle problemer i familien. Jeg var helt enkelt lille og bange, og det er fortsat årene igennem" (Nordens Velfærd 2012: 38).

Er en psykiatrisk diagnose stationær – skal man lære at leve med den? Er der mulighed for at komme af med diagnosen, og er det ikke nødvendigvis en livstidsdom? På sundhedsstyrelsens hjemmeside kan der, under retningslinjer for børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed læses: "Det er også muligt, at en diagnose på et senere tidspunkt afløses af en anden diagnose – eller at patienten ikke længere opfylder kriterierne for nogen psykiatrisk diagnose overhovedet."

(Sundhedsstyrelsen 2001). Ligesom det kan læses i Hertz artikel i Psykolog NYT, at: "Selv diagnosen skizofreni kan man "vokse" sig fra." (Hertz 2004:1) Man kan ud af citaterne læse, at der er en mulighed for at vokse sig fra en diagnose, men der bliver ikke anvendt begrebet "rask" eller "normal" i sammenhængen. Hvorfor? Betyder det, at individet fortsat vil have nogle problematikker, der peger i retning af noget afvigende, ligger rask implicit i de brugte vendinger, eller ligger der trods alt en implicit forståelse af, at har man en gang fået en diagnose, kommer man aldrig rigtig af med den igen.

Sammenfatning

Rose viser hvordan neuromedicinske tilgange dominerer psy-videnskabernes måder at styre subjektet på. De negative symptomer kan dæmpes med medicin, så det "sande selv" kan bryde frem.

Kargo beskriver, hvordan medicin kan opleves som en hjælp for den unge og socialpædagogen, i og med en uro dæmpes og koncentrationen derved skærpes.

Denne nye, dominerende viden forsøger at fremstå som en objektiv og sand måde at forstå mennesket og dets problematikker på. Endvidere betyder det, at, når psykisk sygdom forankres i det biologiske, kan der ikke længere på samme måde moraliseres i forhold til forældrene og den unges mulige moralske brister. Man kan gå fra at have et barn med adfærdsproblemer til at have et sygt barn, som man ikke selv kan drages til ansvar for er endt i den tilstand.

Der stilles spørgsmålstegn ved, om der kan være tale om, at det ikke skal forstås som sygdom i sindet, men i virkeligheden er en adaptiv respons på kaotiske familieforhold; familieforhold som de udsatte unge ofte kommer fra.

Endelig er en diagnose kun gældende, så længe kriterierne kan opfyldes, og det er muligt, at diagnosen over tid ændrer sig og opfylder kriterierne til en anden diagnose.

De 3 teoretiske tilgange (parametre) vi netop har været igennem, vil i analysen blive kombineret med den producerede viden fra interviewene. Men først skal vi se nærmere på selve metoden for interviewene.

Interviewmetodik

Inden vi vender tilbage til parametrene og interviewene (empirien), skal vi rundt om selve interviewmetodikken og hvilke overvejelser, der er gjort i den forbindelse bl.a. omkring interviewguiden og analysen. Umiddelbart efter dette afsnit beskrives diskursanalysen.

Interviews

Der er gennemført 6 interviews, og der er tilstræbt en vis geografisk spredning i udvælgelsen: To fra en større provinsby, to fra hovedstaden og to fra en forstad til København. Opgavens omfang er for lille til at være 100% repræsentativ, men valget åbner dog for en større variation i svarene, end hvis alle 6 var fra samme arbejdsplads eller kommune, hvor det formodes, at en bestemt arbejdskultur ville gennemsyre måden at forholde sig til de unge med psykiatriske diagnoser.

Kontaktpersonerne er, som tidligere nævnt, bl.a. valgt ud fra at de alle til dagligt er i et team med andre kontaktpersoner, da de derfor alle har mulighed for kontinuerlig faglig sparring med kollegaer. De har alle lokaler til rådighed, hvilket betyder, at al aktivitet med de unge ikke nødvendigvis skal foregå i det offentlige rum og/eller i de unges hjem. Disse rammer har en betydning for kontaktpersonernes arbejdsgrundlag, kontra kontaktpersoner der arbejder alene uden mulighed for kontinuerlig faglig sparring.

Der er en kønsmæssigt ligelig fordeling (3 mænd & 3 kvinder). Om det reelt har en betydning, er svært at sige. De interviewede er i alderen 33 år til 48 år.

Af etiske grunde er de interviewede anonymiseret, hvilket de informeres om i indledningen til interviewet. Fordelen kan være, at den interviewede måske er mere ærlig i sine svar, omvendt kan der i den kontekstuelle fortællingsdel opstå konkrete historier, der er interessante for det konkrete svar, men grundet bevarelsen af personens integritet, må disse svar sløres yderligere i transskriptionen.

Interviewguide

For at bevare overblikket i interviewet samt at få belyst de ønskede emner, udarbejdes der en interviewguide (Kvale 2009: 151).

Efter en kort introduktion af interviewets formål, indledes med spørgsmål om hvad den interviewede arbejder med. Det er et konkret spørgsmål, som dels har til formål at konkretisere, hvilken kontekst vi befinder os i, dels ud fra tanken om, at det er et spørgsmål, som den interviewede føler sig hjemme i, og derfor kan fungere som en god ice-breaker.

Åbningsspørgsmålene (se bilag 1) lægger op til muligheden for, at den interviewede kan komme med mere spontane fortællinger, som interviewerens undervejs kan spørge ind til. Dette betyder, at interviewguiden ikke nødvendigvis

følges slavisk, da åbningsspørgsmålene rummer mulighed for at uddybe temaer undervejs som informanten tillægger større betydning end andre, og den interviewede i åbningsspørgsmålene kan besvare nogle af de efterfølgende temaer i guiden.

Analysen

Diskursanalysen som er valgt som metode bygger på et socialkonstruktivistisk grundlag, og mening og betydning af det sociale er derfor en konstruktion, og den samlede producerede interview-viden skal derfor også ses i dette perspektiv. Den frembragte viden er en social konstruktion som også interviewerens er en aktiv del af.

Den der ser og analyserer, gør det ikke ud fra en objektiv synsvinkel, da det er en "[...]socialkonstruktivistisk præmis, at det er et vilkår for al viden, at den er én repræsentation af verden blandt andre mulige repræsentationer." (Jørgensen og Phillips 1999: 32)

Ud fra dette syn kan forskernes andel i den producerede viden gå fra at være et forbehold til at være en uomgængelig præmis. Dermed ikke sagt at man ikke bør være sig sine egne holdninger og meninger bevidst, så man kan medtænke, hvordan ens egen diskursive påvirkning kan få en betydning for interviewet og analysen.

At undersøge et felt i en diskursanalytisk tilgang kan være svært, hvis diskurserne er en del af ens eget arbejdsfelt. Diskurserne kan fremstå logiske og selvfølgelige og derfor svære at være kritiske overfor. Det tilrådes derfor, at man forsøger at '*fremmedgøre*' sig fra det undersøgte område, så man netop kan få øje på, hvordan noget fremkommer som det rigtige, og andet ikke gør det. (Ibid.: 1999: 31-32)

Diskursanalysen (diskursteori)

Dette afsnit vil beskrive diskursteorien, som er valgt som ramme om og inspiration til selve diskursanalysen, som foretages af interviewene og sammenholdes med de 3 parametre.

Problemformuleringen indledes med et "hvordan", og hensigten med at anvende diskursanalysen på interviewmaterialet er derfor at se, hvordan informanterne tillægger mening og betydning i forholdet til den udsatte unge med psykisk diagnose.

Analysens formål er ikke at tage stilling til, hvorvidt det der bliver sagt, er en 'rigtig' eller 'forkert' måde at forholde sig til de udsatte unge på, men at se på hvad der rent faktisk bliver sagt, og hvilke sociale konsekvenser disse opfattelser kan få.

Laclau & Mouffe arbejder ud fra en dekonstruktion af dele af marxismen, hvilket betyder, at de gør op med forståelsen af samfundet som klasseinddelt. De ser ikke samfundet som en objektiv totalitet, men derimod at alt foregår i diskursive processer, også den måde vi forstår samfundet. Disse tilskrivninger i form af artikuleringer skal i bred forstand forstås som politiske processer, idet de reproducerer eller udfordrer de herskende samfundsdiskurser. (Jørgensen & Philips 1999: 44-47).

Ernesto Laclau & Chantal Mouffes diskursteori giver redskaber til at forstå, hvordan betydning i det sociale konstrueres. "Diskursteorien tilbyder begreber til analyse af, hvordan individet i kraft af sproget forstår og skaber virkeligheden og sig selv og samtidig, hvordan den selvsamme virkelighed skaber og former individet (Laclau 1990)" (Hansen 2011:79).

Menneskets måde at tale på er således ikke neutral, men under stadig indflydelse af forskellige diskurser. Laclau og Mouffe antager at alle sociale praksisser er diskursive: "Vor analyse afviser distinktionen mellem diskursiv og ikke-diskursiv praksis. Den påstår; a) at ethvert objekt konstitueres som et diskursivt objekt, eftersom intet objekt gives uden for diskursiv betingelse for fremkomst; b) at enhver skelen mellem, hvad der normalt kaldes sproglige og adfærdsmæssige aspekter af en social praksis, enten er en ukorrekt skelnen eller burde placeres som differentiering inden for den sociale meningsproduktion." (Laclau & Mouffe 2011:54).

Som tidligere nævnt i metodeafsnittet, skal det ikke forstås sådan, at Laclau og Mouffe benægter fænomeners fysiske eksistens, men at den måde som de eksisterende fænomeners væren tillægges forståelse og mening på, kun lader sig gøre inden for diskurserne.

Det bliver derfor interessant at se på måden, hvorpå fænomener tillægges mening i diskursen, hvordan udlæggelser i forståelsen af verden synes sande og rigtige, og heraf hvilke positioner der blive gjort mulige og andre umulige.

At foretage en diskursanalyse er grundlæggende en kritisk forskning, idet den afdækker magtrelationer - og derved peger på mulighed for social forandring. "Diskursanalytikernes opgave er at følge med i kampene om at etablere entydighed i det sociale på alle niveauer" (Jørgensen & Phillips 1999: 34).

Analysen skal afdække den diskursive kamp, hvor der foregår en konstant forhandling om at fastlåse betydningen af et socialt fænomen.

"[...] diskursanalysens formål, er at *kortlægge de processer, hvor vi kæmper om, hvordan tegnenes betydning skal fastlægges*, og hvor nogle betydningsfikseringer bliver så konventionaliserede, at vi opfatter dem som naturlige" (Ibid.: 36).

Laclau & Mouffe mener således, at en kortlægning af sproget kan vise hvilke diskurser der trækkes på, hvilke der dominerer, hvilke der er undertrykt, hvilke der optager dele af hinandens udlægning af virkeligheden, og hvilke der konstrueres som selvfølgeligheder og derfor betragtes som objektive facts. Det bliver altså muligt at se hvilke betydninger, der reproduceres, og hvilke der udfordres.

Analysens mindste dele

Laclau & Mouffes diskursteori repræsenterer ikke en fuldstændig skræddersyet analysemodel, men den tilbyder analyseværktøjer der kan anvendes i den konkrete tekstanalyse. De beskriver bla. nedenstående begreber, der dog ikke følges slavisk, ej heller fremstår fragmenteret i selve analysen, men som sagt anvendes som "mellemløbet" i den samlede analyse og afkodning af informanternes virkelighedsopfattelse.

Artikulation er en kontingent proces, hvor man forsøger at etablere relation mellem elementerne, således at de bliver fikseret i deres betydning på en bestemt måde. "Diskursen stræber imod at fjerne alle flertydigheder ved at gøre elementerne til momenter gennem en lukning" (Jørgensen & Phillips 1999: 39).

Diskurs "Den strukturerede totalitet, som resulterer af denne artikulatoriske praksis, vil vi kalde for *diskurs*." (Laclau & Mouffe 2011: 52). De tegn der optræder tillægges en betydning som er fikseret i en struktureret relation i forhold til hinanden (sammenhæng).

Momenter: "De differentielle positioner vil vi – i den udstrækning de optræder som artikulerede inden for en diskurs – kalde for *momenter*." (Laclau & Mouffe

2011:52). Det er enkelte begreber, der er forskellige men knytter an til samme tema (diskurs).

Elementer: "I modsætning hertil vil vi kalde enhver forskel, som ikke er diskursivt artikuleret, for *element*." (Laclau & Mouffe 2011: 52). Det er et tegn, der endnu ikke er fikseret i sin endelige indholds betydning. "Overgangen fra 'elementerne' til 'momenterne' er aldrig fuldstændigt gennemført. Derfor fremkommer et ingenmandsland, som gør artikulatork praksis mulig" (Ibid.: 60). Elementet er således åbnet for flere tydinge, da det ikke har fået sin endelige tyding.

Flydende betegnere er begreber der er "[...] særlige åbne for forskellige betydningstilskrivning.[...] er de tegn, som forskellige diskurser kæmper om at indholdsudfylde på netop deres måde" (Jørgensen og Phillips 1999: 39).

Knudepunkter: "Enhver diskurs er konstitueret som et forsøg på at dominere diskursivitetsfeltet, på at standse forskellens flyden, på at konstituere et centrum. Vi kalder de privilegerede punkter for denne partielle fiksering for *knudepunkter*." (Laclau & Mouffe 2011: 62). Knudepunktet også kaldet nodalpunktet er det tegn i diskursen, som momenterne lægger sig op ad. Det samler momenterne i en bestemt betydning og udelukker derved andre betydninger.

I forhold til elementer, momenter, nodalpunkter og flydende betegnere er det med at holde tungen lige i munden. Alle begreber kan være elementer, som alt afhængig af deres relation i forhold til hinanden, jævnfør diskurs, kan få en mere fast betydningsstilskrivelse i form af moment eller nodalpunkt. Samtidigt skal fx et nodalpunkt også forstås som at have en fortid som flydende betegner. Det er først i relationen til de andre tegn og måden de lægger sig i forlængelse af tegnet, at det opnår sin status som nodalpunkt.

Alt er midlertidigt fikseret og foranderligt, hvilket Laclau & Mouffe synliggør i forklaringen af det diskursive felt.

Diskursive felt: "Vi har refereret til 'diskurs' som et system af differentielle positioner - dvs. som momenter. [...] et sådan system kun eksisterer som delvis begrænsninger af et 'overskud af mening' som undergraver det. Eftersom det er indeholdt i enhver diskursiv situation, er dette 'overskud' det nødvendige terræn for konstitueringen af enhver social praksis. Vi kalder det for *feltet af diskursivitet*." (Laclau & Mouffe 2011: 61). 'Overskud af mening' åbner således for, at der ikke kan foregå en fuldstændig total lukning, og det derved er muligt at udfordre fikseringen i det diskursive felt og skabe andre forståelser af omverden.

Hegemoni og antagorisme

Antagonisme skal i diskursteoretiske begrebssammenhænge anvendes der, hvor der optræder konflikt mellem de modsatrettede diskurser - der hvor de prøver at udelukke hinanden. Her er der mulighed for en hegemonisk intervention. (Jørgensen & Phillips 1999: 60-61). "De to betingelser for en hegemonisk artikulation er altså både tilstedeværelsen af antagoriske kræfter, og at de grænser, der adskiller dem, er ustabile. Kun tilstedeværelsen af et stort område af flydende betegnere og muligheden for, at de kan artikuleres til modsatte linje – hvilket implicerer en konstant redefinering af disse – konstituere det felt som tillader os at definere en praksis som hegemonisk." (Laclau & Mouffe 2011:90)

Processen i den hegemoniske intervention udmønter sig i en ny diskurs, den ophæver så og sige konflikten mellem de modsatrettede diskurser ved at definere en ny diskurs.

Den kritisk diskursive tilgang får den betydning, at analysen vil indeholde et vist tekstanalytisk niveau, om end det naturligvis ikke er opgavens direkte formål. Men det der udtales i interviewene, er i dette projekt de spor, vi har at holde os til i vores søgen efter betydning og mening.

Laclau og Mouffes skematiske anvendelse af begreber som nodalpunkter, artikulationer, flydende betegnere, momenter, elementer, anvendes som sagt ikke stringent, men er alligevel den teoretiske tilgang den tekstlige analyse underkastes. Hegemoniske processer og diskursive lukninger er begreber, der i højere grad lægges vægt på. Men den konkrete udpegning af den type, kan ikke ske uden en indledende forståelse af det lingvistiske niveau – derfor gennemgangen af Laclaus og Mouffes begrebsapparatet.

Således udstyret med en tekstanalytisk værktøjskasse, er vi nået frem til selve analysen af de 6 interviews sammenholdt med teorien i de 3 parametre – og med udgangspunkt i det historiske afsnit. Analyseafsnittet skal forsøge at frembringe viden om, hvordan kontaktpersoner tillægger fænomener mening, og hvilke betydninger disse forståelser af virkeligheden får eller kan få for den professionelles syn og ageren i forhold til udsatte unge, der får stillet en diagnose.

Interviewanalysen

Indledningsvis ser vi på de overordnede fællestræk i de seks interviews. Herefter fortsætter analysen af interviewene med udgangspunkt i de 3 parametre.

Den generelle stigning i antallet af diagnoser i samfundet stemmer overens med de seks interviewedes almindelige opfattelse. De viser samstemmende, at de inden for de sidst 5 til 10 år har oplevet en ændring i visiteringen i gruppen af de udsatte unge. Som en af dem siger:

"Historikken siger helt klart, at der er kommet flere diagnoser, det tror jeg alle er enige om. ADHD er jo nok den vi støder på mest, som alle andre socialarbejder. Øh det virker som om den er blevet brugt rigtig rigtig meget. Jeg synes også jeg ser flere asperger, men det kan godt være, at det bare er... har været et sammentræk i forhold til dem, jeg har fået." (I.1.: 1)

I interviewene refereres der oftest til ADHD skarpt forfulgt af asperger. Derudover optræder diagnoser som ADD, tourette, OCD, social angst, depression, personlighedsforstyrrelse, borderline og skizofreni.

En diagnose fx ADHD opleves at være mere eller mindre indgribende i de unges liv, hvilket passer fint med det nye DMS 5 diagnosemanual, hvor der netop er indført grader af en diagnose. Endvidere gives der generelt udtryk for, at nogle diagnoser opleves mere invaliderende end andre. Her nævnes fx skizofreni. Generelt kan det siges, at diagnoser opleves at være en medvirkende faktor til, at det bliver lettere at få allokateret forskellige hjælpeforanstaltninger i forhold til udsatte unge, der ikke har en diagnose, hvilket følgende citat i eksemplificerer helt præcis:

"Men generelt er det da med til, hvis man har en diagnose, at kommunen ser velvilligt på nogle bevillinger eller støttebehov."(I.3: 35)

De unge selv og forældrene har en fornemmelse af at diagnoser udløser privileger. En kontaktperson refererer til en oplevelse med en ung, hvor dennes forældre siger:

"[...] hvor er den der ADHD paragraf oppe i kommunen?" (I.3: 35)

Derudover opleves også en forskel på, hvorvidt den unge er over eller under 18 år, da netop alderen har betydning for hvilken lovgivning, der skal bringes i spil.

"Der er noget mere tilrettelagt skolegang, der er noget mere omsorg og hensynstagen til at de har nogle problemstillinger som du og jeg måske ikke har. Så vi kan gøre nogle andre ting når de er under 18, både rent skolemæssigt men også mere socialt, altså der er ligesom helheds tænkning frem til når de bliver 18, så bliver det delt op i: nå hvis du har arbejdsmæssige problemer så er det der, hvis du har handicap problemer så er det der. Det bliver så fragmenteret. Det bliver svært at holde hoved og hale i, jamen arbejder vi egentlig i den rigtige vej, altså fælles vej?" (I.2: 24)

Ovenstående citat er et tydeligt eksempel på, at der fra samfundets side er helt andre måder at håndtere myndige på. Der ligger en langt større forventning om at individet, uanset problematikkerne (som måske er de samme da den unge var under 18 år), skal kunne navigere og klare sig selv med mindre støtte og forståelse fra samfundets side. Det bliver i højere grad den unges eget ansvar at få livet til at fungere. Således bliver individualiseringstendensen mere udtalt, når man er fyldt 18 år.

Samlet set giver de interviewede udtryk for, at viden om diagnoser og psykiatriområdet er vigtigt for arbejdet med de udsatte unge, som har diagnoser. Ingen af dem har fået tilstrækkelig viden på seminaret. De har hovedsagelig fået deres viden gennem praktisk erfaring og løbende kurser ofte afholdt af psykiatere og psykologer.

"Det er sgu i hvert fald ikke min uddannelse, jeg er uddannet pædagog" (I.2: 22)

Og en anden siger:

"Altså jeg er ikke alene på grund af uddannelsen som pædagog klædt nok på [...], men jeg har haft en del kurser, særlig omkring ADHD, og sådan nogle ting, som gør, at jeg er klædt godt på til opgaven" (I.4: 51).

Der er en generel accept af, at diagnoser eksisterer, og der er således ingen af de seks interviewede, der stiller spørgsmålstegn ved diagnosers eksistens. Årsagen hertil kan naturligvis være, at spørgsmålene i interviewene er stillet ud fra det faktum, at de rent faktisk allerede eksisterer, og dette faktum har måske ikke givet anledning til at forestille sig en virkelighed uden.

Parameter 1: Individualiseringstendenser

Som beskrevet i afsnittet om individualiseringstendensen ses en ændring i velfærdsprofessionernes rolle. Ekspertrollen nedtones, og facilitatorrollen bliver den fremherskende.

I den følgende udtalelse fremgår det, hvordan kontaktpersonen oplever sin opgave, som, at coache den unge til at udvikle sig i retning af en mere realistisk virkelighedsopfatte, og at normalitet ikke nødvendigvis er det samme som "lykke". Set gennem kontaktpersonens 'briller' er denne virkelighedsopfattelse mere brugbar for den unge.

"Jamen de skal udvikle sig hen til at kunne stå på egne ben, og det der med at forstå at livet er op og ned, og livet er ikke altid den der dans på roser, og de har mange gange et urealistisk billede af, at vi vil [...] være normale, og så tror de, at når man er normal så er det hele godt. Så er det vi må sige nej, det er ligeså røv sygt, og det er lige så pisse frustrerende nogen gange. Alle har det sådan, det er det der med at give dem et virkelighedsbillede, som jeg synes i hvert fald er lidt realistisk på, hvad et liv er. At de selv skal skabe det, og tiden arbejder for jer [...] Det er egentlig ikke mig, der rykker på jer, det er jer selv der rykke på jer. Hele tiden italesætte det. Hele tiden prøve at få dem selv på banen, og det kan være pisse irriterende for dem i starten, men altså det insisterer jeg på." (I.1: 12)

I citatet bliver begrebet "normal" accepteret, som noget der findes - implicit med den forståelse, at der også eksisterer noget unormalt. Afgrænsningen bliver ikke ekspliciteret, men der hentydes til det skel lægevidenskaben har sat mellem det sunde og det patologiske.

Endvidere accepterer kontaktpersonen, at det er den unge selv, der må tage ansvaret og udelukker også muligheden for, at tingene kunne forstås på en anden måde. Der registreres en diskursiv lukning fra kontaktpersonens side, som passer fint til den tidligere omtalte individualiseringstendens.

Således bliver målet med den unge, at han/hun selv tager ansvaret, også for de kedelige og frustrerende ting, som livet byder. Men gennem opmuntring og motivering optræder kontaktpersonen som facilitator for en selvudvikling. Den unge subjektiveres både af samfundet (bl.a. repræsenteret af kontaktpersonen) og sig selv til at blive en ansvarlig medborger, der kan indgå i samfundet på samfundets præmisser.

Psykoedukation indskrives sig i den liberale velfærdsdiskurs. Psykoedukation er et værktøj, der benyttes i den unges uddannelse i egen sygdom. Psykoedukation kan i Foucault-perspektiv ses som en viden, der tillægges magt, idet den

forklarer, hvordan den unge skal forstå sin diagnose, og hvordan denne viden kan medvirke til udarbejdelsen af strategier, der muliggør, at den unge kan tilnærme sig en normalitet.

"Fx hvis du har en personlighedsforstyrrelse, så kan du lære og navigere ud fra nogen, altså kognitive redskaber i forhold til behovsudsættelse, og hvad er det der sker i en social relation og sådan noget, som de faktisk ikke kan kode som vi andre kan. Så kan du blive udannet ikk' i gåseøjne, sådan at du bedre kan begå dig i verden, eller hvis de har en depression, jamen hvad gør det ved et menneske at have en depression, og hvad kan du selv gøre og sådan noget."
(I.6: 58)

Vi kan observere en klassisk subjektpositionering udtrykt i vi/de-sondringen: "som de faktisk ikke kan kode som vi andre kan". Der er altså tale om en adskillelse mellem "vi" og "de", altså at der er noget (*de*), der afviger – i denne sammenhæng som noget patologisk. Kontaktpersonen ser psykoedukationen, som en mulighed for, at den unge kan kompensere for og handle på sin adfærd og derved tilnærme sig en normalitet. Man taler om en art undervisning i, hvordan den unge kan agere og forholde sig til sin sygdom på en, set med samfundets øjne, fornuftig måde. Det bliver individets eget ansvar med den erhvervede viden at løse problematikken. Det er med andre ord ikke samfundet, der skal tilpasse sig individet, men omvendt.

En modsætning til individualiseringstendens ses i følgende citat, hvor mennesket beskrives som et socialt væsen, og bør ses i relation til andre i modsætning til at fokusere på individniveauet.

"Rigtig meget med matchning og kemi og gøre. Altså i bund og grund alle mennesker uanset hvor højt professionelt udannet du er, og hele tiden hvor meget du prøver at bevare din faglighed, så er du et menneske, og et menneske er et socialt væsen, og ubevidst køre du ned og mærker efter her om det er noget du kan lide hos en ung og omvendt hos en voksen. Sådan er vi. Det kan du selvfølgelig være bevidst om, men det foregår på en masse ubevidste planer, selvfølgelig".(I.1: 8)

Så uanset hvor professionel kontaktpersonen forsøger at agere i relation til den unge, er det ikke professionelt, når det drejer sig om kemi, og det der foregår på ubevidste planer. Der fornemmes en splittelse i kontaktpersonen, når han/hun gerne vil udvise en professionel tilgang, men samtidig anerkender, at menneskelige egenskaber er lige så betydningsfulde. Dette ekspliciterer kravet om

kontaktpersonens konstante kritiske selvrefleksion, som igen er en del af den individualiseringstendens, som kontaktpersonen også ligger under for.

I artikulationen forsøges en diskursiv lukning "sådan er vi". Flertydigheden af forståelsen af mennesket forsøges derved fjernet, og det synes rigtigt og naturligt at forstå mennesket som et socialt væsen.

Vægtningen af "kemi" i relationsdannelsen, passer fint med de forventninger, der beskrives i serviceloven vedrørende kontaktpersonsforanstaltning. Det er en velfærdprofession, hvor der implicit ligger en forventning om et følelsesmæssigt engagement.

Denne følelsesmæssige involvering kan i Foucault optik, ses som en strategi i den pastorale magtudøvelse.

Kontaktpersonen skal skabe et tillidsfuldt rum, så den unge kan komme med sine bekendelser. I det næste citat, ser vi at en ung "indrømmer", ikke at have taget sin medicin. Kontaktpersonen og den unge får en samtale om, hvad årsagen til dette kan være, og hvordan det påvirker den unge. Via sine egne udsagn, bliver den unge yderligere bevidstgjort om eget ansvar, og hvilke konsekvenser handlingen kan indebære. Samtalen kan med den forståelse, opfattes som en støtte af den unges selvledelse.

"Vi var i biografen, og så siger han; ah jeg kan sgu mærke jeg ikke har taget min medicin, og så tænker jeg, nå men det er der tilliden er der, fordi det er det han har brug for, at sige til mig. Så siger jeg: jamen hvordan har du det? Ah, det køre lidt inde i hovedet på mig, sige han så. Så siger jeg: jamen det kan jeg godt forstå, og så spørger jeg bare pænt om: hvordan kan det være du ikke tog medicin? Ah, men jeg ved det ikke, det gik lidt for hurtigt i morges og sådan nogen ting... Så det er på den måde, man ligesom bruger det på i mit arbejde, eller den måde jeg arbejder på. Så får vi en samtale ud af det ikk'" (1.6: 72)

Sammenfatning

Kontaktpersonen indskriver sig i individualiseringsdiskursen ved at indtage en facilitatorrolle, som opmuntrer og motiverer den unge i en selvudvikling, som ligger indenfor de samfundsbestemte rammer.

Psykoedukation er en metode til at den unge, gennem tilegnelse af viden om sin sygdom, kan opbygge taktikker og strategier, for på den måde at agere på en mere samfundsmæssig acceptabel måde i sin relation til andre mennesker. Igen ses denne individualiseringstendens, hvor ansvaret for en løsning på et givent problem lægges på individet.

Kontaktpersonen ligger også under for denne tendens. Der ligger i beskrivelsen af jobbet en forventning til kontaktpersonen om at opnå den unges tillid bl.a. baseret på et følelsesmæssigt engagement. Her befinder vi os på det rent personlige, relationelle plan. Hvis dette trods ihærdig selvrefleksion ikke lykkes, er det svært ikke at tillægge kontaktpersonens personlighed mangler i modsætning til fag-professionelle kompetencer.

Kontaktpersonarbejdet bygger som sagt på at skabe en tillidsfuld relation, så den unge kan komme med sine 'bekendelser', og herigennem give kontaktpersonen mulighed for at guide den unge i hans/hendes selvledelse.

Samlet set er der i de seks interviews ingen, der lægger op til at vende tingene "ud ad", fx at fritage den unge for 'skyld'. Der kan være flere årsager her til. Et bud kan være de konkrete spørgsmål i interviewene. Der er i realiteten ikke spørgsmål, der lægger op til en debat om samfundets ansvar. Men grundpræmissen for dette projekt har hele tiden været, at anvendelse af diagnoserne er en realitet, hvorfor problemformuleringen handler om, hvordan kontaktpersonen så opererer i dette felt – ikke om de reelt har lyst til dette, eller om der eventuelt var andre måder at organisere det socialpædagogiske arbejde? Et andet bud kan være, at også kontaktpersonerne har svært ved at se (selv)kritisk på hele behandlingssystemet, i og med de selv er en integreret del af det. Som Rasmus Willig påpeger med sin kritik af individualiserings-tendensen, der efter hans mening har spredt sig til alle samfundslag. Selvom muligheden for kritik foreligger, viser det sig, at muligheden for oprør sjældent gribes.

Parameter 2: Relationelle/humanistiske & klinisk/medicinske paradigme

I dette parameter analyseres, hvordan kontaktpersonen i sin tilgang til og forståelse af den unge, trækker på den relationelle/humanistiske diskurs og den neuro-medicinske diskurs, som indskriver sig som en mere pragmatisk del af det kliniske/medicinske paradigme.

Følgende citat viser hvordan kontaktpersonen reflekterer sig frem til, hvordan viden om diagnoser kan være brugbare i arbejdet.

På den ene side opfatter kontaktpersonen diagnosen som en unødvendig kategorisering i arbejdet med den unge, hvor diagnosen tillægges mening med elementer som; den er en "mærkelig måde at beskrive folk på" eller "uheldig/heldig" - altså, om du passer ind i kategorien; "ikke helt en ADHD alligevel", "stigmatiserende, negativt selvopfattelse". På den anden side synes informanten at se et formål med diagnosen, fordi det kan gøre arbejdsgange og kommunikation mere effektiv.

"Så du kunne godt arbejde med de unge uden at have en diagnose eller?

Ja det kunne jeg sagtens, det gjorde man jo også for 20 år siden, arbejdede man fint med unge uden - der var alle mulige diagnoser.[...] Men det er jo bare i virkeligheden en mærkelig måde at beskrive folk på ikk'? Altså at putte en diagnose på dem, det er jo bare et udtryk eller en overskrift på hvordan de reagerer, og hvordan de har det, og hvordan deres symptomer om man vil det, det har vi jo alle sammen [...]. Jeg synes det der med diagnoser det er noget svært noget, på den side kan jeg godt lide dem på den anden side så kan jeg ikke lide dem, jeg kan ikke bestemme mig for det kan jeg mærke [...] mit arbejde går hurtigere hvis jeg, og når jeg siger det tænker jeg, nej hvor er du irriterende at du siger det, altså det irriterer mig at det er sådan, men det er det, mit arbejde går hurtigere hvis jeg kan læse en øh § 50 og der står at den unge er.... Diagnosticeret... [...] jeg synes det er stigmatiserende, og jeg synes det er, [...] at fastholde den unge i en negativ selvopfattelse [...], og derfor bruger jeg det heller ikke specielt meget, altså vi snakker ikke specielt meget om det [...] Det irriterer mig, at jeg ... eller jeg kunne være bekymret for, at jeg er med til at fastholde den unge i et negativt selvbillede [...] ved at tænke ok hvis jeg ved på forhånd hvad det, når de ligesom er diagnosticeret, så er det nemmere for mig. Det synes jeg samtidigt er sådan lidt problematisk... ja det er nok det, jeg lander på. Det er mit bedste svar." (I.2: 25 -26).

Accepten af det neuromedicinske paradigme udtrykt i diagnosen bliver modstræbende accepteret. Der fornemmes en indbygget antagonisme og en flydende betegner, der viser en ikke 100% afklaring illustreret i dette citat: *'på den ene side kan jeg godt lide dem [diagnoser] på den anden side så kan jeg ikke lide dem, jeg kan ikke bestemme mig for det kan jeg mærke.'*

Samlet set illustrerer citatet, hvordan to herskende diskurser kæmper om at lukke diskursen. Den modstræbende stillingtagen til diagnoserne og den betydning de kan få, overfor den traditionelle relationelle tilgang, bliver på sin vis en modsætning, jf. Langager, mellem den 'onde' stigmatiserende kliniske/medicinske diskurs kontra den humanistiske/relationelle 'gode' diskurs.

Denne distinktion opretholdes ikke, da kontaktpersonen reflekterer sig frem til, at diagnosen og dens adfærdsbeskrivelser er brugbare for en del af den viden, kontaktpersonen anvender i sin ageren i relationsdannelsen med den unge. Det bliver således begge diskurser, som kontaktpersonen trækker på i sin forståelse af arbejdet med den unge.

Det fremgår tydeligt i interviewene, at begge diskurser anvendes. Nogen gange fremstår de, som om kontaktpersonen ikke er 100 % afklaret i sin måde at tillægge diagnoserne betydning. Dette citat er et godt eksempel på dette:

"Ja. Du har en ung om han /hun så får stillet en eller har en diagnose, har det en betydning for dit arbejde?

Jeg ved ikke om det har nogen betydning for mit arbejde, at de har eller får stillet en diagnose... jeg er obs. på hvad jeg kan, og jeg er obs. på min viden, og prøver og følge med tiden og tager nogle kurser, har været i psykiatriprojektet fx, som gør at jamen der får du jo tildelt en viden, der at så ved jeg at den vej, og der kan jeg rette ind hvis en ung har en diagnose.

[...] også fordi jeg måske arbejder anderledes, fordi jeg måske ser det som et menneske, jeg ser det ikke som en kasse. Øh det tror jeg, der er mange der gør, altså ikke at jeg vil sige noget ondt om sagsbehandlernes, men de arbejder ud fra papiret, og de arbejder ud fra jamen det her det er den handleplan den skal vi følge, der skal vi nå et mål, og så er der nogle del mål. Hvor jeg ligesom går ind i den enkelte og finder ud af, hvad er det for et menneske jeg arbejder med.[...]så tager jeg udgangspunkt i det, og så kan det godt være, at det nogen gange afspejler, at det er ADD eller det er ADHD, som gør at jeg måske arbejder anderledes, men alligevel ikke anderledes, det er svært at forklare... "(1.6: 71-72)

Her giver kontaktpersonen på den ene side udtryk for, at den psykiatriske viden om diagnoser er brugbar, og på den anden side beskrives diagnosen, som en måde at betragte mennesket som en kasse, hvilket kontaktpersonen i sit arbejde ikke kan identificere sig med. Derimod opleves det, at sagsbehandleren har tilbøjelighed til, at rubricere de unge med diagnoser, i modsætning til kontaktpersonens fokus, der i højere grad er på, hvad det er for et menneske, der skal arbejdes med. Den unge er et unikt menneske, der ikke kan rubriceres. En udtalelse, der nærmer sig en hegemonisk diskurs, der rangerer højere end alle andre forståelser - her udtrykt i sagsbehandlerens tendens til at sætte mennesker i kasser.

Tendensen, som den beskrives i de to ovenstående citater, er generel for alle seks interviews. Diagnosen er ikke længere udelukkende stigmatiserende men et redskab, der i en eller anden form kan give nogle indikatorer på, hvordan den unge kan reagere og agere i sociale sammenhænge. Diagnosen bevirker, som nævnt i første citat, at arbejdsgangene lettes og speedes op, og den kan, som Hertz også påpeger, tydeliggøre den unges behov for hjælp, og på den måde bidrage til selve arbejdet. Der er en, der siger:

"Ja det synes jeg, fordi det grundlæggende formål ofte jo er, at jeg skal støtte den unge til at mestre deres eget liv som voksne, og hvis jeg skal gøre det, er det en støtte, at jeg ved, at de har den diagnose, de nu har. Så jeg ikke skal ind og finde den dybe tallerken, så det synes jeg, det godt kan være."(1.5.:67)

Mestre eget liv, forstået på den måde, at den unge skal tilpasse sig de givne livsomstændigheder jf. den før omtalte individualiseringstendens.

Samtidigt med at viden om diagnoser er godt at have, repræsenterer næste citat en gennemgående tendens, hvor informanterne generelt alle sammen indskriver sig i diskursen, hvor vægtningen af relationsarbejdets tilskrives stor betydning:

"Man kan sige min force, eller det som jeg går meget op i, det er godt nok at vi ved det, men det hjælper jo ikke noget, hvis ikke du har kontakt med en ung, hvis ikke du kan etablere en eller anden form for kontakt, så kan du ikke hjælpe nogen, selvom du ved en hel masse om, hvad den diagnose kunne betyde. Så det er sådan meget det, der er mit indfald til det, eller hvad man skal sige, at det væsentlige er, at du kan skabe kontakt med en ung, hvis du skal kunne hjælpe vedkommende, uanset om man har en diagnose, eller om man ikke har."(1.3:28)

Det relationelle er det vigtigste, og er den hegemonisk diskurs for det grundlæggende kontaktpersonarbejde.

Den neuromedicinske diskurs og den relationelle/humanistiske diskurs er altså begge diskruiser der trækkes på i kontaktpersonarbejdet. Dog tyder følgende citat på, at kontaktpersonen med sin socialpædagogiske tilgang er bevidst om, at den lægevidenskabelige tilgang vægter tungere, når det kommer til de konkrete initiativer, hvor det offentlige skal være medspiller:

"Altså man kan sige, psykologiske vurderinger og udtalelser fra psykiatere, altså der jo sådan noget hierarkiagtigt noget ikk', det vægter det øjeblik det ligger i en sag, så har det noget betydning. Altså, det er helt klart min oplevelse". (1.4: 24)

Denne lavere rangering af pædagogen ses også i følgende citat, hvor informanten giver udtryk for sin opfattelse af, at dele af samfundet opfatter dennes position som nederst i det faglige hierarki:

"Øh jeg tror at hospitalsvæsnet stadig meget er præget af sådan lidt ældre hierarkisk tankegang, hvor overlægen udtaler sig, og så går det efter tur nedefter til social og sundhedsassistenten og pædagogen som den sidste. Det er jeg ret overbevist om." (1.5: 62)

Det opleves at lægevidenskaben, som psykiatrien er en del af, står stærkere i magten om at definere sandheden om hvordan mennesket skal forstås og behandles set i forhold til den humanistiske tilgang.

Som tidligere beskrevet har socialpædagogikken ikke sit eget videnskabelige felt, men er ifølge Madsen et multifagligt fag, som er kontekstafhængig af de politiske områder, den er i berøring med. Dermed er den også følsom overfor de dertilhørende diskurser de forskellige videnskaber, bygger på. Socialpædagogikkens svage position kan ifølge Bryderup betyde, at integrationstanken udvandes. Som Honneth beskriver, skaber det liberaliserede samfund uligheder i livschancer for gensidig anerkendelse. Dette perspektiv risikerer kraftig nedtoning i betydningen for, om den udsatte unge får mulighed for at være en del af samfundet, når problematikkerne via diagnosen så entydigt søges i individet.

Psykiaternes måde at se og håndtere de udsatte unge på, kritiseres i dette citat for netop at være meget ensporede i forhold alle de andre faktorer, der spiller ind i den unges liv:

"Altså, jeg giver ikke meget for de der... altså psykiatere. De er ikke gode til det med at snakke med de unge. De er sikkert gode til det med medicin, og hvad er der brug for, virker det, men det er virkelig også deres fokus. Det er ikke sådan,

hvordan ser verdens situationen ud i øvrigt, som kunne gøre, at lige nu virker medicinen dårligere, fordi du er boligløs, eller du er gået fra kæresten, eller din mor har begået selvmord, eller alt det der kan være bagved. Det synes jeg er meget forskelligt, hvordan systemet på den måde opfatter det.”(l.3: 37).

Der registreres diskursive lukninger hele vejen gennem citatet. Den måde informanten tillægger psykiatere mening på, er i denne udtale IKKE til diskussion.

Jørgensen (psykolog), Hertz (børne- og ungdomspsykiater), og Lindhardt (speciallæge og formand for Psykiatrifonden) med hver deres indgangsvinkel og betoning af de psykiatriske diagnoser, udtrykker alle i en eller anden grad, at de ønsker en større kontekstforståelse og tilgang til mennesket og dets problematikker.

Følgende udtalelse er et eksempel på, hvornår en kontaktperson føler, at dennes viden bliver inddraget i udredningen og behandlingen af den unge, og det dermed bliver et mere nuanceret billede af den unge og hele konteksten, der fremkommer i forbindelse med diagnosticeringen:

”Ja men det er jo netop det med at man bliver inddraget, og de spørger, hvordan arbejder i ude hos jer? Altså, man er også interesseret i det rent socialpædagogiske, fordi man ved det psykiatriske ikke kan stå alene. Jeg tænker det der, den der faglige arrogance som mange faggrupper har overfor hinanden, altså pædagoger har det sgu selv overfor lære og alt muligt andet, og psykologer og omvendt også ikke. Men det må man jo lidt væk fra ikke. Altså og der har jeg set eksempler på, at man bliver inddraget, og man bliver hørt, og man prøver at lave det - en helt perfekt beskrivelse af hele konteksten ikk’. Jeg mener det kommer den unge til gode, at vi ser med forskellige briller og de der nuancer de kommer med ikk’.” (l.1: 11).

Så der er tilfælde, hvor det socialpædagogiske fag trods sin lavere plads i hierarkiet prioriteres højt, og set i kontaktpersonens perspektiv er til gavn for den unge. Man må i øvrigt formode, at det også har betydning at blive anerkendt for sin faglige kunnen.

Sammenfatning

Der er i denne del af analysen blevet set på hvordan kontaktpersonen trækker på både den humanistiske/relationelle og den neuro-medicinske diskurs i sin forståelse af og tilgang til den udsatte unge med en diagnose. Dette fremgår dog ikke altid helt tydeligt og diagnosen, som indskrives i den kliniske/medicinske diskurs, som igen lægger sig op ad den neurobiologiske diskurs, be-

skrives som et brugbart redskab, der letter forståelsen – ikke mindst på det kommunikative niveau, men tillægges også mening udi at beskrive mennesker ud fra kasser og på den måde stigmatisere dem. Det bliver ligefrem sat op som en modsætning til den relationelle/humanistiske diskurs, som tillægger mennesket mening ud fra forståelsen af dette som en unik skabning. Kontaktpersonen oplever i stedet, at diagnose-kategorierne passer bedre ind i sagsbehandlernes mål og delmål for den unge, til trods for at de også er skolet med hovedvægten lagt på den humanistiske/relationelle tilgang.

Fundamentet i kontaktpersonarbejdet er skabelsen af tillidsfulde relationer og beskrives i interviewene ganske tydeligt som den hegemonisk overlegne diskurs. Viden om diagnoser bliver først anvendelige som supplement, hvis der kan opbygges bæredygtige relationer mellem den unge og kontaktpersonen.

Til gengæld er kontaktpersonerne tilsyneladende bevidste om at psykiatrien, med sine rødder i den lægevidenskabelige diskurs, står utrolig stærkt i forhold til de relationelle/humanistiske tilgange og perspektiver på psykisk sygdom. Kontaktpersonen med sin pædagogiske uddannelse og med sin socialpædagogiske tilgang er bevidst om sin lavere rang i det faglige hierarki.

Til gengæld virker det frugtbart, når kontaktpersonens perspektiv inddrages i fx udredningen af en ung. Derved opleves dels en større helhedstænkning, som er til gavn for den unge, dels en faglig anerkendelse af det (social)pædagogiske fag, som kontaktpersonen repræsenterer.

Parameter 3: Diagnosens dilemma

I galskabens historie beskriver Foucault, hvordan de gale indespærres bl.a. sammen med de kriminelle, hvilket bevirkede, at galskaben blev assimileret med moralsk brist og skyld, som han påpeger, er noget der hænger ved op til i dag.

Med den nye viden indenfor det neurobiologiske område produceres der andre måder at forstå mennesket på, som kan medvirke til at skubbe skyld-begrebet i baggrunden. Dette kommer bl.a. til udtryk i dette interviewudsnit:

"Hos forældre og pædagoger?"

Nej, mest hos forældre egentlig. Den der med at det er enormt lettelse at få en diagnose, og det kan man måske også... men også en lettelse på den måde, at så er jeg uden skyld, altså sådan lidt tilbagelænethed, hvor jeg tænker at det nytter jo ikke noget. For uanset om det hedder det ene eller andet, så har barnet de og de, eller den unge, de og de problemer, og det er jo dem vi skal forsøge og... hvad kan vi gøre ved det, og hvordan kan vi hjælpe dem med at få det bedre og leve bedre med det ikk'." (I.3: 29-30).

Problematikken forklares, som noget der ligger i den unge, og på den måde slipper forældrene for skylden, hvilket tilsyneladende kan virke befriende. Måske har det samme betydning for pædagogen, da han/hun har mulighed for at lægge årsagsforklaringer andre steder end i en eventuel manglende evne til at skabe en god og frugtbar relation. Samtidigt gives der udtryk for, at lettelsen ikke må blive en sovepude, og at forældrene fortsat har et ansvar for at støtte op omkring den unge og dennes naturlige udvikling.

Forklaringen i diagnosen kan i næste citat ligefrem i forældrenes perspektiv retfærdiggøre alle former for adfærd:

"Ja, jeg har også en, hvor pigen er blevet diagnosticeret asperger, og der sagde far ordret, at nu er det jo rart, det er jo helt rart fordi nu kan man jo ligesom forstå, hvorfor hun opfører sig, som hun gør. Nu er der jo en forklaring, nu er det jo ligesom ok" (I.2. 17).

Samtidigt ses en tendens til at forældrene gennem diagnosen får mulighed for at blive inddraget og anerkendt som medspillere i behandlingen af den unge i modsætning til før, hvor man havde tendens til, at se det som forældrenes skyld, og at det var direkte synd for barnet, hvis de blev inddraget.

"Jeg tror det er en lettelse for forældrene. Ofte er der utrolig meget skyld blandet ind i, når ens barn ikke fungerer, eller altså ikke har det godt. Er det min skyld, kan jeg gøre noget anderledes. Så kan det være en lettelse for dem at få af vide; ok, det er ikke bare min skyld, og nu har jeg, nu kan jeg faktisk også få nogle værktøjer til - til at takle det som sker med mit barn, og... Der har i mange år inden for psykiatrien været sådan en tendens til at, synes jeg i hvert fald, indtil for ganske nyligt også blandt pædagoger, at tænke det er forældrenes skyld, og vi må hellere holde forældrene væk og så arbejde med barnet, fordi, det er jo synd for barnet."(1.5: 59)

I næste citat ses hvordan kontaktpersonen oplever, at diagnosen kan have betydning for den unges selvopfattelse. Den kan gå fra at forstå sig selv som et moralsk dårligt menneske til at forstå handlingerne ud fra diagnosens forklaringer på, hvorfor der handles, som der gør. Den dårlige skolegang forklares i diagnosen, og altså ikke fordi dette fx skyldes en dårlig undervisning. Så forklaringen ligger fortsat i individet - ikke fordi den unge ikke vil, men fordi den unge ikke kan.

"Ja fordi jeg synes det kan både være godt og skidt at få en diagnose, men det positive i hvert fald for de unge er, at så kan de hænge deres hat på; ok det er derfor: Det er faktisk derfor, hvis det er ADHD, jamen det er derfor jeg ikke kan sidde stille i timerne, det er derfor jeg ikke kan koncentrere mig. [...] Når det myldrer i mit hoved, eller hvad det nu er, de føler der sker, jamen så ved de faktisk, hvorfor er det, det gør det. Det er ikke fordi jeg er et ondt menneske, eller hvad det nu er de har gået og haft af deres selvopfattelse. Mange af dem kommer jo med ekstremt lavt selvværd og selvhad også, så de tænker jo, de er rigtig dårlige mennesker." (1.5: 59)

Kontaktpersonen og den unge forstår diagnosen som en forklaring, der positivt kan ændre den unges ellers negative selvopfattelse. Årsagen til den unges negative selvopfattelse, som det fremgår af ovenstående udtalelse, forklares fx ikke ud fra en manglende gensidig anerkendelsesrelation (jf. Honneth), og dermed søges en løsning på udfordringen heller ikke heri.

Der er i interviewene også eksempler på, at de unge har svært ved at forlige sig med diagnosen. I nedenstående citat ser vi, hvordan en kontaktperson udtrykker, hvordan han oplever, at den unge ser diagnosen som en begrænsning for sin udvikling hen imod at blive et normalt fungerende menneske:

"Altså, det svinger rigtig meget for ham, for hvordan han har det med sin diagnose... Han har i hvert fald en eller anden grundlæggende sorg, over at han har

fået den her diagnose. Fordi det eneste han ønsker sig, det er ligesom at komme til at leve et normalt liv, og kunne det samme som andre. Så han kan blive enorm frustreret over, hvorfor fanden har jeg ADHD, hvorfor skal det være så svært for mig, fordi jeg vil jo bare...[...]. Han har nogle drømme om, at han skal have en kone, og han skal have nogle børn, og han skal have en lille have, og han skal tage sig en håndværksmæssig uddannelse, og han har sådan nogle meget traditionelle eller borgerlige værdier, for hvad han skal her i livet. Der kan han blive enormt frustreret over; [...] holder det aldrig op, eller forsvinder det aldrig for mig, altså.” (I.3: 32).

Kontaktpersonen oplever altså, at den unge ser diagnosen som startskuddet på en sorgfølelse, da han er meget frustreret over og ked af sin diagnose, og de konsekvenser det evt. har eller kan få for hans ønske om at leve et såkaldt normalt liv. Set i kontaktpersonens perspektiv kan vi registrere en diskursiv lukning omkring, hvordan den unge tillægger det at leve et normalt liv. På det tekstnære analyseniveau iagttager vi momenter som; ”lille have”, ”en kone”, ”traditionelle eller borgerlige værdier”.

Medicineringen kan have positive virkninger for det socialpædagogiske arbejde på døgninstitutioner (jf. Kargo), hvilket også kan gøre sig gældende for kontaktpersonsarbejdet:

”Og det havde betydning for mig på den måde, at han var anderledes at være sammen med [...] var nogen andre ting han kunne, han fik ro på sig selv i forhold til nogle ting altså i dagtimerne. Det hjalp ham tydeligt, men gjorde det også nemmere at være sammen med ham [...] der var noget medicinering, og kom i den rigtige gruppe og diagnose som hjalp ham ikk’, og det havde en afsmittende effekt i forhold til det arbejde jeg skulle lave med ham, eller hjælpe ham med skole, hverdag og økonomi og sådan noget ikk’, fordi da det var dårligst, der fløjtede det hele rundt altså. Men jeg ved ikke, om det sådan ændrede i forhold til hvad jeg gjorde, i forhold til at hjælpe ham, men det blev bare nemmere fordi han fik den rette hjælp, kan man sige”. (I.4: 46)

Diagnosen og behandlingen bevirkede, at der kom mere styr på den unge, og derved blev det nemmere for kontaktpersonen at støtte op om drengen og hans udvikling frem mod et selvstændigt voksenliv med de muligheder og forventninger, der ligger i selvforsørgelse og andre ansvar.

Det fremgår af nedenstående udtalelse, at også kontaktpersonen ser, at diagnosen kan medvirke til en større forståelse af problematikken.

Trods ofte manglende dokumentation for det genetiske og konkrete hjerne-mæssige aspekt, hvor både beskrivelsen og årsagsforklaringen for diagnosen findes i adfærd og symptomer (jf. Brante), indskriver kontaktpersonen sig i den dominerende neuro-medicinske diskurs, da denne netop pga. sin dominans virker mere objektiv og sand, hvilket ofte er tilfældet for en diskursiv, hegemonisk diskurs.

Kontaktpersonen oplever, at diagnosen giver en vis forklaring på de unges adfærd:

"Jeg havde to unge, hvor at vi, i det forløb jeg havde med dem, skete der noget forfærdeligt, som gjorde at de skulle på et behandlingssted, hvor at de bliver testet, og der fik de af vide, at de havde ADHD. Det gjorde jo på en eller anden måde at man nok så anderledes på det der var sket. Ikke at det er en undskyldning for noget af det de har gjort og deres handlinger, men alligevel lå der noget til grund for at de måske havde ageret som de gjorde".(l.6: 73)

Den ellers forfærdelige og uforståelige episode tillægges på en måde mening gennem diagnosens forklaring. *"Lå der noget til grund"*, implicit at dette *noget* indskrives i en neuromedicinsk diskurs - underforstået; hvem kan være moralsk ansvarlig for en defekt i hjernen, som de på daværende tidspunkt ikke var i behandling for, i og med de endnu ikke var udredt, da episoden fandt sted.

I følgende citat gives udtryk for, at en diagnose ikke ses som statisk, hvilket er helt i tråd med Hertz' pointe om, at diagnosen skal betragtes som et øjebliksbillede. Kontaktpersonen konstaterer, at diagnosen blev stillet på et tidspunkt, hvor pigens kontekst var en helt anden, end den er i dag:

"Jeg har en pige som jeg er kontaktperson for, hun har en diagnose, som hun har fået stillet på et tidspunkt, ADHD [...] jeg har jo set det skema, hvor hun jo viser mig at udredningen er lavet på et tidspunkt, hvor hendes liv var i total kaos, med anbringelse hjemmefra og alle mulige... så man kan sige, det er den der skeptisk på, at er det rigtige billede, man har? Altså, man har jo taget billede af hende i en periode, hvor alt var i smadrede i hendes liv ikk'. Hvordan vil det se ud, hvis man i dag tog et billede af... vil man så nå frem til samme? Ville hun få den diagnose eller? Der er jo mange ting der i dag er anderledes for hende end det måske var den gang, der noget hun har mere styr på, som hun ikke havde styr på den gang." (l.4.: 43-44).

Citatet kunne også lede tankerne hen på om denne pige på grund af sine kaotiske opvækstbetingelser, har udvist en adfærd som adaptiv respons på sine omgivelser? Set i det lys vil hendes adfærd måske ikke forstås og behandles

som sygelig, men som reaktioner på et kaotisk liv, som lettes, når der kommer mere styr på omgivelserne. Eller er det blot fordi kombinationen af indsatserne giver den bedste effekt?

Ligeledes indeholder næste udtalelse nogle af de samme overvejelser og reflektioner:

"Jeg har en pige som er, lige har fået ADHD diagnosen [...] for der første ved hun ikke selv hvad det handler om, men hendes forældre er meget glade for det, fordi... så er hun også glad for det, fordi så føler hun sig mere accepteret ikk'. [...] hun er vokset op under nogle rigtige, en rigtig dårlig fungerende familie, hvor at sarkasme og ironi det er hverdagskost, og man aldrig rigtig taler sammen, og man aldrig ved hvor man har hinanden. Og så opfører hun sig på en bestemt måde, og det falder så sjovt nok lige ind i analyse apparatet ADHD. Men det tror jeg ikke på hun har, og jeg tror også, hun har svært ved at gå i skole, det kan jeg godt forstå hun har,[...] fordi hun har det ad helvedes til derhjemme".(l.2: 18)

Her tillægges udelukkende opvækstbetingelserne betydning for pigens adfærd og symptomer. Men i kraft af at de passer på diagnosen ADHD, får hun ifølge kontaktpersonen en diagnose, som betyder, at man risikerer at fjerne blikket fra de dysfunktionelle problematikker i hjemmet, som er de egentlige årsager til adfærden.

Dette betyder for pigen, at hun opnår sine forældres anerkendelse, hvilket ifølge udtalelsen tilsyneladende ikke foregår særlig ofte. Det kunne se ud som om det modsatte egentlig var tilfældet - måske oven i købet at hun blev udsat for direkte krænkelser. Menneskets kamp om anerkendelse (jf. Honneth) kan i denne sammenhæng give et perspektiv på pigens higen efter opmærksomhed.

Endelig kan det siges, at en af de interviewede i denne udtalelse giver udtryk for, at fx diagnosen ADHD ikke skal begrundes i et negativt opvækstmiljø, men at dårlig opvækst kan være en selvforstærkende faktor i udviklingen af ADHD. Kontaktpersonen indskriver sig i den neurovidenskabelige diskurs, som er beskrevet i projektet med udgangspunkt i Rose fx:

"ADHD er jo traditionel ikke noget vi siger, kommer fra opvæksten, men der er selvfølgelig noget i opvæksten der kan fremme og hæmme, kan man sige symptomerne på ADHD." (l.3: 33)

Sammenfatning

Kontaktpersonen oplever at diagnosen, med sin forklaring i neurobiologisk videnskab, fritager forældrene for skyld, hvilket kan give dem en følelse af lettelse. Men det er samtidig vigtigt at fastholde forældrene i, at de fortsat har et ansvar for at støtte den unge. Det ses også i nogle tilfælde, at diagnosen kan forklare og dermed næsten retfærdiggøre al adfærd.

Skyldsfritagelsen har også en positiv betydning for, hvordan forældrene kan inddrages på en helt ny måde end tidligere, hvor man mente, at det var synd for barnet og udelukkende var forældrenes skyld, og derfor valgte kun at arbejde med den unge uden at inddrage forældrene væsentligt.

I forhold til den unges selvopfattelse er der i interviewene eksempler på, at kontaktpersonen oplever at den diagnosticerede unge, som forklaring på deres adfærd, ikke længere ser sig selv som et dårligt menneske, der med vilje opfører sig uhensigtsmæssigt. På den anden side gives der også eksempler på, at kontaktpersonen ser, at den unge kan opleve diagnosen som en begrænsning af muligheder for at integrere sig i samfundet og leve på lige fod med andre "normale".

Endvidere ses det også, at kontaktpersonerne ser diagnosen som en forklaring på et problem, de kan bruge i deres professionelle arbejde med de unge.

Det opleves, at medicinering af de unge, kan have en gavnlig effekt i forhold til kontaktpersonsarbejdet. Den unge får større overblik og en følelse af indre ro, som letter det konkrete arbejde med den unges udvikling især på det praktiske og faglige plan.

Der stilles spørgsmålstejn ved diagnosens til tider statiske udtryk, og at diagnosen jf. Hertz skal forstås som et øjebliksbillede.

Der udtrykkes endvidere bekymring for om diagnosen kan være direkte forkert, og man dermed risikerer at fjerne blikket fra opvækstmiljøet med sine psykosociale problematikker i familien som eventuel hovedårsag til den unges adaptive respons og altså ikke en adfærd, der skal begrundes i en diagnose og den deraf følgende behandling.

Afslutningsvis bliver der af en af de interviewede givet udtryk for, at fx ADHD kan forstås som en psykisk sygdom, der bunder i defekter i det neurobiologiske og ikke i fx dårlig opvækstbetingelser. I denne forståelseshorisont anerkendes det, at disse dårlige opvækstbetingelser udgør risikofaktorer, idet de gennem en negativ påvirkning af de hjernekemiske forbindelser kan fremme ADHD.

Konklusion

Formålet med dette projekt er at undersøge: *Hvordan får stigningen af de psykiatriske diagnoser betydning for måden, hvorpå kontaktpersonen forholder sig til de udsatte unge?*

Først så projektet på psykiatriens udvikling frem til i dag. Dernæst undersøgte projektet hvordan individualiseringstendensen har betydning for kontaktpersonsarbejdet. Herefter blev den relationelle/humanistiske og den neuromedicinske tilgang diskuteret i forhold hvordan diagnoser opfattes.

Så blev der set på diagnosens dilemma med sine både frigørende og begrænsende muligheder og betydninger. Endelig blev den indsamlede empiri fra interviewene kombineret med de tre parametre, på et leje af det historiske afsnit analyseret med en diskursanalytisk tilgang.

Både teori og empiri peger på, at den unges diagnose medfører en yderligere individualisering, forstået på den måde at problematikken og løsning heraf mere og mere kommer til at ligge hos den unge selv. Kontaktpersonens rolle bliver derfor i højere grad en facilitator-funktion, som har til hensigt at støtte den unge i en selvudvikling, så han/hun bliver bedre til at forholde sig til sin diagnose på en samfundsmæssig ansvarlig måde. Således indskriver kontaktpersonen sig i en liberal samfunds-diskurs i sin ageren og støtte til den unge.

Som det fremgår af statistikken, kan det konkluderes, at der har været en kraftig stigning i antallet af kontaktpersonforanstaltninger til udsatte unge. Man må derfor også formode, at der har været en stigning i unge med diagnoser. En grund kan være, at en foranstaltning med et individuelt sigte er i overensstemmelse med en liberal velfærdsdiskurs, hvor fokus er på individet og ikke nær så meget på det sociale og samfundets strukturer og de muligheder og begrænsninger, disse kan have for individet.

Den neuro/medicinske tilgang er nærmest blevet en hegemonisk diskurs i sin forståelse af psykisk sygdom. Dette kommer til udtryk i interviewene, hvor kontaktpersonerne klart oplever, at psykiaternes udtalelser vægter langt højere end fx deres. Kontaktpersonen trækker på begge diskurser i sin tilgang til den unge, og det på trods af den iboende konflikt mellem diagnosernes "kategoritænkning" og den mere svævende humanistiske tilgang, som ser det enkelte menneske som et unikt individ, og derfor danner sig et langt mere nuanceret billede.

De interviewede giver udtryk for, at diagnosen letter kommunikationen, og ser den som supplement til den samlede viden om den unge. De ser fortsat relationsarbejdet som den dominerende diskurs, da dette er det bærende fundament

for kontaktpersonens mulighed for at støtte op om den unges udvikling – diagnose eller ej. Kontaktpersonen forsøger på sin vis at holde fast i sit relationelle og humanistiske ståsted. Men både teorien og interviewene viser, at det er under stærkt pres fra den lægevidenskabelige diskurs med sin diagnosetilgang, som igen indskrives i den dominerende individualiseringsdiskurs.

Det ser altså ud til at socialpædagogikkens diskurs med integration af den udsatte unge med en diagnose, har svære kår. Socialpædagogikkens multifaglige vidensgrundlag og kontekstfølsomhed er en fordel i forhold til løbende at kunne tilpasse sig samfundsudviklingen. Modsat kan den virke utrolig sårbar i forhold til andre mere afgrænsede videnskaber, og derfor risikerer socialpædagogikken at blive overskygget.

Der er indlæg i debatten, her i projektet eksemplificeret gennem Hertz (psykiater), Jensen (psykolog) og Lindhardt (ledende psykiater), der på forskellig vis udtrykker et ønske om, at samfundet skal blive bedre til at forstå psykisk sygdom og behandling i et bredere perspektiv. En diagnose kan i dag virke både frigørende og begrænsende set i forhold til de muligheder og betydninger, den tillægges. Den kan fritage forældre og den unge for skyld, i og med ansvaret gennem den neuromedicinske forklaring bliver fjernet, så den ikke længere skal opfattes som fx moralsk brist men som en biologisk defekt. Omvendt kan diagnosen virke pacificerende og være årsag til udelukkelse af andre forklaringer og dermed andre mulige løsninger.

Dog anfører en af de interviewede, at ansvarsfrigagelsen åbner for en ny måde at indtænke forældreinddragelse på. Tidligere var der en tendens til, at man forklarede en adfærd med baggrund i fx dårlige opvækstbetingelser. Det var en udbredt opfattelse, at der kunne være tale om, at det var synd for barnet, og derfor ekskluderede man ofte forældrene i arbejdet med den unge.

Nu kan behandlingen med bl.a. medicin ændre de biologiske processer, og den unge får i kraft af medicinen mulighed for at nærme sig en normalitet. Medicinen bliver således en del af selvteknologierne (jf. Rose), hvorigennem subjektet styres til at kontrollere og regulere sig selv.

Kontaktpersonen oplever at den medicinske behandling kan hjælpe den unge, og det letter det udviklingsarbejde som kontaktpersonen skal understøtte den unge i. Diagnoser og behandlingen opfattes således som nyttig, men der er i teorierne og interviewene også eksempler på, at adfærd og andre symptomer ikke nødvendigvis altid skyldes en psykisk sygdom, men kan være en adaptiv respons på kaotiske opvækstbetingelser. Her er der altså tale om, at "noget" indikerer, at den neuro/medicinske diskurs er blevet for dominerende, hvilket kan

medføre direkte fejl-diagnosticering og en medicinering, som i virkeligheden ikke er nødvendig.

Fokuseringen på diagnosetilgangen risikerer at medføre, at kontaktpersonen nedtoner sit socialpædagogiske perspektiv, og derved ikke på samme måde vægter det sociale aspekt i sin forståelse af den unges adfærd.

Endelig skal det pointeres at der i både teorien beskrives, og i empirien fra interviewene findes eksempler på, at de psykiatriske diagnoser er et øjebliksbillede (jf. Hertz), og at de kan ændre sig og derfor ikke skal ses som stationære livstidsdomme.

Perspektivering

Som projektet beskriver, fylder diagnoser generelt mere og mere i socialpædagogiske sammenhænge. Mere viden om diagnoser og en generel større forståelse af psykiatriens videnskabshistorie er nødvendig for at yde en høj faglig og sagligt argumenteret kritik af den nærmest hegemoniske 'sande' neuropsykiatriske diskurs.

Kontaktpersonen har brug for et bredere perspektiv, der forhåbentlig vil medføre en styrkelse af den relationelle/humanistiske indgangsvinkel og vægtning af dens betydning i støtten og forståelsen af den udsatte unge med diagnose.

Socialpædagogikken som fag er på den ene side utrolig omstillingsparat, hvilket er godt i forhold til den liberale samfundsudvikling. Men det er også en ulempe set i forhold til andre mere afgrænsede professioner.

Hvis socialpædagogikken skal overleve med sit, ifølge Bryderup, integrations- og normaliserings-sigte af udsatte borgere, tyder det på, at det er nødvendigt med en generel styrkelse af faget for herigennem at opnå en større anerkendelse. Endvidere bør man styrke efteruddannelsesområdet og løbende kursusmuligheder. Mine erfaringer med de kursustilbud der tilbydes er, at der også her bør være fokus på en højere faglighed. Endelig bør der laves langt mere dokumentation af langtidseffekterne af de socialpædagogiske tiltag, om end metoden for dette ikke ligger lige for.

Det følelsesmæssige vægtes højt i mange velfærdsprofessioner, ikke mindst i kontaktpersonsforanstaltningen. Denne vægtning ligner noget, der bør høre til i privatsfæren, men kontaktpersonsforanstaltningen er jo også, som den er beskrevet i serviceloven, en foranstaltning som private personer i den unges eget netværk kan engageres til at bestride. Der er altså snitflader og berøringer med det private, hvorfor et nærliggende argument kunne være: Hvorfor så anvende uddannede i det hele taget, hvis det vigtigste i professionen er, om de har et stort nok hjerte. Så kan hvem som helst snart sagt påtage sig opgaven! Der er noget der tyder på, at der er behov for yderligere forskning på området, så man herigennem kan opnå større viden om de fordele og ulemper, der er forbundet med at udføre henholdsvis privat og professionelt arbejde.

Den øgede vægtning af det følelsesmæssige engagement og fokus på kemi (forstået; hvorvidt man swinger sammen), som en af de interviewede beskrev det, er et af de dilemmaer mellem det personlige og professionelle denne opgave kredser om.

Samfundet kræver personlig involvering, den unge kræver det, og hvordan formår kontaktpersonen så at yde dette, samtidigt med at han/hun skal bevare sin

professionalisme, og ikke tager det personligt, når en ung "fejler", og hvordan undgår man at 'tage det med hjem'?

Der er behov for mere viden om og forståelse af kompleksiteten i dette faglige dilemma. Kontaktpersonen har brug for en bevidsthed omkring sin ageren i denne svære balancegang, og kompleksiteten bør tydeliggøres i forhold til resten af samfundet.

Diagnoser er gode til at lette kommunikationen mellem ikke mindst fagpersoner, og de er gode til at være medvirkende årsag til en udpegning af den unges behov for støtte og hjælp. Som systemet er indrettet nu, er der en tendens til at diagnose ofte det, der skal til, for at der udløses specialiseret hjælp eller være det udslagsgivende argument for en forlængelse af et kontaktpersonforløb. Dette er mest udtalt, når det drejer sig om unge under 18 år. Når de bliver myndige, træder andre lovgivninger i kraft og dermed også andre forventninger.

Diagnoser vægter altså tungt i vores system. Men hvad med de unge, der ikke passer ind i en diagnose - risikerer samfundet at presse dem ud på sidelinen? Er man dårligere stillet uden en diagnose i det offentlige system?

Hvis diagnosesystemet skal være det, der afgør allokeringen af hjælp, skal det være meget mere nuanceret og fintmasket i sin udformning. Hvordan får man fx stillet diagnoserne dårlig opdragelse, omsorgssvigt, egoisme, utilpassethed, usikkerhed, præstationsangst, etc., hvis det er det problem, man har brug for hjælp til. Diagnosen tydeliggør, men ekskluderer og det er diagnosens dilemma!

Litteratur

Asterisk (2012) Asterisk nr.61, Aarhus Universitet marts 2012

Brante, T. (2011) I: Bryderup. Det diagnosticerede liv. 1. udgave 3. oplag. Forlaget Klim, Aarhus 2011

Brinkmann, S. (2012) Det diagnosticerede liv. 1. udgave 3. oplag Forlaget Klim, Aarhus 2012

Bryderup, I. M.(2012) I: Socialpædagogen nr. 22/ 9. november/2012

Bryderup, I. M. (2011) Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik. 1. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag 2011

Bryderup, I. M. (2005) Børnelove og socialpædagogik – gennem 100 år. Forfatteren og forlaget Klim, 2005

Foucault, M. (2005) Overvågning og straf – Fængslets fødsel. DET lille FORLAG, Frederiksberg 3. oplag 2005

Foucault, M. (2005) Sindssygdom og Psykologi. Hans Reitzels Forlag 2005

Foucault, M. (1998) Viljen til viden. Seksualitetens historie 1. DET lille FORLAG 1998

Hansen, J.H. (2011) I: Bryderup. Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik. 1. udgave 1. oplag. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag 2011

Hansen, J.H.(2009) Socialpædagogen – identitet og faglighed. 1. udgave, 1. oplag. Forfatteren og Hans Reitzels Forlag 2009

Haugsgjerd, S., P. Jensen, B. Karlsson (2001) Psykiske lidelser – i fire perspektiver. Gyldendalske boghandel 2001

Henriksen, K.G., et al (2011) Kontaktperson – Social og Pædagogisk Håndbog. Forfatterne og SPUK ApS. 1. udgave, 1. oplag, 2011

Hertz, S. (2012) I: Brinkmann. Det diagnosticerede liv. 1. udgave 3. oplag. Forlaget Klim, Aarhus 2012

Hertz, S. (2010) Børne- og ungdomspsykiatri – Nye perspektiver og uanede muligheder. Akademisk Forlag 2010

Hertz, S. (2004) Diagnose i kontekst. Psykolog Nyt 15, 12 -17, 2004.

Holst, J. (2007) Det normale og det afvigende. I : Østergaard Andersen, et al. Klassisk og moderne pædagogisk teori. Hans Reitzels Forlag 2007

Honneth, A (2006) Kamp om anerkendelse. Hans Reitzels Forlag 2006

Honneth, A (2003) Behovet for anerkendelse. Hans Reitzels Forlag 2003

Information (2013) Er jeg en pivskid? Mandag d.4. november, 2013

Jensen, N. R. (2003) Den socialpædagogiske vinkel på ungearbejdet. Tidsskrift for Socialpædagogen nr.11 2003

Jørgensen, H. C., & S. O. Jørgensen (2011) Revidering af DMS – autisme og ADHD Artikel i Autismebladet 1: 2011

Järvinen, M., & N. Mik-Meyer (2012) At skabe en professionel – Ansvar og autonomi i velfærdsstaten. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag 2012

Kargo, T.(2011) I: Bryderup. Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik. 1.udgave 1. oplag. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag, 2011

Kragh, J. V. (2008) Psykiatriens historie i Danmark. Hans Reitzels Forlag 2008

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) INTERVIEW – Introduktion til et håndværk. 2. udgave 1. oplag Hans Reitzels Forlag 2009

Laclau, E. & Mouffe, C. (2011) Det radikale demokrati – diskursernes politiske perspektiv. 1. ebogs-udgave. Roskilde Universitetsforlag, 2011

Langager, S. (2011) I: Bryderup. Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik.1.udgave 1.oplag. forfatterne og Hans Reitzels Forlag, 2011

Madsen, B. (2005) Socialpædagogik – Integration og inklusion i det moderne samfund. 1. udgave, 4. oplag. Hans Reitzels Forlag, 2005

Mik-Meyer, N., & Villadsen, K. (2007) Magtens former – Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren. 1. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag 2007

Nilsson, R. (2009) Michel Foucault – en introduktion. Hans Reitzels Forlag 2009

Nøregaard, B. (2005) Axel Honneth og en teori om anerkendelse. Tidsskrift for Socialpædagogen nr.16, 2005

Rapport, Socialpædagogerne (2007) Specialisering på det socialpædagogiske område. Hæfte 2, Socialpædagogerne 2007

Rose, N. (2012) I: Brinkmann. Det diagnosticerede liv. 1.oplag 3. udgave. Forlaget Klim, Aarhus 2012

Rose, N. (2009) Livets politik. Nikolas Rose & Psykologisk Forlag A/S 2009.

Skårderud, F., S. Haugsgjerd & E. Stänicke (2011) Psykiatribogen. Hans Reitzels Forlag 2011

Thomsen, P.H., & A. M. Skovgaard (2007) Børne- og ungdomspsykiatri. En lærebog om børn og unges psykiske sygdom. FADL's Forlag 2007

Willig, R. (2013) Debat i Politikken, lørdag d. 9.nov. 2013

Elektroniske medier:

Danmarks statistik. Sociale ydelser til børn og unge. Personrettet støtte til udsatte børn og unge. Fastkontaktperson i perioden 2006-2011

www.dst.dk/da/Statistik/emner/sociale-ydelser/sociale-ydelser-til-boern-og-unge.aspx

Fisker, T. B. (2012) Mere viden om diagnoser. Aarhus Universitet 2012.
Edu.au.dk/fileadmin/www.dpu.../Ebog_-Mere_viden_om_diagnoser.pdf.

Nordens barn - Unge gør en forskel (2012) Udgivet af Nordens Velfærdscenter.
www.nordicwelfare.org/PageFiles/415/Inspirationshaften/7DK_LR.pdf

Regioners aktiviteter og ventepladsopgørelser på psykiatriområdet for 2012 (pdf) www.regioner.dk/psykiatri/tal+og+fakta/aktiviteter+og+ventetalsopgørelser

Serviceoven (2013) Bekendtgørelse af lov om social service. www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=158071

SFI (2011) ADHD – indsatser. En forskningsoversigt. Mogens Nygaard Christoffersen www.sfi.dk/Amin/Public/Download [PDF]

Sundhedsstyrelsen (2001)
www.sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2001/Boernepsykiatri/html/index4.html

VEJ 320, §52 stk.3 nr. 6 kontaktpersonsforanstaltningen
Wedendahl, B. (2013): En sygeliggørelse af normaliteten 02/07/13 www.information.dk/465483n

www.dsm5.org/about/Pages/faq.aspx

www.ft.dk/samling/20101/almdel/sou/bilag/58/908994.pdf

www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/people/emilkraepelin.aspx

www.socialstyrelsen.dk/handicap/adha/om-adha/et-sundsfagligt-perspektiv/diagnosen

www.teorier.dk/tekster/psykoanalysen-sigmund-freud.php

www.who.int/whosis/icd10/

Bilag 1: Interviewguide

Kort introduktion af formålet med interviewet samt rammerne for det, med vægt på anonymisering.

Indledende spørgsmål

Hvad er det præcis du arbejder med og hvad er dit overordnede formål med din indsats?

Har typen af unge og deres problematikker som du får visiteret indenfor de sidste 5 til 10 år ændret sig?

Åbningsspørgsmål

At en ung har fået stillet en diagnose; har dette betydning for dit arbejde. Kan du give et konkret eksempel?

Har du erfaring med unge før og efter en stillet diagnose. Hvad betød det for dit arbejde, at den unge fik en diagnose?

Fordele og ulemper ved psykiatrisk diagnose

Har du oplevet at diagnosen har overskygget, at de unges adfærd måske skyldes andre forhold i deres liv?

Hvordan oplever du arbejdet med en ung med adfærdsproblemer uden en diagnose? Er der reelt forskelsbehandling i, hvad der udløser hjælp i forhold til en ung med en diagnose?

Er der er forskel på at arbejde med unge under 18 år med en diagnose og unge over 18 år med diagnose?

Er det vigtigt for dit arbejde, at der stilles en diagnose?

Hvad sker der med den unges selvopfattelse?

Hvordan reagerer omgivelserne? (familie, venner, skole, arbejdsplads)

Støtte

Oplever du en konflikt, mellem de der stiller diagnosen og dig, der skal hjælpe den unge?

Er der mønstre i de behandlingsmuligheder, de unge får tilbudt? Oplever du variation?

Mener du, at du er "klædt på" til opgaven i kraft af din uddannelse/erfaring, eller kræver det større og mere specifik viden om diagnoser?

Vil du mene, at der er forskel i din tilgang til udsatte unge uden en diagnose i forhold til de unge med?

Afslutning

Har du noget at tilføje?

Bilag 2: Interviewudskrifter vedlagt på CD rom