

NÅR BARNES ANNERLEDESHET TOLKES I EN DIAGNOSEVERDEN

Foreldrenes stemme i den medisinske diskursen



Masteroppgave i familierapi og systemisk praksis

Kari Buskenes Ringstad

Kull Mgfam h07

28.04.2011

Antall ord: 25 976

Griner du?

*Men hva er dette for sure miner?
Nei, jamen tror jeg du går og griner!
Du vet da, når du er sur og lei,
Så kan jo ingen bli glad i deg!*

*Nei. Jeg skal si deg at ingen liker
De stygge barna som går og skriker,
For skrikerunger det har vi nok
på Blokksberg sitter en diger flokk!
(Margrethe Munthe)*

FORORD

Denne masteroppgaven markerer slutten på en 4-årig oppdagelsesreise i det systemiske landskapet. Jeg har vært så heldig å få kombinere studiet med praksis som helsesøster i skolehelsetjenesten. Temavalget henger derfor sammen med hvordan jeg har beveget meg i disse årene. De svarene som jeg søkte å finne på denne utdanningen, er ikke de jeg trodde jeg skulle finne.

Oppgaven begynte å leve sitt eget liv etter hvert, og jeg har mange ganger tvilt på retningen den har tatt. At den er som den er, skyldes først og fremst informantene. Jeg ønsker derfor å rette en stor takk til de som har bidratt med seg selv og sin historie.

Jeg vil også takke medstudenter, veiledere og lærere på familieterapiutdanningen gjennom fire flotte år. En spesiell takk til veiledningsgruppa som har bidratt med inspirasjon og bevegelse: Anne-Berit Østvik, Anneli Lapveteläinen, Ann-Rita Gjertzen, Berit Fulsaa, Elisabeth Ødegård og veileder Anne Hedvig Vedeler. Dere har lært meg at mye er mulig i samspill med andre.

En stor takk til veileder Rolf Tore Thomassen som omsider fikk meg til å forstå at jeg hadde en jobb å gjøre, og at bare jeg kan gjøre den. Men ikke helt uten hjelp likevel... Det har vært litt av et kvantesprang å kaste seg ut i et akademisk språkunivers. Da er det trygt å ha en ”ekspert” sammen med seg.

Til Siw Tønnessen som hjalp meg gjennom diskursene; takk for det og for at du tok deg tid til å lese! Også en stor takk til Frøydis Ihlebæk og Line Johansen for jobben med å lese og diskutere med meg!

Takk til familien som har holdt ut med familieterapeuten gjennom alle skrivende stunder.

Takk til flotte kolleger på helsestasjonen som har heiet på meg. Dere har vist meg hva ekte engasjement er, og at akademisk utdanning aldri kan erstatte gode menneskelige egenskaper.

En stor takk til Anne Øfsti som ga meg nødvendig førstehjelp i innspurten.

Og til slutt en takk til deg som vil lese denne oppgaven! Dette er et tema som berører meg.

28. april 2011
Kari Buskenes Ringstad

SAMMENDRAG

I denne oppgaven, som er en kvalitativ studie, har jeg intervjuet fem foreldre. Tre av dem, hvorav et foreldrepar, har barn med de psykiatriske diagnosene ADHD eller Asperger syndrom. En av foreldrene ønsket ikke at barnet sitt skulle få en psykiatrisk diagnose. Bakgrunnen for valg av tema er et stadig sterkere fokus på diagnostisering av barn, som jeg opplever i skolehelsetjenesten. Derfor ønsket jeg å løfte foreldrenes stemme inn i denne oppgaven og undersøke hvordan de forstår diagnosene. Diagnosepraksisen er da forstått som en del av den medisinske diskursen.

Problemstillingen er:

På hvilken måte konstituerer den medisinske diskursen seg i hvordan foreldre snakker om sitt barn?

Det blir brukt diskursanalyse for å besvare problemstillingen. Jeg fant da at den medisinske diskursen konstituerer seg som hegemonisk, og at en biomedisinsk forståelse er dominerende i den medisinske diskursen. De faglærte, ekspertene, har en dominerende stemme i kraft av sin vitenskapsbaserte kunnskap og posisjon, mens foreldrenes stemme trer frem som marginal. Ekspertens posisjon bidrar til å konstituere den medisinske diskursen som hegemonisk, og tydeliggjør sammenhengen mellom makt og kunnskap. Den medisinske diskursen har stor påvirkning på andre områder som skolesystem, foreldrerolle og økonomiske rettigheter.

Spørsmål som drøftes er: Hvordan forstår foreldre brudd med det normative? Hvordan settes denne grensen og hvordan forstår foreldre den? Hvordan forstår foreldre ekspertens stemme og makt, og hvordan posisjonerer de seg i forhold til eksperten? Hvordan snakker foreldrene om normalitetsidealet? Spørsmålene blir drøftet med utgangspunkt i en dominerende biomedisinsk posisjon, som har en naturvitenskapelig forankring. Familieterapi og systemisk praksis trekkes inn som et mulig alternativ, og blir drøftet i forhold til en biomedisinsk forståelse.

Disse er imidlertid ikke likeverdige, og systemisk praksis fremstår som marginal i en medisinsk diskurs som er dominert av biomedisinske forståelser.

1.	INNLEDNING.....	8
1.1	Bakgrunn for valg av tema	9
1.2	Mot en problemstilling.....	10
1.3	Forskning på temaet.....	11
1.4	Oppgavens oppbygging	12
2	TEORIGRUNNLAG	13
2.1	Den medisinske diskursen	13
2.1.1	Bakgrunnshistorie.....	13
2.1.2	Det biomedisinske paradigmet	15
2.1.3	Den medisinske diagnosen	17
2.2	Familieterapi og systemisk praksis.....	19
2.2.1	Det systemiske alternativet.....	19
2.2.2	Sosialkonstruksjonisme og språk.....	21
2.3	Foucault.....	23
2.3.1	Poststrukturalisme og diskurs	23
2.3.2	Makt og viten.....	25
2.3.3	Om galskap	25
3	DISKURSANALYSE.....	27
3.1	Grunnlaget for diskursanalyse.....	27
3.2	Oppgavens diskursanalyse	28
4	METODE.....	31
4.1	Vitenskapsteoretisk forankring	31
4.2	Valget av en kvalitativ metode.....	32
4.3	Intervju	33
4.4	Utvalg	34

4.5	Etiske betraktninger	35
4.6	Eget ståsted	38
5	ANALYSE.....	40
5.1	Brudd med det normative	40
5.1.1	”Det har liksom skurra litt”	40
5.1.2	”De folkene her må jo til slutt tro at det er meg”	43
5.1.3	”Dem setter slike stempel på unger”	45
5.1.4	Subjektposisjoner og handlingsrom	47
5.2	GRENSEOPPGANGER	48
5.2.1	”Da må det være fordi han er storebror”	49
5.2.2	”Hun får ikke lov å oppføre seg som han vil”	51
5.2.3	”Så sa vi nei”	54
5.2.4	Subjektposisjoner og handlingsrom	55
5.3	EKSPERTENS STEMME	56
5.3.1	”Slo ikke meg at det kunne være noe spesielt”	56
5.3.2	”Som forelder så er du veldig sårbar”	60
5.3.3	Subjektposisjoner og handlingsrom	62
5.4	EKSPERTENS MAKT	63
5.4.1	”Vi har trengt hjelp”	64
5.4.2	”Foreldrene blir på en måte bare statister”	66
5.4.3	Subjektposisjoner og handlingsrom	68
5.5	NORMALITETSIDEALET	70
5.5.1	”Annerledesgrensa”	70
5.5.2	”Veien mot å bli voksen skal bli lettere”	73
5.5.3	”Du skal være perfekt”	74
5.5.4	Subjektposisjoner og handlingsrom	76
6	AVSLUTTENDE DRØFTING	78

Litteraturliste	81
Vedlegg nr.1: Intervjuguide	88
Vedlegg nr.2: Informasjons- og samtykkeskjema til virksomhetsleder	89
Vedlegg nr.3: Informasjons- og samtykkeskjema til informanter.....	90
Vedlegg nr.4: Søknad til NSD og svar fra NSD	91

1. INNLEDNING

Nasjonalt folkehelseinstitutt ga i 2009 ut en rapport om psykiske lidelser i Norge. I forordet, som er skrevet av divisjonsdirektør Arne Holte, kan vi lese følgende:

Det er med stor glede og stolthet jeg presenterer rapporten "Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv". Rapporten er en del av rapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet på prosjektet "Regelmessige diagnosebaserte befolkningsundersøkelser" (RDB). Rapporter som denne er et av de viktigste produktene av den forskning på psykisk helse, psykiske plager og psykiske lidelser som Nasjonalt Folkehelseinstitutt utfører (Holte 2009:3).

I *Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*, er psykisk lidelse definert som "psykiske vansker av en slik type eller grad at det kvalifiserer til en diagnose" (Sosial- og helsedirektoratet 2007:17). Når jeg velger å innlede med dette, er det fordi jeg ønsker å vise hvor sterk posisjon de medisinske diagnosene har i dag.

I Fokehelseinstituttets rapport kan vi videre lese at om lag 8 prosent av barn og unge i alderen 3-18 år på et gitt tidspunkt har en psykisk lidelse, og i Norge utgjør prosentandelen minst 70 000 barn. Dette er et konservativt estimat, basert på ulike undersøkelser (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2009:43). Til sammenligning har 5-11 prosent av 10-åringene astma. Psykiske lidelser er dermed å betrakte som vår tids nye folkesykdom (Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2010, Prop. 1 S 2009-2010).

Et søk på Google (12.02.2011) med ordene "psykisk lidelse" og "barn" gir hele 168 000 treff. I en link fra *Dagbladet* finner vi følgende overskrift: "Ett av tre barn vil få en psykisk lidelse før de fyller 16 år" (Holterman m.fl. 2010). Tallenes tale er tydelig og det er lett å forstå at mange trenger hjelp. Eller finnes det andre måter å forstå disse tallene på? "Tidlig intervensjon" er nåtidens melodi, uttaler psykolog Tor-Johan Ekeland i TV-programmet *Spekter* på NRK den 3. desember 2008, og mener at bruken av diagnoser har blitt liberalisert. "Jeg syns det er et kulturelt problem at vi fortolker stadig mer av menneskelige variasjoner og livssmerte inn i en medikalisert eller psykologisert språkbruk", sier han. Tilsvarende skriver den danske familierapeuten Jesper Juul i *Dagbladet Magasinet*: "Diagnostisering av barn er ofte uttrykk for voksnes hjelpeleshet" (2009:25).

Dette perspektivet har imidlertid liten plass i min praksis som helsesøster, der ”tidlig intervensjon” er en målsetting. I dette ligger blant annet en grunnleggende forståelse av at tidlig diagnostikk er viktig for å forebygge problemer senere. En av mine arbeidsoppgaver er nettopp å finne de barna som kvalifiserer for en mulig diagnose, og hjelpe foreldrene med henvisning til spesialisthelsetjenesten. I denne sammenhengen snakker vi om en psykiatrisk diagnose, der ADHD og Asperger syndrom er blant de mest kjente (Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2009:49).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Motivasjonen for å begynne på masterstudiet i familieterapi og systemisk praksis, var et ønske om å hjelpe familier som jeg møter i jobben som helsesøster. Etter hvert ble jeg opptatt av hvordan problemer oppstår, og mangfoldet i hvordan vi tolker verden rundt oss. Det ble åpnet opp for nye perspektiv, blant annet at alt må ses i en sammenheng for å gi mening.

Watzlawick m.fl. sier det på denne måten: ”et fenomen forblir uforklarlig så lenge observasjonsrammen ikke er vid nok til å inkludere den sammenhengen som fenomenet inntreffer i” (1967:20-21, min oversettelse).

Samtidig opplever jeg et stadig økende diagnosefokus i skolehelsetjenesten, og tilliten til den medisinske vitenskapen gjør at vi sjelden stiller spørsmål ved denne praksisen. Derfor mener jeg at Ekelands stemme er viktig, når han minner oss på dette:

Det moderne helsevesen dominerer ikke et naturgitt domene, men et domene fremkommet gjennom en kulturhistorisk prosess. Gjennom sine definisjoner av og i dette domenet, organiserer og legitimerer helsevesenet seg som praksis (Ekeland 2001:308).

I hverdagen har jeg begrensede muligheter til å stoppe opp og reflektere rundt dette. Derfor var jeg ikke i tvil om hva jeg skulle skrive om i min masteroppgave. Jeg ønsker å se nærmere på spørsmål knyttet til diagnosepraksisen i helsevesenet, og hvilke begrensninger og muligheter som den gir barn og foreldre.

1.2 Mot en problemstilling

Her vil jeg innlede med en foreløpig definisjon av diskurs: ”en diskurs er en bestemt måte at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på.” (Jørgensen og Phillips 2008:9). Denne definisjonen ønsker jeg at leseren skal ta med seg som en introduksjon til diskursbegrepet. I denne oppgaven vil jeg se nærmere på den medisinske diskursen, som kan forstås som et disiplinert regime. Det vil si et sett med regler som vi lærer, og som regulerer vår oppførsel og våre uttrykk (Gergen og Gergen:2009:58).

I utgangspunktet er diagnosespråket ”the terms of the expert”, eller ekspertens språk (Gergen 1996:103). Som alle andre språk, må det imidlertid forstås for å kunne gi mening. Jeg ønsket derfor å finne ut hvordan foreldre forstår de medisinske diagnosene. Dette førte meg til følgende problemstilling:

”På hvilken måte konstituerer den medisinske diskursen seg i hvordan foreldre snakker om sitt barn?”

For å forstå hva som menes med konstituerer, vil jeg her gi en nærmere definisjon av diskurs:

En diskurs er et system for frembringelse av ett sett utsagn og praksiser som, ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstituerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i ett sett sosiale relasjoner (Neumann 2002:18).

I oppgavens analyse vil jeg forsøke å undersøke hvordan den medisinske diskursen er virkelighetskonstituerende for informantene, og hvordan den regulerer deres handlinger gjennom ulike subjektposisjoner.

Foreldre er mor eller far til et barn som har en diagnose, eller har protestert på at barnet skal få en diagnose. Felles for dem er at de har et barn som kan kalles litt annerledes enn normen.

Før jeg går videre vil jeg presisere hvilke avgrensninger som er gjort. Selv om jeg med diagnose mener psykiatrisk diagnose, vil jeg ikke si at jeg avgrenser meg til fagfeltet psykiatri, men heller definere det som psykisk helse. I dette ligger både medisinske forståelser og systemisk praksis, som jeg vil komme tilbake til i teorikapittelet og som en del av

analysen.

Jeg har valgt å skrive lite om medisiner og det vil ikke drøftes på grunn av at jeg anser dette som et omfattende tema. Andre åpenbare avgrensninger er i forhold til evidensbasert behandling, og barn som lever i familier med omsorgssvikt.

1.3 Forskning på temaet

Jeg har funnet lite forskning på foreldres forståelser av å ha et barn med en psykiatrisk diagnose, bortsett fra amerikanske og australske studier som omhandler foreldre til barn med ADHD. Jeg har imidlertid ikke referert til de i oppgaven, fordi de ikke bidro til å belyse problemstillingen (Kendall m.fl. 2005 og Peters & Jackson 2008). En norsk doktorgradsavhandling om foreldres opplevelse av å ha barn med ADHD er underveis, men det er ikke publisert noe i skrivende stund. Jeg har imidlertid vært i kontakt med forskeren som kunne bekrefte at det er lite forskning på temaet.

Hennum (2002) har skrevet en doktorgradsavhandling om å være foreldre til norsk ungdom, og Sandbæk (2002) har gjort tilsvarende om foreldre som sosiale aktører i møte med hjelpetjenester. Begge disse har bidratt til å belyse problemstillingen i oppgaven.

Innledningsvis siterte jeg fra Folkehelseinstituttet, der vi kan lese at regelmessige diagnosebaserte undersøkelser er blant den viktigste forskningen på psykisk helse i Norge. Det kan bety at kartlegging av ulike diagnoser prioriteres i forskningssammenheng, og at det fokuseres mindre på foreldrenes stemme, eller forskning der man stiller spørsmål ved diagnosen. Man kan likevel undre seg over hvorfor det er få studier som har undersøkt nytten av å ha en diagnose når det fremheves som så viktig (Helsedirektoratet 2008a:2).

Statlige rapporter og veiledere vil utgjøre en del av teorigrunnet i denne oppgaven, fordi de legger føringer for praksis. Med statlig mener jeg Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet.

Tor-Johan Ekeland er en opponent til den medisinske diskursen, som jeg allerede har vist. Idéhistoriker Espen Schaanning er også en kritiker, både på selvstendig grunnlag og ved å vise til Michel Foucault. I tillegg vil jeg støtte meg på Åge Wifstad (2001) som har skrevet *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse*. På bokens omslag står det: ”Den aktuelle grunnlagsdiskusjonen i psykiatri drøftes med spesiell vekt på ”epistemologidebatten” i familierapi”.

1.4 Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 vil jeg presentere det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Jeg vil vise til bakgrunnshistorien til den medisinske diskursen, og gjøre rede for den biomedisinske forståelsen. Deretter følger en presentasjon av familierapi og systemisk praksis. Jeg vil også vise til Michel Foucault og hans diskursbegrep, samt hans analyser av hvordan viten og makt henger sammen. I kapittel 3 vil jeg gjøre rede for diskursanalyse, både på generelt grunnlag og hvordan jeg har valgt å gjøre det i denne oppgaven. I kapittel 4 vil jeg gjøre rede for metodiske tilnærminger; det vil si fremgangsmåte og ulike veivalg, samt begrunne disse. I kapittel 5 følger analysen der empirien presenteres og drøftes med utgangspunkt i de ulike teoretiske perspektivene. Til slutt følger en oppsummerende drøfting i kapittel 5.

2 TEORIGRUNNLAG

I dette kapitlet vil jeg vise hvilke teoretiske perspektiv som danner grunnlaget i oppgaven. Før jeg går i gang, vil jeg presisere at den medisinske diskursen og systemisk praksis har forskjellige epistemologiske og ontologiske forankringer. Med epistemologi menes hvordan vi skaffer oss kunnskap om verden og ontologi forstås som læren om det værende; hva verden består av (Neumann 2002:14). Hva forskjellene består i, ønsker jeg å klargjøre ved først å redegjøre for den medisinske diskursen; dens historie, dominerende stemmer og diagnosenetkningen. Deretter vil jeg presentere familierapi og systemisk praksis som et alternativ; den sosialkonstruksjonistiske grunnlagstenkningen og språksyn. Til slutt vil jeg se på Foucault og hans diskursbegrep, samt sette det i sammenheng med makt og viten.

Jeg vil underveis forsøke å drøfte de ulike teoretiske perspektivene mot hverandre, samt vise til sammenhenger. Jeg ønsker også å synliggjøre hvordan jeg forstår det jeg leser.

2.1 Den medisinske diskursen

Jeg vil først gå tilbake til sitatet fra Ekeland (2001), der han fremhever betydningen av den kulturhistoriske utviklingen som avgjørende for helsevesenets dominans i dag. Denne sammenhengen vil jeg forsøke å vise ved å trekke opp noen historiske linjer. Deretter vil jeg se på det biomedisinske paradigmet, som har en dominerende posisjon i den medisinske diskursen i dag, før diagnosenetkningen forklares nærmere.

2.1.1 Bakgrunnshistorie

Forklaringsmetoden i den medisinske vitenskapen tar utgangspunkt i nosologien (klassifikasjonen) og etiologien (sykdomsårsaken). Det betyr at det syke organet skilles fra det friske, og det syke settes i fokus ved at man går inn og undersøker hvordan det kan helbredes. Samtidig er det et viktig prinsipp at hver sykdom har sin spesielle årsak (Jensen 2004:28). Dette var imidlertid fortsatt et diskusjonsemne i medisinske kretser i forrige århundre, skriver Per Jensen. Noen hevdet nemlig at sykdom kunne oppstå som følge av ugunstig samspill mellom mange faktorer, men det var altså tanken om årsak-virkning som

ble toneangivende i diskusjonen, skriver han. Ved å forklare sykdom med en eneste årsak, beveget hele det medisinske fagmiljøet seg i reduksjonistisk retning. Det betyr at biologiske funksjoner ble redusert helt ned til mindre og mindre deler, helt inn til molekylære prosesser. Den naturvitenskapelige forskningen ble derfor kalt reduksjonistisk (Jensen 2004: 28).

Det kartesianske skillet mellom kropp og sjel er basis for moderne medisin. Jensen peker på en viktig konsekvens av dette når han viser til den manglende kontakten mellom biologisk (somatisk) orienterte leger og psykiatere og psykologer. Han skriver videre at de psykologiske forklaringene ofte blir sett på som lite vitenskapelige og spekulative av naturvitenskapelige forskere. Dette har igjen ført til at psykologer og psykiatere har orientert seg mot biologiske, hjerneorganiske og kjemiske forklaringer på psykiske problemer (2004:28-29).

Jeg finner støtte for dette hos psykiaterne Ringen og Dahl, som hevder at det kartesiansk dualistiske skillet er foreldet (2002:2026). De mener videre at fremtidens psykiatri vil bygge på en nevrobiologisk forståelse, og omtaler den nevrobiologiske modellen som en forståelsesmodell i psykiatrien. Den er kjennetegnet ved at forstyrrelser i biologiske prosesser i hjernen, blir sett på som sentrale for utviklingen av psykopatologiske forhold. Videre knyttes nevrobiologi opp til tradisjonell medisinsk somatisk tenkemåte (Ringen og Dahl 2002:2024). Ringen og Dahl ønsker denne modellen velkommen:

Psykiatri har over lang tid lidd under mangelen på et enhetlig forklaringsparadigme. Vi mener at tiden er inne til å hevde nevrobiologi som grunnlag for alle psykiatriske forståelsesmodeller (Ringen & Dahl 2002:2024).

Et paradigme kan forstås som selve gulvet som vitenskapen står på, og som den naturlige forutsetningen for virksomheten. I tillegg er paradigmet et modelleksempel for hvordan forskning skal drives innen et gitt fagområde (Aadland 2007:150-151). Psykiatrien mangler et samlende paradigme, som Ringen og Dahl skriver. Da er det rimelig å anta at faget er splittet i forskjellige retninger, med Wifstads ord, og at det er problematisk å snakke om psykiatrien i bestemt form entall (2001:21). Videre viser Wifstad til Ole Berg, som beskriver ulike modeller i psykiatri. Den nevrobiologiske og reduksjonistiske modellen ser på pasienten som et objekt og de pårørende som tilskuere. Denne retningen hevdes å være verken psykologisk krevende eller politisk truende. Den sosiologisk orienterte psykologien derimot, er mer

klientorientert og beforder nedbygging av hierarki, og beskrives som kontroversiell (Berg 1987 i Wifstad 2001:21).

Ekeland skiller også på ulike retninger i psykiatrien, og poengterer at de ikke fremstår som likeverdige. Han hevder at familierapi som kunnskapstradisjon representerer en opposisjon til det han kaller den biomedisinske arkitekturen, og vil følgelig ha en marginal posisjon (2001:308). Før jeg går nærmere inn på familierapi og systemisk praksis, vil jeg se på det biomedisinske paradigmet og deretter diagnosetenkningen.

2.1.2 Det biomedisinske paradigmet

Som tidligere nevnt tar Ringen og Dahl til orde for en nevrobiologisk forståelsesmodell i psykiatrien. Dette innebærer en nevrobiologisk epistemologi, der det biomedisinske paradigmet angir et grunnkjema for hvordan sykdom skal og bør forstås. Diagnosesystemene er derfor forankret i en slik epistemologi (Ekeland 2010:31).

Biomedisin bygger på et naturvitenskapelig og modernistisk vitenskapssyn. Sentralt i dette er tanken om at virkeligheten kan avdekkes empirisk og fremstå gjennom universelle, sanne og stabile kategorier. På grunnlag av denne avdekkingen, skal en kunne gripe inn og manipulere virkeligheten i retning av ønskelige tilstander (Ekeland 2001:308-309). Dette henger sammen med den medisinske modellens krav til at kunnskap skal være objektiv (Jensen 2004:28).

Ekeland hevder at det biomedisinske paradigmet forutsetter at forståelsen av både sykdom og behandling, skal forankres i en vitenskapelig oppfatning av kroppen som natur, det vil si en ”subjektløs” eller naturlig biologisk kropp. Derfor må kunnskapsutviklingen baseres på studier av kroppsobjektet, og ikke kroppssubjektet. Den erfarende, opplevende og historiske kroppen ligger imidlertid ”utenfor” dette paradigmets rekkevidde (Ekeland 2010:32).

Ringen og Dahl hevder derimot at det er åpenbart at alle mentale funksjoner har biologiske korrelater i hjernen. De skriver videre at alle forklaringsmodeller om psykopatologi må ha et ledd av nevrobiologi for å være fullstendige, og at ingen psykiatrisk forståelsesmodell lenger

kan se bort fra nevrobiologi som grunnlagsteori. Dette er basert på en erkjennelse av hjernen som sinnets substrat, skriver de (2002:2026).

Gergen problematiserer dette ved å reise spørsmål om uttrykkene kan si noe om menneskets psykologiske tilstand. Vi har ingen direkte adgang til det som ligger under ordene eller handlingene, mener han. Det finnes ingen metoder for å finne ut hva som ligger i sinnet, eller om det finnes et ”sinn” i hele tatt (2010:97-98). Gergen inntar dermed en annen posisjon enn Ringen og Dahl, som hevder at hjerneforskning gir oss tilgang til sinnet. De støtter seg på Eric Kandel, som hevder at psykiatrien må forsone seg med biologien og erkjenne at sjel er hjerne (2002:2026).

Med videre henvisning til Kandel, skriver Ringen og Dahl at psykoanalysen bare kan oppnå sin lenge etterlengtede vitenskapelige anerkjennelse ved å definere sitt grunnlag som biologi. De trekker også frem at Kandel er nobelprisvinner i medisin, dette underbygger trolig deres argumenter. De hevder imidlertid at også de andre forståelsesmodellene vil styrke sin egen sak ved å integrere nevrobiologi. Dette har stor betydning for fagets troverdighet og tyngde utad, mener de. Legen vil også kunne få en tydeligere plass, noe som de mener er viktig for rekrutteringen til faget, etter at andre faggrupper har trent seg inn på legenes enemerker. Dermed trer legens posisjon frem som en viktig del av diskursen. I kraft av sin rolle og utdanning, bør nemlig legen være den mest kompetente på nevrobiologiske forhold, hevder Ringen og Dahl (2002:2025-26). Jeg vil senere komme nærmere inn på sammenhengen mellom legens, eller ekspertens, posisjon og kunnskap.

Jeg har så langt forsøkt å vise hvordan det biomedisinske paradigmet er blitt dominerende i den medisinske diskursen. Det har skjedd en vitenskapeliggjøring av psykiatrien i form av en integrering i det medisinske fagområdet, skriver Wifstad. Kombinasjonen av mer sofistikerte diagnostiske instrumenter og senere års fremskritt innen hjernebiologisk forskning, har ført til lovnader om et presist og potent begrepsapparat som kan generere mer effektive behandlingstiltak (2001:33). Det kan bety at legens diagnose fremstår som meningsfull og gir håp til den syke.

Vektlegging av nøyaktig klassifikasjon og perfektionering i vitenskapelig metode er et dominerende trekk ved dagens psykiatri (Wifstad 2001:13). Hva som ligger i dette, vil jeg se nærmere på i neste avsnitt om den medisinske diagnosen.

2.1.3 Den medisinske diagnosen

Ekeland stiller spørsmålet: ”Kva så med diagnosar i psykiatrien?” (2003:58). Inspirert av Foucault, hevder han at den medisinske profesjonen etablerer psykiatrien ved gradvis å overta definisjonsmakten over galskapen som livsområde. Galskapens diskurs blir dermed en medisinsk diskurs, fordi medisinen autoriserer hva slags språk og terminologi dette fenomenområdet skal omtales gjennom (2003:58). Her vil jeg trekke en parallell tilbake til definisjonen av psykisk lidelse, som er en vanske som kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose.

Moderne psykiatri har ekspandert til å omfatte generelle vanskeligheter i livet, samtidig som antall kategorier har økt, skriver Ekeland. Dette henger sammen med utviklingen av nye diagnosesystemer, og han trekker her spesielt frem DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). Fra starten i 1952 (DSM I) og til versjon IV i 1994, har tallet på diagnoser økt fra 60 til 350. Dette er en ekspansjon på over tre hundre prosent. DSM er skapt av den amerikanske psykiaterforeningen, men ble opprinnelig initiert av det amerikanske byrået for folketelling, som ønsket bedre kategorier i forsøket på å telle pasienter i institusjon, utover ”idiocy” og ”insanity” (2003:56,58).

Kategoriene fremstår ikke som like universelle og sanne når diagnosepraksisen settes i en historisk kontekst. Ekeland går så langt som å hevde at den er knyttet til ”psykiatrifaget sin profesjonsambisjon og behov for vitskapleg legitimitet” (2003:57). Videre skriver han at diagnosepraksisen er tilpasset et ”samfunnsmessig styringsbehov som føreset kategorisering som grunnlag for statistikk, administrasjon og økonomitransaksjon i helsevesenet” (2003:57). Men hvordan forklarer psykiatrien selv den diagnostiske praksisen? På Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forenings nettsider, står dette:

Psykiatrisk klassifikasjon er basert på medisinsk tradisjon hvor en forutsetter meningsfulle forskjeller mellom normalitet og "sykdom" som utgangspunkt for diagnostiske kategorier (Zeiner og Nøvik: 2001).

Selv om det kan være utfordrende å diagnostisere barn som er i utvikling, har de senere klassifikasjonssystemene gitt mer pålitelig diagnostikk enn tidligere. Det betyr at fagpersoner er mer enig når de setter diagnoser (Helsedirektoratet: 2008a). Så selv om det kan være vanskelig å finne de syke gjennom klassifikasjon, møtes dette med nye og bedre verktøy. En viktig begrunnelse for bruk av diagnostiske hjelpemidler, er at fagpersonen blir veiledet til å spørre om og vurdere hele spekteret av symptomer og funksjoner (Helsedirektoratet 2008b:32). Dette kan settes i sammenheng med en biomedisinsk epistemologi der verden fremstår gjennom sanne kategorier.

Ekeland stiller spørsmål ved selve epistemologien, som jeg har vist tidligere. I *Lærebok i barnepsykiatri* står imidlertid dette: ”I dag må det sies å være stor enighet i de fleste deler av det barne- og ungdomspsykiatriske fagfeltet om berettigelse og nytte av diagnostikk” (Grøholt, Sommerschild, Garløv 2008:91). Ekeland inntar derfor et alternativt ståsted ved å gå imot denne enigheten, og blir dermed en opposent til diagnosetenkningen.

En av fordelene med kategorisk klassifikasjon er at det gir en hensiktsmessig forenkling av store mengder informasjon. Det kan være et hjelpemiddel til å samordne informasjon og skape et språk for kommunikasjon med andre (Zeiner og Nøvik 2001). Dette kan videre bidra til en felles forståelse av diagnosene ADHD eller Asperger syndrom, og hvilke symptomer som følger med. Jeg undrer meg imidlertid over om man også kan miste informasjon om enkeltindividet ved å sette det inn i en kategori.

Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker angir noen retningslinjer for praksis. Her står det at det først skal gjøres en inntaksvurdering. Hvis kriteriene er tilstede, kan man gå videre på en utredning. Hensikten med utredning er å stille en diagnose og å gi retningslinjer for behandling (Statens helsetilsyn 2001:15,17).

I følge *Veileder* for Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, skal det gjøres en normativ vurdering av barnet før en diagnose kan settes. Normen kan være gjennomsnittet for et representativt utvalg barn i en aktuell aldersgruppe, med angivelse av normal variasjon i form

av standardavvik. Vurderingen kan gjøres ved hjelp av blant annet standardiserte tester, og selve diagnosen bør settes av en psykiater eller psykologspesialist, men andre faggrupper kan også gjøre diagnostiske vurderinger på sitt fagområde (Helsedirektoratet 2008b:32 og Zeiner og Nøvik 2001). Ekspertens stemme trer derfor frem som en viktig del av den medisinske diskursen. Dette er i motsetning til hvordan det systemiske feltet ser fagpersoners rolle, noe som jeg vil forsøke å vise i neste avsnitt.

2.2 Familieterapi og systemisk praksis

Jeg har tidligere referert til Ekeland som hevder at familieterapi og systemisk praksis har en marginal status til fordel for det biomedisinske paradigmet. Dette kan henge sammen med at det systemiske fagfeltet har en annen forståelse av psykisk lidelse, som er forskjellig fra medisinsk diagnostikk og evidensbasert behandling (2001:308). For å tydeliggjøre forskjellene, vil jeg redegjøre for systemisk praksis som et alternativ til en biomedisinsk forståelse.

2.2.1 Det systemiske alternativet

Familieterapi og systemisk praksis fremstår som et alternativ til positivistisk og medisinsk teori, ifølge Jensen (2004:33), mens Ekeland skriver at det er i en opposisjon til den biomedisinske arkitekturen(2001:308). I *Ansikt til ansikt* beskriver Jensen hvordan det mekanistiske, eller newtonianske paradigmet, får innpass i mange fag, og senere blir utviklet til det positivistiske paradigmet. Auguste Comte blir regnet som opphavsmann til positivismen, som oppstod i begynnelsen av forrige århundre. Han mente at man må ta i bruk naturvitenskapens metoder og teknikker for å forstå samfunnet, der målet er å utforme allmenngyldige lover. Med positiv mener Comte ”det positivt gitte”, som er det som kan måles, veies, observeres og telles. Et kjennetegn ved positivismen er å finne sammenhenger mellom årsak og virkning, som jeg tidligere har vært inne på (Jensen 2004:26-27).

Systemisk praksis tar utgangspunkt i et sirkulært feedback paradigme, som er forskjellig fra et lineært årsak-virkning paradigme. Feedback betyr at et system er i stadig bevegelse.

Interaksjonen pågår kontinuerlig og et system regulerer seg selv ved hjelp av den

tilbakemelding som systemet gir seg selv (Jensen 2004:33). Et system kan være en familie, et par, et arbeidsfellesskap eller lignende.

Gregory Bateson (1904-1980) er en av de fremste representantene for det systemiske paradigmet i vårt århundre. Han lanserte et alternativ til den mekanistiske forståelsen av verden, og mente at mennesket er en del av en helhet som det ikke kan sees uavhengig av. Relasjoner blir derfor viktig i det systemiske paradigmet. Det vil si at fenomener blir forstått som en del av et samspill, og ikke som et individuelt problem eller en spesiell egenskap (Jensen 2004:33,35). Der psykiateren vil sette en diagnose, vil kanskje en systemisk tenkende være opptatt av kommunikasjonen mellom mennesker. De epistemologiske og ontologiske forskjellene kommer her til syne gjennom hvordan det systemiske forstår menneskelige fenomener.

Videre er konteksten som et fenomen opptrer i, sentral for forståelsen av fenomenet, noe som jeg har vært inne på tidligere. En kontekst er ”den sammenheng fenomenet opptrer i, og denne sammenhengen består av menneskene, stedet der det foregår og tiden det foregår i” (Jensen 2004:35). Man må dermed utvide synsfeltet for å kunne forstå bedre. Dette kan være i kontrast til medisinske idealer om at virkeligheten skal fremstå gjennom sanne og stabile kategorier. Utover dette er det imidlertid vanskelig å finne noen tydelige kjennetegn på familierapi og systemisk praksis (Jensen 2004:35).

Wifstad skriver at feltet utgjør et mangfold, og at det er utviklet arbeidsformer der man snakker med både enkeltindivider og familier eller andre konstellasjoner. Familierapi er mange ting, skriver han. Videre hevder han at feltet har vært preget av en sterk polarisering mellom ulike skoleretninger, ofte med karismatiske frontfigurer som har konkurrert om det teoretiske hegemoniet. Det er et ungt fag som mangler et velfundert og konsensuskapende begrepsapparat, noe som også er et særtrekk ved psykiatrien, som jeg tidligere har vært inne på (Wifstad 2001:75,80).

Ekeland hevder at systemisk praksis har en marginal posisjon fordi begrepsapparatet ikke er tilpasset samfunnets styrings- og kontrollbehov, i motsetning til den dominerende biomedisinske posisjonen. Den vitenskapelige legitimeringen av praksis som innveves i ulike styringssystemer, bidrar til at det oppstår allianser som utøver modellmakt, mener han

(2001:321). Ekeland referer til Bråten når han bruker begrepet modellmakt. Med dette mener han en makt som bygger på monopolisering og hegemoni over visse oppfatninger av virkeligheten (Bråten 1987 i Ekeland 2001:321). Dermed fortrenses andre forståelser, som familierapi og systemisk praksis, hevder han. Ekeland spør også om det systemiske fagfeltet har seg selv å takke for den marginale posisjonen, ved å kalle seg familierapi, og dermed henvise seg selv til en enklave for dem som jobber med familier. Videre hevder han at marginaliseringen kan ta to retninger; enten ved å tilpasse seg majoritetskulturen som avvikere ofte gjør, eller ved standhaftig å hevde sin egenart med tro på minoritetsmaktens langsomme virkning (2001:321).

Jeg vil avslutte avsnittet om det systemiske alternativet med Ekelands ord om fagfeltets mulige fremtid. I det neste følger en nærmere redegjørelse for fagfeltets forankring i sosialkonstruksjonismen og språksynet.

2.2.2 Sosialkonstruksjonisme og språk

Øfsti skriver at sosialkonstruksjonisme, postmodernisme og poststrukturalisme er begrep som brukes om hverandre, men felles for dem alle er de utvikler seg i et oppgjør med modernismens idealer om det rasjonelle mennesket, troen på objektiv viten og språkets nøytralitet. De tre retningene har gitt opphav til den språklige vendingen i samfunnsvitenskapene, som innebærer økt interesse for språket i seg selv og bruk av språk (Øfsti 2010:16). Som jeg senere vil vise, er diskurs et begrep som hører til disse retningene.

Wifstad skriver at epistemologien i familierapifeltet har dreid i retning av sosialkonstruksjonisme og trekker frem Gergen som en viktig aktør (2001:111). Gergen og Gergen skriver at den grunnleggende ideen i sosialkonstruksjonismen er, at alt vi regner som virkelig er sosialt konstruert. Mennesker snakker alltid ut ifra en kulturell tradisjon når de definerer virkeligheter, og det er i kommunikasjonen vi konstruerer verden. I enhver kultur er det regler for hvordan man beskriver og forklarer, og ved å være en del av dette, blir ens uttrykksfrihet sterkt begrenset (Gergen og Gergen 2009:9-13).

Wifstad viser til at Gergens arbeider har spilt en viktig rolle som referanseramme for de mest interessante videreutviklinger av systemisk familieterapi, nemlig Goolishians ikke-vitende posisjon og Tom Andersen reflekterende prosesser (2001:113). De to samarbeidet med Harlene Anderson, og sammen var de opptatt av språkssystemet som oppstår rundt et problem. Det eksisterer ingen objektiv størrelse som alle kan være enig om, og som man kan finne en felles løsning på. Problemet befinner seg i språket, i samtalen, og behandlingen retter seg dermed mot de som deltar i denne samtalen (Hårtveit og Jensen 2004:187).

Terapi er å samtale slik at det utvikles ny mening og en ny virkelighet. Dette kan forstås som en bevegelse bort fra det normative og diagnostiske (Hårtveit og Jensen 2004:187). Harlene Anderson beskriver dette som å gå fra moderne tradisjoner til postmoderne muligheter, og hun skriver at dette ble mindre begrensende for henne. I hennes samarbeidende språkssystemiske terapi, mener hun det er terapeutens mål og hensikt å etablere en dialog som kan skape muligheter for klientens egne initiativer, frihet og muligheter. Dette forutsetter at vi forholder oss til våre klienter på en ny måte, skriver hun. Det er en filosofisk holdning, og en måte å være på i forhold til våre medmennesker. Mennesket bak terapeuten, så vel som klienten, får igjen adgang til terapilokalet (2003:57,129-130).

Hvis vi trekker paralleller til forskning, hevder Gergen i følge Wifstad, at vitenskapelig dyktighet er en form for språklig dyktighet. Forskning er i bunn og grunn en form for retorikk, og vi må gi opp forestillingen om at vitenskapelig arbeid er forpliktet på visse sannhetskriterier. Videre springer våre begreper om et indre mentalt liv ut av forsøket på å beskrive noe vi observerer i den ytre verden (Gergen 1982 i Wifstad 2001:115,118). Dette er forskjellig fra den positivistiske forskningen, der målet er å finne objektive og universelle sannheter.

Jeg har så langt tatt for meg den medisinske diskursen og så det systemiske alternativet. De teoretiske betraktningene vil videre handle om Michel Foucault.

2.3 Foucault

Foucault vil være sentral i den senere analysen av empirien. Derfor vil jeg vise til noe av det han har skrevet, både fra primærkilder og sekundærkilder. Her vil jeg trekke frem Espen Schaanning, som har oversatt noen av Foucaults bøker til norsk. Han har i tillegg drøftet Foucaults arbeider (Schaanning 1999, 2000b). Jeg vil tilføye at mange av Schaannings tekster står på egne ben, selv om han tydeligvis er inspirert av Foucault.

Tor-Johan Ekeland refererer ofte til Foucault i sine artikler, og er åpenbart inspirert av det diskursive når han bruker betegnelser som ”den biomedisinske arkitekturen” (2001). Foucaults tenkning vil derfor være en viktig del av teorigrunnet i analysen.

Først vil jeg forsøke å redegjøre for poststrukturalisme og diskursbegrepet, deretter makt og viten, og så galskapen.

2.3.1 Poststrukturalisme og diskurs

Schaanning skriver at Foucault ofte omtales som poststrukturalist, sammen med franske filosofer som blant annet Baudrillard, Derrida og Lyotard. Poststrukturalisme må nødvendigvis defineres i forhold til strukturalismen, og det som videreføres fra strukturalismen er at sosiale fenomener analyseres ut ifra underliggende strukturer som subjektet ikke er herre over. Mens strukturalistene var opptatt av å finne enheter i strukturene de fant, forsøker poststrukturalistene heller å beskrive mangfoldet. Dessuten mener de at disse strukturene er sosiale, politiske, historiske etc. (Schaanning 2000a:99).

Et viktig poststrukturalistisk poeng er at diskurs konstruerer den sosiale verden, og mening kan ikke låses fast på grunn av språkets grunnleggende ustabilitet. Det er en kontinuerlig kamp mellom de forskjellige diskursene om å oppnå hegemoni, slik at de kan fastlåse språket på deres måte (Jørgensen og Phillips 2008:15). Jeg mener at dette er et viktig poeng i forhold til hvordan det biomedisinske paradigmet har fått sin posisjon.

Diskursbegrepet er uløselig knyttet til Foucault, men har etter hvert fått ulike betydninger og oversettelser. I forordet til *Seksualitetens historie I*, viser Schaanning til at Foucault betegner

diskurs som skrift og tale, slik de utøves innenfor bestemte vitensdisipliner. ”Diskursene er derfor uløselig knyttet til bestemte prosedyrer for å utvinne og ordne viten” (Schaanning 1999:8). Diskursbegrepet hos Foucault, peker ikke primært på språket som form, men på språket slik det er knyttet til utøvelsen av bestemte praksiser, særlig innenfor ulike praksiser som for eksempel det medisinske. Her er ikke viten det samme som vitenskap, men oppstår i kraft av å være knyttet til bestemte praksisformer (1999:9).

Foucaults forfatterskap deles tradisjonelt opp i en tidlig arkeologisk fase og en senere genealogisk, selv om de overlapper hverandre og han bruker arkeologiske redskaper også i sine senere arbeider. Foucaults diskursteori er en del av hans arkeologi. Her er han opptatt av å avdekke reglene for hvilke utsagn som blir akseptert som meningsfulle og sanne i en bestemt historisk epoke (Jørgensen og Phillips 2008:21). En genealogi er en historisk metode som undersøker fenomener som diskursive praksiser. Fokuset rettes mot de handlingsbetingelser som gjør en praksis mulig, og mot de effektene den har. Genealogien har som mål å avsløre det tilfeldige i de prosessene som har ført til dagens situasjon (Neumann 2002:154). ”Foucault er ute etter å forurolige”, skriver Schaanning. Han opptrer ikke som kritiker med sin særegne form for historieskriving, men ”han vil få de som forvalter sannheten – særlig vitenskapsmennene – til å føle seg mindre sikre på seg selv” (Schaanning 1999:180).

Foucaults formål er å avdekke strukturen i de forskjellige vitensregimer, og han viser til at uttalelsene innenfor et domene er enslydende og gjentakende (Jørgensen og Phillips 2008:22). Han fokuserer på alle de prosedyrer og innretninger som settes i sving for å utvinne, nedtegne, registrere og systematisere viten. Vitensdisiplinene er samfunnsmessige bærere av bestemte praksiser som på ingen måte kan reserveres den ”rene” vitenskap. Vi kan dermed ikke slå oss til ro med å hevde at vi ved hjelp av vitenskapelige midler vet mer enn før. Det som kommer til syne, er noe som først fremtrer i kraft av de prosedyrene man avdekker det med. Vi vet ikke nødvendigvis ”mer”, men vi vet noe ”annet”. Framtidens mennesker vil komme til å ha et annet tankesystem enn de som lever i dag, og i deres perspektiv vil dagens mennesker kanskje fremtre som uvitenskapelige og umoralske (Schaanning 1999:181,189-191).

Det som betraktes som sant i dag, er dermed et resultat av gitte historiske betingelser, og vitenskapen har ikke ført menneskeheten ett skritt nærmere ”sannheten”. Foucault foruroliger, som sagt, og rører ved mye av det vi tar for gitt. Hvordan forklarer han imidlertid troen på

vitenskapen? Her viser han til at de ulike vitenskapene har konstituert seg i kraft av en rekke maktrelasjoner, og med det ønsker jeg å gå videre til hans maktanalyse.

2.3.2 Makt og viten

I sine senere genealogiske arbeider, utvikler Foucault en teori om makt og viten, som han mener er gjensidig avhengig av hverandre (Jørgensen og Phillips 2008:23). Å ha makt er å ha mulighet til å gripe inn og disiplinere andres frie utfoldelse, til fordel for en utfoldelse makthaveren selv har kontroll over. Slik blir makten produktiv, fordi disiplineringsprosessene skaper oss om til sosialt integrerte mennesker. Her handler det ofte om hverdagslivets usynlige disiplinering, som ikke har noen klare makthavere (Wifstad 2001:239). Foucault uttrykker dette:

Jeg antar at diskursproduksjonen i ethvert samfunn på en og samme tid blir kontrollert, sortert, organisert og fordelt ved hjelp av en mengde prosedyrer som har som funksjon å avverge dens krefter og farer, beherske dens karakter av å være en tilfeldig begivenhet og omgå dens tunge og skremmende materialitet (Foucault 1999:9).

Han er ikke opptatt av aktørenes motiver og intensjoner, men *at* det snakkes og handles på en slik måte at makt opprettholdes eller at maktforhold oppstår (Schaanning 1999:193). Det usynlige, at noe tas for gitt, vil i denne sammenhengen være et uttrykk for en type maktutøvelse. Makten skaper dermed vår sosiale omverden ved å italesette den på bestemte måter, mens andre muligheter utelukkes. Slik blir makten både produktiv og begrensende (Jørgensen og Phillips 2008:23).

2.3.3 Om galskap

I *The birth of the clinic* er Foucault opptatt av de historiske betingelsene for fremvekst av dagens psykiatri. Her gjør han en analyse av det han kaller ”arkitekturen ved den medisinske persepsjonen”. Et hovedpoeng er at denne arkitekturen ikke bare er formet av den generelle kulturelle diskursen, men i høy grad også former den (Foucault 1976). Tidligere har jeg vært inne på at også Ekeland har påpekt dette.

I *Galskapens historie* poengterer Wifstad at Foucault undersøker galskapens historie, ikke psykiatriens. Utgangspunktet her er at galskapen sannsynligvis har eksistert til alle tider, men først på slutten av 1700- tallet er det eksplisitt gjort til gjenstand for det psykiatriske blikk. I dag snakkes det ikke så mye om galskap, og Foucaults poeng er at vi ikke lenger knytter noen klare forestillinger til begrepet, med mindre vi fastholder galskapen i en psykiatrisk kategori (Foucault 1973 i Wifstad 2001:218).

Foucault viser hvordan atskillelsen av fornuft fra galskap førte til at det som ble kategorisert som galskap, ble utelukket fra diskursen. Den gales tale fikk ikke lenger mulighet til å delta i diskursen, og den gales tale eksisterer ikke lenger. Dermed trer fornuften frem som synlig. For at den gales tale skal eksistere, må den tolkes av fornuften (Foucault 1973):

Da galskapen ved slutten av 1700- tallet ble konstituert som sykdom, var dialogen brutt, separasjonen allerede utført. Alle de stotrende, ufullstendige ordene uten fast syntaks, som uttrykte enheten mellom galskap og fornuft, ble støtt ut i denne glemselen. Psykiatriens språk, som er fornuftens monolog over galskapen, kunne bare opprettes på grunnlag av en slik stillhet” (Foucault 1973:18).

Det oppstår et skille mellom galskap og fornuft, og det er alltid mulig og nødvendig å gripe galskapen med fornuften, for galskapen er ikke-fornuft (Foucault 1973:100). Denne forestillingen etablerer premissene for å tenke at den sinnslidendes tilstand må forstås som uttrykk for patologiske mekanismer utenfor enhver viljekontroll. Interneringen av de gale, som etter hvert ble gjennomført, førte videre til at galskapen ble gjort til gjenstand for moralsk fordømmelse og at den krevde administrativ kontroll. Etter hvert, ved inngangen til 1800- tallet, er selve forestillingen om en dialog med galskapen knapt forståelig lenger (Foucault 1973 i Wifstad 2001: 224-227).

Som en oppsummering av Foucault og hans analyser, vil jeg avslutte med Ekeland, som jeg anser som en diskursanalytiker i Foucaults ånd. Han skriver at medisins historie ikke bare er en historie om medisinske landevinninger og seire over sykdom og lidelse. Det er også en diskurshistorie om utleiring og monopolisering av meningssystem, om modellmakt, hegemoni og allianser samt institusjonalisering av praksis (2010: 31).

De siste ordene kan også stå som en oppsummering av hele kapittelet før jeg går over til å gjøre rede for diskursanalyse som metode.

3 DISKURSANALYSE

Jeg har tidligere definert diskurs og redegjort for begrepet i teorikapittelet. Med dette forsøker jeg å bruke diskursforståelsen som en rød tråd gjennom hele oppgaven. Dette samsvarer med diskursanalytikerens ønske om å bryte ned skillet mellom teori og metode, og stille til skue hvordan enhver teori har metodiske implikasjoner (Neumann 2002:14-15). Hvis vi går tilbake til Foucault er han opptatt av hvordan viten i seg selv ikke er uten implikasjoner. Vitenskap handler ikke bare om å finne sannheter som venter på å bli oppdaget, men er også et resultat av maktforhold. I *Seksualitetens historie I* snakker han nettopp om vitenskap som viljen til viten (1999).

Neumann skriver at metode ofte forstås som en fremgangsmåte for å representere noe gitt fra et eksternt ståsted. I diskursanalyse derimot, ser man ingen mulighet til å finne et slikt ståsted. En analytiker kan ikke analysere noe uten selv å være implisert i det. Denne beskrivelsen av metode er derfor ikke bare upassende, men urealiserbar for diskursanalysen (Neumann 2002:15). Jørgensen og Phillips støtter dette ved å skrive at teori og metode er kjedet sammen, men de omtaler likevel diskursanalyse som en metode. De skriver imidlertid at man skal akseptere de grunnleggende filosofiske premisser for å bruke metoden i empiriske undersøkelser (2008:12). Hva de premissene består i, vil jeg komme nærmere inn på. Først vil jeg si mer om grunnlaget for diskursanalyse, og deretter oppgavens diskursanalyse.

3.1 Grunnlaget for diskursanalyse

Felles for alle diskursanalyser er språkets betydning og dens forankring i sosialkonstruksjonismen, i tillegg til strukturalistisk og poststrukturalistisk språkfilosofi. Ved hjelp av språket skaper vi representasjoner av virkeligheten. Det betyr ikke at virkeligheten eller den fysiske verden ikke finnes, men den får kun betydning gjennom diskurs (Jørgensen og Phillips 1999:17). Diskursanalytikerens må derfor akseptere den usikkerheten som ligger i å problematisere skillet mellom virkelighet forstått som fysisk virkelighet og virkelighet forstått som sosial representasjon. De spenningene som omgir dette skillet, gjøres til gjenstand for vitenskapelig undersøkelse. Epistemologiske spørsmål, som hvordan vi kan ha kunnskap om verden, står derfor i sentrum for analysen. Ontologiske spørsmål, som hva verden består av,

blir imidlertid ikke så fremtredende (Neuman 2002:14-15).

De forskjellige diskurser vil utpeke forskjellige handlinger som mulige og relevante i en gitt situasjon, eller hva som er ”politisk korrekt”. Slik får den diskursive forståelsen sosiale konsekvenser. Språket konstituerer den sosiale verden, og forandring i diskurs vil være en måte å forandre den sosiale verden på (Jørgensen og Phillips 1999:18). Det foregår en uopphørlig kamp mellom forskjellige diskurser om å definere de kategoriene og fenomenene som danner vår verden, noe som jeg har vært inne på før (Neumann 2002:21).

Neumann skriver at diskursanalyse er et alternativ til dem som ønsker å kaste nytt lys over de betingelser og forutsetninger som alltid er en del av politiske praksiser (Neumann 2002:15). For å illustrere dette poenget vil jeg vise til en artikkelserie i *Morgenbladet* høsten 2009. Her blir blant annet diskursanalyse og Foucault debattert. Et av poengene er hvordan diskursanalyse blir brukt av dagens studenter. Sammenhengen mellom diskursforståelsen og det politiske blir også debattert. Marit K. Slotnæs skriver at Foucaults begrep om diskurs har glidd inn i den intellektuelle dagligtalen, og ofte brukes synonymt med diskusjon. ”Det er en misforståelse”, skriver hun. Videre viser hun til diskursanalysens plass i det politiske landskapet, og som en måte å refse samfunnet på ved å opponere mot den etablerte makten (Slotnæs 2009).

Jeg tar med dette fordi det viser hvordan diskursanalyse kan være et politisk virkemiddel, like mye som en akademisk analyseform. Jeg har tidligere forsøkt å gjøre rede for den medisinske diskursen som hegemonisk, og at det biomedisinske paradigmet har en dominerende posisjon i denne diskursen. I tråd med Slotnæs, skriver Neumann at diskursanalyse egner seg til å studere situasjoner hvor det eksisterer kulturelt hegemoni ved at en maktkonstellasjon utfordres i liten grad (Neumann 2002:60). Jeg mener derfor at oppgavens tema er et godt utgangspunkt for diskursanalyse, og jeg vil gå nærmere inn på dette ved å beskrive oppgavens diskursanalyse.

3.2 Oppgavens diskursanalyse

Jørgensen og Phillips skriver at man kan skape sin egen pakke med å kombinere elementer fra

flere forskjellige diskursanalytiske perspektiver. Dette er ikke bare tillatt, men verdsatt (Jørgensen og Phillips 1999:12). Diskursanalyse har derfor ingen oppskrift, men må tilpasses formålet med oppgaven (Widerberg 2005:139).

Det åpnes opp for mange måter å gjøre en diskursanalyse på, og i Neumanns *Mening, materialitet og makt: En innføring i diskursanalyse* fant jeg en tilnærming som passer til denne oppgaven. Analysen tar utgangspunkt i Neumann sine ”tre skritt”: valg og avgrensning av diskurs, diskursens representasjoner og diskursens lagdeling (Neumann 2002). Jeg vil derfor gjøre nærmere rede for hvordan jeg har brukt de i denne oppgaven.

I følge Neumann kan ikke avgrensninger gjøres analytisk, fordi de avgrensningene som deltagerne i diskursen selv forsøker å foreta, er en meget viktig del av diskursen. Og her henviser han nettopp til den medisinske diskursen som et eksempel, fordi kampen om definisjonene av sykdommer og syndromer er en avgjørende del av det som skal studeres (Neuman 2002:56). I analysen vil jeg derfor forsøke å vise hvordan den medisinske diskursens grenser konstituerer seg.

Begrepet representasjon brukes om de viktigste pakkene av virkelighetskrav som en diskurs består av. Representasjoner må fremmes igjen og igjen, hvis de ikke er garantert fortsatt gyldighet av den diskursen de er med på å utgjøre. Videre kan de gjentas eller variere i større eller mindre grad. Når bærere av samme representasjon er institusjonalisert, utgjør de en posisjon i diskursen. Subjektposisjoner er situert i forhold til diskurser og eksisterer som deler av diskurser eller grenseposisjoner. Diskursanalytikeren gjør det til en forskningsoppgave å vise hvordan representasjonene blir konstituert og får sin utbredelse, og hva slags spenn av representasjoner som bidrar til å utgjøre en diskurs (Neumann 2002:33,34,178). Jeg vil derfor forsøke å vise hvilke representasjoner som trer frem, samt vise ulike subjektposisjoner i den medisinske diskursen.

En representasjon kan gi rom for flere forskjellige handlinger, og dets bærere kan være mer eller mindre bevisst sitt forhold til denne representasjonen, skriver Neumann. Videre mener han at bærerne trekker på flere uformelle og formelle praksiser, for å opprette avgrensningen av en diskurs (2002:51,61). Dette er noe jeg vil forsøke å vise i min analyse.

Når en representasjon fremstår som utfordret, nærmest som ”naturlig”, eksisterer det en tilstand av hegemoni. Det er likevel umulig å lukke en diskurs helt meningsmessig, hevder Neumann. Mening ligger i relasjoner mellom fenomener, og relasjoner er alltid i fluks (bevegelse, forandring). En diskurs vil ofte inneholde en dominerende representasjon og en eller flere alternative representasjoner (Neumann 2002:60,178). Dette har jeg tidligere vært inne på ved å vise til biomedisinen som dominerende i den medisinske diskursen, og systemisk praksis som en alternativ representasjon.

Diskursanalytikeren utfordres videre til å se på om alle trekkene ved en gitt representasjon er like bestandig. I de ulike representasjonene kommer det frem ulike meningsmønstre, som har visse grunntrekk. Noen trekk forener og kan være vanskelige å forandre, mens andre differensierer (Neumann 2002:62).

Poenget med en diskursanalyse er å studere at det finnes en rekke handlingsbetingelser for det talte og gjorte, hvorledes ett gitt utsagn aktiverer sosiale praksiser, og hvordan utsagnet i sin tur avkrefter eller bekrefter disse praksisene (Neuman 2002:178). Hvert avsnitt i analysen vil derfor avsluttes med å vise til mulige subjektposisjoner og handlingsbetingelser, som jeg velger å kalle handlingsrom.

Før jeg går over til analysen, vil jeg imidlertid gjøre rede for metoden.

4 METODE

Vi opptrer alle som vitensaktører i det sosiale spill. Derfor er det viktig å vite hva vi vil med det vi skriver, hva som er vårt anliggende, hva slags vitenstrekk vi foretar, hvem eller hva våre trekk er myntet på, og av hvilken grunn (Schaanning 2007:15).

Med dette sitatet ønsker jeg å vise betydningen av tydelighet i kunnskapsformidling, fordi vi er alle bærere av historier og forståelser som påvirker oss. Kvale skriver at metode betyr ”et veivalg som fører til målet” i sin opprinnelige greske betydning, og dette kan være en definisjon av hvordan jeg forstår metode i denne oppgaven (Kvale 2006:20). Jeg vil derfor forsøke å vise ulike veivalg i prosjektet, herunder vitenskapsteoretisk forankring, fremgangsmåte, etiske betraktninger og til slutt eget ståsted.

4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

I den metodiske tilnærmingen, vil jeg ha en postmoderne forankring. Her fremheves, som nevnt tidligere, språkets betydning. I følge dette perspektivet, utvikles forskningskunnskap som et resultat av relasjonen mellom forsker og de som blir studert. Kunnskapen er derfor ikke nødvendigvis overførbart til andre situasjoner, og resultatene avhenger av hva forskeren hevder er gyldig kunnskap. Denne forskningen bryter derfor radikalt med den tradisjonelle positivistisk orienterte forskningen, som betrakter vitenskapelige fakta som objektive (Thagaard 2008:41-42).

I følge Aadland er vitenskapsteori fagområdet der man drøfter spillereglene for å bedrive metodisk vitenskap, det vil si hvordan vi går frem for å samle kunnskap (2007:21). Den enkelte vitenskapsteori legger premisser for de ulike forskningsmetodene og danner grunnlaget for den forståelsen forskeren utvikler i løpet av forskningsprosessen (Aadland 2007:22 og Thagaard 2008:13). Derfor mener jeg det er viktig å klargjøre at oppgavens metode har en postmoderne forankring, før jeg går videre til å gjøre rede for hvordan prosjektet ble gjennomført.

4.2 Valget av en kvalitativ metode

En kvalitativ forsker stiller seg spørsmål som ”Hva betyr det og hva handler det om?”. Metodene egner seg dermed godt til å studere personlige og sensitive emner, som betinger et tillitsforhold mellom forsker og informanter (Widerberg 2005:29 og Thagaard 2008:12). Dette er i tråd med mitt prosjekt som krever at foreldrene snakker om barnet sitt. Jeg er opptatt av hva som styrer foreldrenes valg, hvordan de forstår den psykiatriske diagnosen og ikke minst hvordan de forstår barnet sitt. Derfor ønsker jeg å åpne opp for informantenes unike historier, og ”kvalitative metoder gir innsikt og forståelse for andre menneskers liv”, ifølge Thagaard (2008:12). Samtidig vil jeg se på den etablerte praksisen om å utrede ”avvikende” barn i psykiatrien, og finne ut hvilke tanker foreldrene har. En kvalitativ tilnærming vil da gi et grunnlag for å forstå sosiale fenomener, på bakgrunn av fylldige data om personer og situasjoner (Thagaard 2008:11).

I kvantitative studier brukes begrep som validitet og reliabilitet i forhold til kunnskapskrav, men disse anses for å være lite egnet i kvalitativ forskning. I stedet vektlegges betydningen av å gjøre rede for fremgangsmåter, ved å dokumentere og diskutere sine valg og tolkninger i løpet av forskningsprosessen. Forskeren og subjektet, hver for seg og selve relasjonen, er også viktige verktøy som man fokuserer på i metodeutviklingen (Thagaard 2008:11,21 og Widerberg 2005:15,18).

Kvale skriver at gyldige kunnskapskrav oppstår når motstridende påstander blir diskutert i en dialog. En observasjon får gyldighet gjennom at deltagerne argumenterer for eller imot en tolkning, utfordrer tolkninger og mekler mellom disse (2006:170-171). Jeg har forsøkt å ivareta disse kunnskapskravene ved å diskutere oppgaven med kolleger, medstudenter og andre i privat nettverk. I tillegg har jeg utvekslet tekst og diskutert analysen med veileder, medstudenter og andre for å sikre gyldigheten. Dette har gitt viktige innspill i veien videre.

I det videre vil jeg forsøke å ivareta kvalitative kunnskapskrav ved å gjøre rede for fremgangsmåte og ulike valg som er foretatt. Eget ståsted vil også synliggjøres avslutningsvis.

4.3 Intervju

Jeg ønsket å undersøke hvordan foreldre forstår den medisinske diskursen. Siden det var et poeng å høre på deres stemmer, var det naturlig å snakke med dem. Videre var ønsket å undersøke temaet så åpent som mulig med få fastlagte spørsmål i intervjuguiden, se vedlegg nr. 1. Fordelen var at jeg kunne følge informantens fortelling, samtidig som de faste spørsmålene sørget for at oppgavens tema ble ivaretatt, noe som er i tråd med Thagaard (2008:84).

Ved å la informantene fortelle sin historie og følge opp med spørsmål basert på deres svar, mener jeg at det kom frem mange nyanser. Kvale kaller denne fremgangsmåten et utforskende intervju som kjennetegnes av lite struktur og en åpen tilnærming. Målet er å søke etter ny informasjon om og nye innfallsvinkler til temaet (Kvale 2006:55). Dette bidro for øvrig til at prosjektet forandret seg underveis, noe som er et kjennetegn ved kvalitative forskningsmetoder (Thagaard 2008:23).

Det meste som kom frem i intervjuene hadde relevans for oppgaven. I analysearbeidet ser jeg likevel at noen tema kunne vært mer eller mindre belyst. Jeg kunne fulgt opp med spørsmål som hadde utdypet informantenes svar bedre, og dette forsøker jeg å synliggjøre i analysen.

Det første intervjuet ble forkastet på grunn av at informanten ikke hadde de kvalifikasjonene jeg ønsket. Jeg trodde i forkant at informanten hadde et barn som var blitt forespeilet en diagnose, men det viste seg etter hvert at barnet aldri var blitt tillagt en diagnose. Det handlet først og fremst om lærevansker på skolen, og jeg valgte derfor å ekskludere intervjuet. Intervjuet ga likevel verdifulle erfaringer, ved å gi økt trygghet i intervjusituasjonen.

Intervjuene ble tatt opp på båndopptager og transkribert. Dette ga meg god oversikt over datamaterialet. Thagaard skriver at bruk av båndopptager kan gi intervjuet et formelt preg (2008:97), selv opplevde jeg ikke det. Samtidig må det tas i betraktning at vi kjente hverandre fra før, noe som jeg vil komme tilbake til senere. Jeg tok for øvrig ikke notater underveis, fordi jeg tror det hadde påvirket samtalens flyt. I stedet noterte jeg stikkord etter hvert intervju.

I den kliniske utdanningen i masterstudiet i familieterapi og systemisk praksis, har jeg hatt

mye veiledning i forhold til å snakke med mennesker. Jeg opplevde det som en fordel i intervjusituasjonen, i tillegg til at jeg kjente informantene og deler av bakgrunnen deres. Likevel var ikke vårt forhold uproblematisk og krever en redegjørelse. Neste avsnitt vil derfor handle om rekruttering av informanter og min relasjon til dem.

4.4 Utvalg

Alle informantene er rekruttert fra egen praksis, først og fremst fordi det forenklet prosessen. Derfor ble virksomhetsleder på min arbeidsplass kontaktet for å samtykke til rekrutteringen. Hun fikk både muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, se vedlegg nr.2. Etter at jeg hadde avklart med virksomhetsleder, ble aktuelle informanter kontaktet. Første henvendelse var på telefon, eller ved at jeg snakket med dem i andre sammenhenger. Jeg spurte en av informantene etter en konsultasjon på helsestasjonen, fordi jeg tenkte at det kunne passe inn i min oppgave. Informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon i forkant av intervjuene, se vedlegg nr.3.

Jeg fikk positive svar umiddelbart, men en aktuell informant avlyste et intervju. Jeg forsøkte ikke å finne et nytt tidspunkt og hørte heller ikke mer fra vedkommende, som ga uttrykk for å være opptatt. Frivillighet var det jeg fremhevet sterkest når jeg spurte dem om å la seg intervju. Samtidig kan jeg ikke utelukke at noen følte seg presset til å delta, kanskje spesielt med tanke på at jeg også er deres helsesøster. På den andre siden, kan nær kontakt med forskeren være avgjørende for at noen er villige til å delta i et forskningsprosjekt, skriver Thagaard (2008:12).

Som helsesøster møter jeg mange foreldre som har barn med medisinske diagnoser eller spesielle behov, og jeg gjorde et utvalg blant disse når jeg skulle finne informanter. Først og fremst ønsket jeg å intervju noen jeg kommuniserer godt med. Deretter gjorde jeg et utvalg, som var basert på kjennskap til foreldrene og deres muligheter til å snakke om sin situasjon.

Utvalget består av to mødre, en far og ett foreldrepar. Alle informantene har barn i småskolealder, det vil si 6-12 år, på intervjutidspunktet. Av disse har to barn ADHD-diagnose, og ett barn har diagnosen Asperger syndrom. Ett av barna har ingen diagnose, men

spesielle behov som både helsepersonell og pedagoger har ønsket å utrede i psykiatrien med tanke på en ADHD diagnose. Ingen kan imidlertid bekrefte om dette barnet hadde fått en diagnose, fordi foreldrene stoppet prosessen før det kom så langt. Mulighetene for om han har en diagnose eller ikke, hører etter min mening hjemme i analysen.

Jeg ønsket å utforske flere perspektiv, også de som sier tydelig at de ikke vil ha en utredning eller en diagnose. Jeg fant imidlertid ikke flere informanter som har nektet en utredning på sitt barn, og det er kanskje fordi det ikke er så mange. Jeg skulle gjerne intervjuet en til, men er likevel tilfreds med den ene jeg fant. Intervjuene ga samlet sett mye relevant informasjon, og jeg valgte å avslutte etter fire intervju med fem informanter, selv om jeg hadde planlagt flere.

To av intervjuene ble gjennomført på mitt kontor og de to andre foregikk, etter foreldrenes ønsker, hjemme hos informantene. Intervjuenes varighet var fra 45–60 minutter, og samtlige fikk anledning til å tilføye noe på slutten. Alle benyttet seg av det, men i varierende grad. Tre av informantene spurte om jeg hadde fått det jeg skulle, noe jeg bekreftet.

”Forskningsintervjuet er en mellommenneskelig situasjon, en samtale mellom to partnere om et tema av felles interesse”, skriver Kvale (2006:73). Dette kan være beskrivende for hvordan jeg opplevde intervjuene. Alle samtalene hadde en fin flyt og informantene snakket uten så mange spørsmål fra meg, noe som kanskje skyldtes at vi kjente hverandre fra før.

Thagaard skriver at den nære kontakten som etableres mellom forsker og informant, medfører en rekke etiske utfordringer (Thagaard 2008: 14). Jeg støtte på flere av disse, noe som jeg vil gå nærmere inn på i neste avsnitt.

4.5 Etiske betraktninger

Kvale skriver at etiske sider ved intervjuundersøkelsen må vurderes fra begynnelsen og gjennom hele forskningsprosessen (2006:65). I mitt prosjekt har det vært flere dilemma knyttet til etikk, som har vært avgjørende for hvordan oppgaven har blitt til. Et av de første spørsmålene som dukket opp, var om jeg kunne intervju foreldre til barn med psykiatriske diagnoser. Barn er definert som en sårbar gruppe i forskningssammenheng (Solbakk 2009), og

barnas historier kommer frem gjennom foreldrene. Jeg var også usikker på hvorvidt foreldrene opplevde temaet som sensitivt. I tillegg var jeg også i tvil om Personvernombudet for forskning godtok dette uten søknad til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, som ville innebære en mer omfattende søkeprosess. En telefon til Personvernombudet kunne imidlertid avklare dette spørsmålet. Etter å ha skrevet en prosjektplan med fagpersoner som informanter, endret jeg dette til foreldre. Prosjektet ble deretter meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og deretter godkjent, se vedlegg nr. 4.

Jeg planla i utgangspunktet å intervju 8-10 informanter, men vurderte etter hvert at det var tilstrekkelig med færre. Jeg har tidligere redegjort for hvordan jeg har tenkt rundt dette, og går derfor ikke inn på det nå. I denne sammenhengen, vil jeg imidlertid vise at antall informanter endret seg etter at prosjektet ble meldt til NSD. Jeg kontaktet derfor NSD på telefon, og der fikk jeg opplyst at endring i antall informanter ikke krever ny melding.

Etisk ansvar i kvalitative studier kan knyttes opp mot tre hovedprinsipp: Informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta i kvalitative studier (Thagaard 2008:23-27 og Kvale 2006:67-70). I det videre vil jeg derfor ta utgangspunkt i disse når jeg skal gjøre rede for etiske betraktninger i prosjektet.

Prinsippet om informert samtykke innebærer at informantene får informasjon om undersøkelsens overordnede mål og hovedtrekkene i prosjektet, samt opplysning om at det er frivillig å delta og at de kan trekke seg når som helst. Slik kan de selv vurdere fordeler og ulemper ved å delta (Kvale 2006:6 og Thagaard 2008:23). Her var dilemmaet knyttet til at prosjektet endret seg underveis, sett i lys av opplysningene som kom frem under hvert intervju. Thagaard slår fast at informert samtykke ikke kan være basert på fullstendig informasjon om prosjektet, på grunn av at forskningsopplegget ofte endrer seg underveis (2008:23-24). Jeg mener at hovedtrekkene har vært de samme hele tiden, og at det ikke har vært nødvendig å innhente nytt samtykke.

Prinsippet om konfidensialitet innebærer at deltagerens identitet forblir skjult (Thagaard 2008:24). Dette har vært en utfordring, fordi informantene er fra en liten kommune og lett kan identifiseres. Derfor har jeg endret på personlige data for å anonymisere dem. Hvis det har

vært tvil om de kunne gjenkjennes via sine utsagn, har jeg valgt det bort.

Prinsippet om konfidensialitet handler også om at andre ikke skal få innsyn i materialet (Thagaard 2008:24). I praksis betyr det at lydbåndopptak og transkriberte intervju oppbevares i låste skap og makuleres ved prosjektets avslutning. Dette er for øvrig i tråd med retningslinjene til NSD, se vedlegg nr.4.

Det er forskerens etiske ansvar å søke å unngå negative konsekvenser for dem som deltar og den større gruppen de representerer (Thagaard 2008:26 og Kvale 2006:69). Dette prinsippet er viktig her, fordi vår relasjon har utgangspunkt i et samarbeid rundt barnet deres. Min umiddelbare respons etter intervjuene var at dette var gode samtaler der jeg fikk bedre kjennskap til foreldrene og deres forståelser. Kvale skriver at forskeren kan gi noe til den som blir intervjuet ved å lytte. Den intime og nære situasjonen kan imidlertid forføre den andre til å si ting de senere angres på. Dette stiller igjen krav til forskerens sensitivitet med hensyn til hvor langt man kan gå med spørsmålene (Kvale 2006:69).

En informant ga uttrykk for at det var veldig slitsomt å gå inn i sin historie, men at det også følte godt å fortelle den. Halvveis i intervjuet stopper båndopptageren uten at noen av oss ser det. Han forteller en engasjerende historie som altså ikke kommer på tape, og for mitt prosjekt er dette et tap. Informanten stiller seg til disposisjon for et nytt intervju senere, men jeg konkluderer med at historien skal forbli mellom oss. Den kan være lett gjenkjennelig, og informanten ga uttrykk for at historien var slitsom å gå inn i. Dette er et eksempel på at forskeren må lete seg frem til den ”minst dårlige løsningen” på egen hånd (Thagaard 2008:27).

Jeg skal fortsatt ha en relasjon til informantene etter at prosjektet er gjennomført. Min erfaring er at det ikke er lett å skille mellom de ulike rollene, fordi intervjuet er en del av vår felles erfaring. Jeg snakket med informantene om det på forhånd, og tror de forstår at masterprosjektet ikke er en del av min jobb som helsesøster. En av informantene har spurt hvordan det går med videre analysearbeid, mens det ikke har vært tema i møte med de andre. Hvis det kommer reaksjoner i ettertid, er det mitt ansvar å avklare med informantene i henholdsvis den kliniske hverdagen og i den akademiske oppgaven. Jeg har forsøkt å vise foreldrene respekt i begge verdener. Uansett viser dette at metodiske valg får etiske

konsekvenser, og at valgene derfor må knyttes opp mot ansvaret som forskeren har for informantene (Thagaard 2008:27).

Kvale fremhever at nærhet til informantene kan påvirke forskeren til å overse enkelte funn og vektlegge andre (2006:70). Dette opplevde jeg som problematisk i analysearbeidet, fordi jeg tolker informantenes utsagn på min måte. Jeg ønsket ikke å ”tillegge” informantene noe de ikke mente, og var i begynnelsen bundet av dette. I tillegg tok prosjektet form av å bli mer kritisk til den medisinske diskursen. Dette er å posisjonere seg mot diskursen, som mange kan oppleve som kontroversielt.

Jeg har hentet en forståelse fra Widerberg som har hjulpet meg i denne prosessen. Hun skriver at hensikten ikke er å belyse individet eller individuelle sammenhenger, men at vi i stedet nærmer oss individet som en bærer av sosiale mønstre (Widerberg 2005:59). Hva kan de lære meg med sine forståelser av den medisinske diskursen? Dette, sammen med å ”elte” materialet flere ganger, bidro til at informantene trådte i bakgrunnen til fordel for deres utsagn.

Så langt har jeg forsøkt å vise hvordan jeg forstår mitt etiske ansvar og ulike dilemmaer underveis i prosjektet. Videre vil jeg gjøre rede for eget ståsted, i tråd med en postmoderne forankring.

4.6 Eget ståsted

Gitt at verden får sin betydning gjennom diskurser, er det ikke mulig å analysere noe uten å være en del av dette selv, skriver Neuman (2002:15). Derfor vil jeg nå gå nærmere inn på eget ståsted i den medisinske diskursen.

Neumann mener det er avgjørende at diskursanalytikeren har en generell kjennskap til det terrenget hun begir seg inn i. Dette kaller han kulturell kompetanse (2002:50). Min kulturelle kompetanse er hovedsaklig fra praksis som helsesøster i fem år. Der opplever jeg et stadig sterkere fokus på å finne avvik hos barn. Denne utviklingen ledet meg til et ønske om å analysere hvilke forståelser som ligger til grunn for denne praksisen.

Som nyutdannet var jeg opptatt av å finne alle de barna som skulle loses videre i systemet, og kanskje få en psykiatrisk diagnose. Dette var en selvfølge som jeg ikke stilte noen spørsmålstegn ved, og en praksis jeg hadde med meg som sykepleier. Når man finner et avvik eller et symptom, skal dette utredes videre hos eksperter. Hvis foreldre var uenige eller syntes jeg var for rask, var det de som var "vanskelige".

Etter hvert har jeg beveget meg i retning mot å bli mer kritisk til diagnostisering av barn. Jeg har ofte opplevd at barn får en diagnose i barne- og ungdomspsykiatrien, og at det er den hjelpen de får. Samtidig ser jeg at mange opplever diagnosene som meningsfulle, fordi de gir forklaringer og frigjør foreldrene fra skyld. Likevel mener jeg at barna noen ganger må betale en høy pris for dette, ved at de skal forklares ut ifra en diagnose. Jeg undrer meg også over hvordan foreldre forstår det medisinske språket, og jeg vil nok fortsette med det etter at denne oppgaven er avsluttet.

Familieterapi og systemisk praksis representerer et alternativ til diagnosepraksisen, som jeg har vært inne på tidligere. Det er flere mulige posisjoner, men jeg tar utgangspunkt i en språkssystemisk forståelse i denne oppgaven. Likevel tror jeg ikke at dette er det eneste riktige for alle barn og familier. På den andre siden, fremstår diagnosene ofte som det eneste alternativet for foreldre som søker hjelp til barna sine.

Foucault mente bestemt at man burde "lese alt, studere alt", noe som dessverre er vanskelig i praksis. Det vil alltid foreligge en risiko for at relevante tekster blir utelatt (Neumann 2002:54), også i min oppgave. Neumann skriver imidlertid at det ofte er et begrenset antall tekster som spiller en fremtredende rolle i diskursen ved at de ofte henvises til og siteres fra. Han hevder videre at hvis man identifiserer disse tekstene, leser dem og leser de sentrale tekstene som de forholder seg til, er man godt i gang. Slik vil man raskt komme frem til hovedposisjoner og varianter (Neumann 2002:52). Jeg møter ofte på disse hovedposisjonene som en del av min praksis, og mener jeg har god kjennskap til dem. Oppgaven vil likevel være formet av mitt ståsted. Derfor har jeg forsøkt å synliggjøre dette, før jeg går over til analysen.

5 ANALYSE

I dette kapitlet vil jeg presentere analysen av empirien, og forsøke å svare på problemstillingen: ”På hvilken måte konstituerer den medisinske diskursen seg i hvordan foreldre snakker om sitt barn?” Analysen vil dermed handle om hvordan den medisinske diskursen konstituerer seg i ulike tale- og praksishandlinger gjennom:

- brudd med det normative
- grenseoppganger
- ekspertens stemme
- ekspertens makt
- normalitetsidealet

I disse fem avsnittene vil jeg forsøke å se på ulike subjektposisjoner og hvilke handlingsrom dette kan gi. Det biomedisinske paradigmet, som jeg tidligere har vist som dominerende i den medisinske diskursen, vil drøftes i forhold en systemisk forståelse.

5.1 Brudd med det normative

Jeg har tidligere vist at i den medisinske diskursen forutsettes meningsfulle forskjeller mellom normalitet og sykdom, som utgangspunkt for diagnosepraksisen. Her vil jeg forsøke å analysere hvordan foreldrene snakker om denne forskjellen, gjennom å undersøke hva de forstår som brudd med det normative. Jeg vil også forsøke å se på mulige subjektposisjoner og handlingsrom.

5.1.1 ”Det har liksom skurra litt”

Jeg vil innlede med et sitat fra Hanna, som har en datter med ADHD. Her forteller hun om bakgrunnen for at de søkte hjelp:

”Fra hun var to år, tenker jeg, så har vi liksom, det har liksom skurra litt (.....)Hun var ganske krevende. Hun var sånn som fant på alt mulig rart uten at... eh.... Ja, selv om hun visste ting var galt, så gjorde hun ting... ja, ødela ganske mye og fikla sund ting. Og det var jo det som vi reagerte først på. Og når hun begynte i barnehagen, så var det at hun trakk seg litt unna andre unger og at hun hadde mest kontakt med voksne.”

Dette kan tolkes som en beskrivelse av handlinger som bryter med det normale, og som de reagerte på. I en utredning for en eventuell diagnose, blir barn vurdert med utgangspunkt i normative utviklingsmønstre hos veltilpassede barn (Zeiner og Nøvik 2001). Barnets funksjon blir da sammenlignet med en norm for barn i samme aldersgruppe. Dette kan gjøres ved hjelp av tester i form av standardiserte prosedyrer som gir kvantifiserbare resultater (Gjærum og Heyerdahl 2001).

Jeg vil komme tilbake til sitatet fra Hanna, men først et sitat fra Petter. Han har en sønn med ADHD, og sier dette om hvorfor de søkte hjelp:

”Han har grudd seg mye til å gå på skolen. Og at han da har slitt med å sovne og ro... ja, eller å roe seg om kvelden. At han ofte ble ganske sånn urolig og stressa og irritert på kvelden når det var skole dagen etter. Så det var vel veldig mye den gruinga og som gjorde at jeg liksom reagerte og tenkte det her, det ... slik går det ikke an å ha det. Og den mangel.... Altså, det at han ikke klarte å falle til ro og sovne om kvelden.”

I likhet med Hanna, beskriver Petter noe avvikende hos sitt barn. Selv om de har forskjellige beskrivelser, kan de forstås som at fellesnevneren er brudd med det normative. Begge handler derfor i tråd med den medisinske diskursen når de oppsøker barne- og ungdomspsykiatrien for å få hjelp. Jeg mener dette kan henge sammen med den hegemoniske posisjonen den medisinske diskursen har, og innflytelsen som den har i vår kultur. Foreldre, pedagoger og lærere snakker uten vanskeligheter i et diagnostisk språkunivers, skriver Søren Hertz (2009:1). Terminologien blir tilgjengelig for alle, gjennom klasserom, ukeblader, fjernsyn og filmer (Gergen 1996:103). Når diskursen om personlig mangel er vitenskapelig anerkjent, og manglene blir offentlig kjent, vil vi også konstruerer oss selv deretter (Gergen og Gergen 2009:26).

Jeg støtter meg ytterligere på Gergen når han hevder at dette påvirker hvordan mennesker forstår seg selv og andre. Dermed kan de medisinske begrepene, gjennom å konstruere selvet, bidra til at mennesker tror de trenger profesjonell hjelp (Gergen 1996:103). I et sosialkonstruksjonistisk perspektiv, ligger ikke psykisk sykdom der ute og venter på å bli oppdaget. I stedet handler det om at vi konstruerer bestemte handlinger som sykdom (Gergen og Gergen 2009:26). Mange vil kanskje la seg provosere av tanken på psykisk lidelse som sosial konstruksjon. Derfor vil jeg vise til Gergen og Gergen som illustrerer dette med følgende eksempel: Et menneske som er trist, sørgmodig eller deprimert, trenger ikke å bli diagnostisert som syk. I stedet har det behov for støtte fra venner og familie, litt suksess eller anerkjennelse, en ny kjæreste eller tid til å komme over et tap (2009:26).

Tilsvarende vil jeg si om sønnen til Petter at han kanskje trenger støtte og hjelp til å finne ut av hva som gjør at han er stressa og urolig, eller om noe kan gjøres på skolen for at han ikke skal grue seg så mye for å dra dit. Jeg har undret meg over at jeg ikke spurte mer om gruingen og hva som kan ligge bak den, for vi snakket ikke mer om det i intervjuet. Sett i ettertid, mener jeg likevel at dette symptomet kan bety at noe var vanskelig på skolen. På den andre siden, kan diagnosen fungere som en forklaring på hvorfor han føler seg stressa og gruer seg til skolen.

Hvis vi går tilbake til Hanna, kan hun tolkes som at hun trekker inn moralske grenser ved å si at datteren gjorde noe hun visste var galt. Dermed blir brudd med det normative også et brudd med det moralske. Denne sammenhengen er ikke like tydelig hos Petter, men jeg tolker begge dit at problemene ligger i barna, og at det dermed er noe galt med dem. Denne forståelsen er tett knyttet til det mekanistiske paradigmet som er beskrevet tidligere. Barnas ulike uttrykksformer er å betrakte som biologisk betingede ”maskinfeil”, med Ekelands ord (2010:33). Her trer den individfokuserende biomedisinske forståelsen frem som forskjellig fra den kontekstavhengige forståelsen i systemisk praksis.

Schaanning setter ADHD inn i en historisk kontekst når han hevder at disse barna tidligere ble oppfattet som uoppdagne og uforskammet. De moralske vurderingene er i dag avløst av en medisinsk diagnose. Barna er ikke lenger ”onde” og ”dysfunksjonelle”, men ”hyperkinetiske” og ”syke”, mener han. Konsekvensen blir at de ikke trenger skjenn og pryl, men medisinsk behandling (2007:239). Ekeland skriver at ”konsentrasjon”, ”hyperaktivitet” eller

”impulsivitet” ikke er fakta som er løsrevet fra sin sosiale sammenheng. En er alltid konsentrert om noe, aktiv i noe eller impulsiv i forhold til noen eller noe. Dette er sosiale data, og ADHD diagnosen blir derfor en sosial diagnose. Samtidig knyttes det i dag en svikt i forhold til det som betegnes som dysfunksjonelle hjerneaktiviteter. Så dersom det finnes en ADHD-genotype, må den ha vært tilstede i nyere evolusjonær tid. Spørsmålet blir da hvorfor denne genotypen har blitt så problematisk i vår tid (Ekeland 2010:45).

For hva som er ”sykt” henger sammen med de rådende samfunnsnormene, som Foucault viser i *Galskapens historie* (1973) og *The birth of the clinic* (1976). Det er de historiske betingelsene som legger grunnlaget for at galskapen etter hvert knyttes opp mot moralske oppfatninger (Schaanning 2007:222). Et av Foucaults poeng er at det ikke lenger er knyttet noen klare forestillinger til begrepet galskap med mindre vi låser det i en psykiatrisk kategori (Foucault 1973 i Wifstad 2001:218). Dette poenget mener jeg å finne igjen i definisjonen av psykisk lidelse, fordi begrepet her knyttes til en diagnose. Fra å være en medisinsk disiplin som gjorde galskap til sykdom, har moderne psykiatri ekspandert til å handle om generelle vansker i livet, skriver Ekeland, og viser til økningen i antall diagnoser (2003:56).

Jeg finner støtte for at sykdomsdefinisjoner og historisk kontekst henger sammen hos barnepsykiaterne Grøholt, Sommerschild og Garløv. De skriver at sykdomspanoramaet i barnepsykiatrien, kan ses som speilbilder av sin samtid. Deres forståelse er imidlertid at de fleste av de skiftende sykdomsbildene, tidligere har vært skjult til stede i barnebefolkningen. Videre hevder de at forhold i samfunnet og poliklinikkens faglige orientering har brakt dem til overflaten når tiden var inne (2007:43). Den positivistiske forståelsen av at vitenskapen fører oss nærmere sannheten kommer til syne, og den medisinske diskursens grenser opprettholdes ved hjelp av, og som ”sann” viten.

5.1.2 ”De folkene her må jo til slutt tro at det er meg”

I dette sitatet snakker Hanna (H) med intervjuer (I) om veien fram til en diagnose:

”H: Jeg har sagt det til andre og at det... eh... av en eller annen grunn så var det veldig lettende for meg å komme på BUP[barne- og ungdomspsykiatrien]og dem

kunne si at jeg tror datteren din har i alle fall ADHD, liksom. Fordi at jeg har følt jeg har leita og leita, og til slutt så har jeg tenkt at... De folkene her må jo til slutt tro at det er meg, ikke sant? Fordi at dem finner jo ingenting, så da må det prøves noe annet og det er jo bra, så.... Ja,ja. Har jeg følt at det har... det er noe da som ikke har vært som det skulle.

I: Ja, for alle undersøkelser og alle prøver har vist at det ikke har vært noe feil?

H: Så det er noen ganger følelsen man får når man har vært gjennom MR, også sier man: nei, alt ser bra ut. Så tenker jeg, først liksom, ja... også tenker jeg etterpå...

Søren og. Har dem bare kunnet funnet noe, så vi har fått et svar, fordi hun er den samme for meg uansett hva som feiler henne, men jeg har lyst til å hjelpe henne og jeg ser at jeg mangler noe... Altså, jeg strekker ikke til sånn som det er nå.”

Hanna kan her forstås som at hun underbygger forklaringen om at problemet ligger i barnet, som jeg var inne på tidligere. Hun sier at de har lett etter årsaker, og etter hvert finner de en forklaring i diagnosen. Dette er i tråd med den medisinske diskursen og positivistiske årsak-virkningsforklaringer.

Min videre tolkning av Hanna, er at når barnets uttrykk er avvikende, må det finnes en konkret årsak eller flere til dette. Når de medisinske undersøkelsene er normale, blir det frustrerende fordi de ikke bidrar til å gi svar. Og når det ikke finnes noen objektive forklaringer, så lurer mor på om noen tror det er hennes skyld. Innenfor denne konteksten er det rimelig at hun blir lettet når hun får en forklaring.

Hertz hevder at bekymring og dårlig samvittighet har en sterk negativ innflytelse på mulighetene til å finne veien videre. Det virker tyngende på foreldrene, og dermed blir forandring vanskelig. Med dette tar han til orde for *både* en systemisk tenkning *og* en diagnostisk praksis. Ved å gi mening kan en diagnose gi handlemuligheter for foreldrene. Samtidig fremhever han betydningen av å involvere viktige personer rundt barnet i terapien (Hertz 2003:8-9).

Jeg vil likevel dvele litt ved forståelsen om at det må være noe galt ved enten barna eller foreldrene. Jeg tror ikke at mange i utgangspunktet ønsker å ta på seg skylden for at barnet deres har problemer. Barnet kan også unngå skyld hvis det får en diagnose, siden den er forankret i en biologisk forståelse av å ha sykdom. Jeg mener imidlertid at en slik jakt på årsaker lukker for andre forståelser. I stedet for å fokusere på enten foreldrene eller barna, er det mulig å åpne opp det som skjer i mellom mennesker. Et systemisk perspektiv kan da bidra med andre forståelser, slik jeg ser det.

Når Hertz skriver at hans forhold til diagnoser er både-og i stedet for enten-eller, snakker han innenfor den medisinske diskursens grenser. Han mener at systemisk tenkende må forholde seg til diagnoser på grunn av den hegemoniske posisjonen som de har blant både fagpersoner og foreldre. Slik kan familieterapeuter løfte seg ut av den marginaliserte posisjonen som de har i dag, mener Hertz (2003).

Diagnosens kraft kommer til syne i sitatet fra Hanna når hun beskriver veien frem til de endelig fikk et svar. Nesten i en parentes hører vi imidlertid også at de på BUP kunne ”være med meg”, selv om hun snakker mest ut fra en positivistisk forståelse; ”få svar”, ”finne ut hva det er” og ”få tips”. Jeg tror dette henger sammen med hva Gergen og Gergen skriver når de hevder at vi har få ord til å beskrive relasjoner. De hevder videre at ordene som er til rådighet, er et produkt av en individualistisk tradisjon. Vi har tusenvis av ord for tanker og følelser, men nesten ingen til å beskrive relasjoner. Derfor henger en individualistisk tradisjon sammen med hvordan den medisinske diskursen forstår psykisk lidelse, ved at noe tolkes som sykt eller unormalt (Gergen og Gergen 2009:27).

Videre hevder Gergen og Gergen at fokus på relasjoner trer i bakgrunnen i en individualistisk tradisjon. Det fremstår som misbruk av tid, og blir bare viktig hvis man ikke er seg selv nok (2009:22). Det er nærliggende å anta at Hanna opplever at hun ikke er seg selv nok når hun sier at hun ikke strekker til. Jeg mener at hun dermed viser at fokuset på relasjoner ikke bare er viktig mellom familiemedlemmer, men også mellom henne og fagpersoner. Her hevder altså Hertz at systemiske fagfolk har noe å bidra med i den medisinske diskursen.

5.1.3 ”Dem setter slike stempel på unger”

Ragnhild ønsker ikke at sønnen skal få en diagnose, og her gir hun uttrykk for hva hun mener om denne praksisen:

”Enten har du ADHD eller så har du Asperger syndrom, ikke sant? Eller så har du et annet syndrom som dem... Jeg føler mange ganger at dem setter på slike stempel på unger fordi de ikke passer inn i denne her firkantboksen”

Ragnhild omtaler diagnoser som ”stempel” og at barna ikke passer inn i ”firkantboksen”, noe

som gir assosiasjoner til det Anderson kaller ”black boxes”. Med dette mener Anderson at diagnoser konkretiserer identiteter som begrensninger, de skaper svarte bokser med få utganger. Videre hevder hun at de kan være et hinder for mer frigjørende definisjoner av selvet (Anderson 1996:106).

Min tolkning av Ragnhild er at hun mener handlingsrommet til barn er for snevert. Dermed posisjonerer hun seg som kritisk i den medisinske diskursen, og berører derfor diskursens grenser. Hun snakker om diagnoser som stempel, mens Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening derimot, benevner diagnosene som et hjelpemiddel. Det kan gruppere fenomener, ordne informasjon og skape et språk for kommunikasjon med andre, i følge foreningens *Veileder*. Videre kan jeg lese at det i utredningsfasen samles inn store mengder kvalitative data om barnet. Utfordringen ligger i å bevare nyanser og detaljer om et barn, samtidig som all informasjon om barnet samles i en eller flere diagnoser (Zeiner og Nøvik 2001). Dette tror jeg Ragnhild kanskje mener er vanskelig å forene. Jeg tolker hennes utsagn som at hun mener diagnoser er lite nyanserte, nettopp ved å kalle det stempel.

Ragnhilds kritiske posisjon uttrykkes videre her:

”Der han Kristian på en måte var utpekt til å ha... at det var noe galt med han”.

Ragnhild stopper ved ”å ha...”. Her kunne hun sagt ADHD, men i stedet sier hun ”at det var noe galt med han”. Min tolkning er at ADHD er noe du har, mens det er noe galt med deg. Dette kan tyde på at Ragnhild snakker om det som Ekeland kaller forskjellen på å bli sett som en kategori eller som person og subjekt. Med dette mener han at symptomene ikke blir forstått som handlinger i sammenheng med den handlendes psykologi og livsverden. De blir i stedet maskinfeil og den psykiske lidelsen er derfor i prinsippet uten mening. Sykdommen blir et objekt som den lidende har (2003:63).

At Ragnhild stopper opp, kan forstås på flere måter. Det mest nærliggende er kanskje å tro at hun mener sønnen ikke har ADHD, men det kan også bety at hun er kritisk til en objektivisering ved at sønnens uttrykk ikke blir sett i lys av konteksten og dermed gitt mening. At det er noe galt med han, kan kanskje tolkes som enda verre enn at han har ADHD.

Ragnhild inntar med dette en annen posisjon enn Petter og Hanne, som snakker i tråd med den medisinske diskursen. Jeg forstår Ragnhild som at hun ikke aksepterer at noen skal komme og peke ut hennes sønn og at han skal få et stempel, fordi han ikke passer inn i firkantboksen.

5.1.4 Subjektposisjoner og handlingsrom

Så langt har vi hørt foreldrene si: det har liksom skurra litt, det var lettende å komme på BUP, de folkene her må jo tro det er meg, han var ganske krevende, eller dem setter slike stempel på unger. Dette kan være uttrykk for ulike subjektposisjoner som jeg allerede har vært litt inne på, og som igjen påvirker handlingsrommet.

Både Petter og Hanna handler i tråd med en medisinsk forståelse når de oppsøker barne- og ungdomspsykiatrien. Hannas posisjon er at datteren er krevende i sine uttrykk, og at hun mangler noe for å hjelpe henne. Petters posisjon er at det går ikke an at sønnen har det slik. Felles for dem er at barne- og ungdomspsykiatrien ser ut til å være et sted de oppsøker når barna avviker fra det normale. Gjennom dette konstitueres normbrudd som en del av den medisinske diskursen, og deres handlinger bidrar til at diskursens grenser opprettholdes.

Ragnhild derimot, utfordrer grensene ved å referere til normen som en firkantboks og diagnoser som et stempel. Den psykiatriske praksis som skal gi hjelp, fremstår da i stedet som en måte å stigmatisere på, eller peke ut, for å bruke hennes egne ord. Jeg mener at hun skaper seg et større handlingsrom ved å innta den posisjonen, fordi hun ikke er låst i forståelsen av at det er noe i sønnen, men at det også kan handle om kontekst eller at normaliteten er for snever.

På den andre siden uttrykker Hanna at det er lettende for henne at datteren får en diagnose, og at hun dermed fratras skylden. Dette kan forstås som at hennes posisjon som ”god nok” mor opprettholdes. Jeg har tidligere vist at Hertz (2003) mener diagnoser kan virke frigjørende på handlemulighetene til foreldrene, ved at de fratras skyld og dårlig samvittighet. Med dette utgangspunktet kan en diagnose gi større handlingsrom for foreldrene.

Jeg vil støtte meg på Schaanning som hevder at når ”årsaken” ligger i ”pasienten”, avlaster det oss andre for ansvar. I stedet for å rette søkelyset på den sosio-kulturelle konteksten, tar

man ganske enkelt hånd om den ”syke”. Det er enklest, raskest og billigst (2010:83). Dermed blir den nevrobiologiske og reduksjonistiske retningen verken politisk truende eller psykologisk krevende, som jeg tidligere har referert fra Wifstad (2001). I en individualistisk tradisjon, der alle skal ta hånd om seg selv, trenger vi moralsk utdanning til å ta oss av andre, skriver Gergen og Gergen (2009:22). Jeg mener at Hanna synliggjør dette når hun lurert på om noen tror det er hun som er problemet og ikke datteren. For årsaken til problemet må jo ligge hos en av dem, slik jeg forstår henne.

Dette er en del av et positivistisk og individualistisk perspektiv, som jeg mener kan begrense handlingsrommet. Systemisk praksis representerer imidlertid et alternativ med sitt fokus på sirkulære prosesser og relasjoner, men det blir i liten grad snakket frem av informantene. Jeg tror dette henger sammen med familierapiens marginale posisjon. Den biomedisinske forståelsens fokus på individuelle forklaringer, trer i stedet frem som dominerende.

Som en oppsummering av brudd på det normative, vil jeg avslutte med Øfsti som minner oss på at diskurser om normalitet blir virkelighetsbeskrivelser vi lever etter og forholder oss til, ofte som taus, normativ kunnskap. Det er når vi glemmer at dette er konstruksjoner vi har lært å ta for gitt, at det blir vanskelig å slippe til alternative tanker (2010:19).

Brudd på det normative, åpner opp for flere spørsmål. Det mest åpenbare er kanskje; hvor går skillet mellom det normale og det avvikende? Denne grenseoppgangen vil jeg se på i neste avsnitt.

5.2 GRENSEOPPGANGER

Her vil jeg forsøke å undersøke hvordan informantene forstår grenseoppgangene mellom diagnosen og det normale. Som i forrige avsnitt vil jeg se på hvordan den medisinske diskursen konstituerer seg i informantenes utsagn, gjennom hvordan de snakker om sine barn. Som en avslutning, vil jeg forsøke å vise til mulige subjektposisjoner og handlingsrom.

5.2.1 "Da må det være fordi han er storebror"

Her vil jeg forsøke å se på hvordan den medisinske diagnosen påvirker hvordan barnets uttrykk tolkes og hvordan avvik kan forstås. Åse og Fredrik har et barn med diagnosen Asperger syndrom. De er intervjuet sammen, men i følgende sitat foregår dialogen mellom Fredrik (F) og intervjuer (I). Vi snakker her om sammenhengen mellom diagnosen og at sønnen er overbeskyttende ovenfor sine yngre søsken:

"F: Så vet jeg ikke om det har noe med den der diagnosen hans å gjøre, heller. Søsknene hans kan risikere å bli fryktelig overbeskytta, kan du si. At han går og passer på dem. Men det vet ikke jeg om det er noe innenfor dette der da, det vet jeg ikke.

(...)

I: Ja, så nevnte du og det med ansvar for søsken. Men det er dere ikke helt sikker om...

F: Nei, er ikke helt sikker på om det er noe innenfor det, eller om det er noe han selv bare har lagt seg til. He, he...

I: Hva hvis det ikke kan forklares ut ifra diagnosen, da? Hva tenker dere om det, da?

F: Ler. Hm... Ja... Nei, da vet jeg ikke gitt. Da må det være fordi han er storebror, at han føler at han har det ansvaret... He, he. Jo, det er jeg ganske sikker på."

Fredrik stiller spørsmål ved om sønnens overbeskyttelse av sine søsken er en del av diagnosen, eller om det er noe han lagt seg til. Når jeg spør hva de tenker hvis det ikke er en del av diagnosen, svarer Fredrik at da må det være fordi han er storebror og føler et ansvar. Vår dialog kan forstås på flere måter, men jeg ønsker å gripe fatt i grenseoppgangene for hva som kan være normalt.

Min tolkning er at foreldrene forstår sønnen med utgangspunkt i den psykiatriske diagnosen, og at hans uttrykk blir sett i lys av den. Jeg har tidligere vært inne på at Zeiner og Nøvik (2001) betegner diagnoser som et hjelpemiddel for å skape et språk for kommunikasjon med andre. Her mener jeg imidlertid at Fredrik viser oss at språket ikke er "uskuldige greier", slik Ekeland uttrykker det, fordi det skaper realiteter som kan forme forståelser og selvforståelser (2003:63).

Ekeland hevder at siden diagnoser er nomotiske kategorier, forsvinner personen som individualitet for oss. Vi møter han eller henne som eksempler av en allmenn kategori og ikke som særegne subjekt, mener han. Å diagnostisere det som gjør den andre til en person, er det samme som å objektivisere den andres subjektivitet. Samtidig er dette kommunikasjon som

kan forme det den kommuniserer om (Ekeland 2003:63). Barnet blir diagnosen, eller som Anderson sier: hver bevegelse blir tolket som en dysfunksjon (1996:106).

På den andre siden, er sannsynligvis ikke diagnoser skapt av onde undertrykkere, men tenkt som et nyttig klinisk verktøy, skriver Mosgaard. Han hevder videre at det er et språklig redskap til å skape mening i folks lidelse, som er et grunnleggende sympatisk prosjekt. Likevel kan virkningene bli noe annet og mer. Dess mer kategorisk et menneske beskrives, dess mer fremmed blir det, mener han (2009:243,245).

Fredriks undring over hva som kan tolkes inn i diagnosen, er en berettiget undring i følge Schaanning. For hvordan det syke skal avgrenses fra det normale er åpenbart et vanskelig spørsmål, mener han (2007:21). Ekeland betegner dette som et epistemologisk problem. Psykiatridiagnoser blir ikke gitt på bakgrunn av blodprøver eller andre biologiske markører, skriver han, men bygger på en vurdering av atferd, følelser og tanker. Derfor gjøres det en normativ avgrensning i samsvar med den konsensus som psykiatrien selv har skapt (2010:43). Schaanning viser til hvordan pasientjournaler har beskrivelser som ”kjekk”, ”blid”, ”føyelig” etc. og at dette ikke nødvendigvis er uttrykk som stammer fra den medisinske terminologien. Dette betegner noe vi alle mer eller mindre opplever i vår hverdag, skriver han (2010:85). Tilsvarende kan kanskje en storebror være overbeskyttende og ta mye ansvar for sine småsøsken.

Gergen og Gergen skriver at psykiateres søken etter sannheten om psykisk sykdom, er knyttet til verdier som de mener er en del av en normal tilværelse (2009:15). Med et sosialkonstruksjonistisk perspektiv som utgangspunkt, er det derfor vanskelig å komme nærmere et svar på hva som er normalt for Fredriks sønn.

Ekeland hevder at selv om noe er statistisk avvikende i hjernen, betyr ikke det at noe er normativt avvikende i de samme hjernene. For hva som er patologisk i hjernen må avgjøres av de biologiske normene og ikke de sosiale. Ekeland hevder videre at det ikke er påvist en eneste psykisk lidelse som har en underliggende biologisk patologi, sett i forhold til biologiske normer. Poenget hans er at i biologien finnes bare variasjoner, ikke problemer, avvik, sykdommer, lidelser eller diagnoser. Det er vår fortolkning av denne variasjonen som

blir problematisk, når vi setter de i sammenheng med individuelle og samfunnsmessige funksjonskrav (2010:43-44).

Som en forlengelse av den biomedisinske utviklingen med stadig flere kategorier, viser Ekeland til at psykologen Richard Bentall (2001) ironisk har foreslått ”Lykke” som en ny kategori. I likhet med andre sykdommer er denne tilstanden statistisk unormal, kan beskrives ved visse symptomer og er assosiert med flere kognitive abnormaliteter. I tillegg kan en regne med at folk som har ”Lykke” kan være farlige, siden de kan være både impulsive og upredikbare (Ekeland 2003:61).

Ekeland utfordrer åpenbart den medisinske diskursens grenser, men jeg tolker Fredriks forståelse innenfor diskursen ved at han snakker frem grensen mellom normalitet og avvik. Individuelle forklaringer trer frem gjennom spørsmålet om sønnens uttrykk er innenfor eller utenfor diagnosen. Her ser jeg min rolle som meddskonstruktør når jeg spør hva han tenker hvis det ikke er en del av diagnosen. Fredrik svarer likevel at han er ganske sikker på at det må være fordi han er storebror. Årsaken ligger da et annet sted enn i diagnosen, men selve årsak-virkningsforklaringen er den samme. En alternativ forståelse kunne være at sønnen bare er slik, men det blir ikke sagt.

Jeg undrer meg over hvordan Fredrik ville sett på sønnens overbeskyttelse hvis han ikke hadde fått en diagnose. Dette spurte jeg ikke om og er umulig å svare på, men det er nærliggende å anta at diagnosen påvirker hvordan guttens uttrykk blir fortolket av omgivelsene.

5.2.2 ”Hun får ikke lov å oppføre seg som han vil”

Her vil jeg forsøke å undersøke diagnosen som en biomedisinsk forklaring på barnets annerledeshet og grenseoppganger i forhold det. Jeg vil også se på mulige sammenhenger mellom diagnosen og hvordan barnet forstår seg selv. Hanna snakker her om hvordan noen kan bruke ADHD som en unnskyldning for å oppføre seg som de vil:

”Så jeg er litt opptatt av at... fordi det der å ha ADHD er jo litt sånn derre... jeg har følelsen av at noen bruker det litt som en unnskyldning. Altså, ja, ja, skal ikke vente

annet liksom for hun har... Altså Kjersti blir oppdratt i den meningen at det er ingen unnskyldning. Altså, hun får ikke lov å oppføre seg som hun vil. Altså, det er en forklaring på ting, men det er ingen unnskyldning noen gang. Så noen ganger prøver hun å si at; jeg har sikkert glemt å ta medisiner og det... Ja, okei, greit, men du har ikke lov å gjøre sånn for det”

Hanna sier her at ADHD aldri vil bli en unnskyldning, men en forklaring. Datteren får ikke lov å oppføre seg som hun vil. De samme reglene gjelder for henne, som for andre. Jeg forstår det som at Hanna posisjonerer seg som en ansvarlig mor, som ikke aksepterer at datteren bruker diagnosen som en unnskyldning. Hun tar ansvar for sitt barn og setter grenser for datterens oppførsel. Min tolkning er at vi skal forstå hvorfor datteren er som hun er, gjennom diagnosen, men hun har like mye skyld når hun bryter normene. Det normative gjelder for henne, selv om hun i utgangspunktet får en diagnose, nettopp fordi hun bryter normene. Jeg mener at Hanna beveger seg i den medisinske diskursens grenseland med dette, fordi grensen mellom diagnosen som forklaring og diagnosen som unnskyldning, kan være vanskelig å definere.

Diagnosepraksis tilsier at ADHD er en biologisk fundert hjernesvikt, som jeg tidligere har vært inne på, og vi hører at Hannas datter får medisiner for dette. Når hun ikke oppfører seg, kan hun unnskyldes seg med at hun ikke har tatt medisiner. Dette kan forstås på flere måter, blant annet ved at diagnosen kan bidra til å konstruere selvet til jenta, som Gergen sier (1996:103), og at hun dermed *er* ADHD og ikke *har* ADHD. Diagnoser av andres subjektivitet er i prinsippet alltid formative, mener Ekeland (2003:63).

Eller kan jentas unnskyldning ses som et uttrykk for ethvert barns behov for fri utfoldelse? I så fall våger jeg å si at dette er normalt uten å vise til tung teori. Hanna er inne på hva som er normalt, ved å forvente det samme av datteren som andre barn, og jeg mener at hun utfordrer grensene til den medisinske diskursen her også. Grensene opprettholdes imidlertid ved at hun ser på diagnosen som en forklaring på noe datteren har. Dette kommer frem i følgende sitat, der hun sier noe om datterens posisjon:

”Syns det er bra at hun, sånn som dem gjør på BUP da, så er det jo veldig sånn at hun, det er hun som skal uttale seg om sin sykdom og sin diagnose og sånn og det... Det er veldig greit at selv om hun ikke setter så veldig mye ord på det nå, så er det veldig greit at hun er med på den diskusjonen allerede nå.”

Hanna synes det er bra at datteren får medbestemmelse og uttalerett, men hvor fri er datteren i sin posisjon? Her vil jeg vise til Foucault og det han kaller for individualiserende maktstrategier, ved at individene blir observert, registrert, sammenlignet og hierarkisert. Dette er noe som skjer ofte i menneskevitenskapene, mener han. Disse maktstrategiene virker inn på den enkeltes forståelse av deg selv, på forståelsen av hvem man "er". Måten man forholder seg til seg selv på, måten man konstituerer seg som subjekt på, er avhengig av den sosio-kulturelle konteksten (Foucault i Schaanning 2000a: 229-230). I denne sammenhengen, undrer jeg meg over hvordan denne jenta vil forstå seg selv i lys av den psykiatriske konteksten.

Hanna sier at datteren ikke har så mange ord for sykdommen nå, men at hun skal likevel være med å uttale seg om den. Jenta vil derfor vokse opp med en medisinsk terminologi som hun kan forstå seg selv i forhold til. Mosgaard skriver at selv om vi blir født til et liv som er unikt, fødes vi også inn i en verden som er mettet med mening. Vi søker å skape mening i det vi opplever, og vi forsøker å forstå oss selv og hverandre (2009:241). Diagnosen kan derfor være meningsfull for jenta, ved at hun kan forstå seg selv bedre ved hjelp av den. Tilsvarende kan det tenkes at foreldrene også forstår datteren bedre. Hertz hevder på den andre siden at diagnoser kan true utviklingen av en sunn og ressursfylt identitet gjennom sine patologiske beskrivelser. Barn blir beskrevet i stedet for å bli forstått i deres forsøk på å finne en vei videre, mener han. Derfor fremhever han betydningen av systemiske fagfolks forpliktelser til å bli en del av det diagnostiske feltet, og hjelpe de vi møter til å tro på muligheter (2003:3-4).

Hertz skriver at barn med ADHD kjennetegnes av at de forstyrrer "det offentlige rom" (2010:270). Dette er Hanna er inne på ved å hevde at datteren ikke får oppføre seg som hun vil. Hertz mener imidlertid at disse barna inviterer til et annerledes samspill med sine uttrykk. Han anerkjenner samtidig at de mangler stoffet dopamin i hjernen, men mener at medisiner er en biokjemisk erstatning for andre måter å regulere problemet på. Det er avgjørende at barna produserer stoffet igjen, men han hevder dette kan skje ved et annerledes psykososialt samspill. Han ser derfor biologien som en del av en bio-psyko-sosial utvikling. Biologien er i konstant samspill med sosiale og psykologiske forhold, mener Hertz (2010:267-268). Han kan dermed forstås som at han inviterer biologien til å ta del i en systemisk praksis, og hans posisjon som "både-og" trer frem igjen.

5.2.3 "Så sa vi nei"

Overskriften viser til foreldre som ikke ønsker en utredning av barnet sitt. Dette forstår jeg som en form for uenighet om barnet er normalt eller ikke, som jeg vil se nærmere på.

Ragnhild (R) snakker her med intervjuer (I) om at læreren ringte hjem til henne, og formidlet at sønnen burde henvises til barne- og ungdomspsykiatrien:

"R: Så da han ringte til oss, og spurte liksom om jeg hadde tenkt over det, og dette her på søndagskveld

I: Ja, læreren altså?

R: Han læreren og han hadde masse papirer på at Kristian var sånn og sånn og sånn og sånn, og at det var flere som syntes at vi skulle få utreda han for ADHD fordi at han var... Ja, slik og slik, da, så sa vi nei."

Hun bruker adjektivene "slik" og "sånn", som gir et lite nyansert bilde av lærerens utsagn.

Det kan tolkes som at hun ikke er enig i det han sa. Senere sier hun:

"Og så er det da skolen det går utover, og så hvis du da har lærere som ikke er interessert i å ta ting innover seg, og kjenne på at han har faktisk et problem som er der, og at da må skolen legge til rette til det problemet, ikke andre veien".

Ragnhild sier at det er skolen som skal tilrettelegge for hennes sønn som har et problem, og "ikke andre veien". Hun kan her forstås som at hun fremhever skolens ansvar. Det er ikke sønnen som skal utredes, men skolen som skal tilpasse seg han.

Tranøy hevder at foreldre til barn i grunnskolen utsettes for et diagnostiseringspress. Han har gått gjennom 42 ADHD- henvisninger til pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) i Oslo kommune, og her fant han at diagnosesettingen var basert på skolesystemets premisser. En tredjedel av barna som var definert som hyperaktive på skolen var ikke oppfattet slik i andre settinger. Til tross for uoverensstemmelse mellom foreldre og skole i flere tilfeller, ble disse barna "sluset" videre til BUP for en diagnose, skriver Tranøy (2010:162,166). Ragnhilds posisjon kan derfor forstås som marginal når hun protesterer på en henvisning til barne- og ungdomspsykiatrien.

På bakgrunn av undersøkelsen, hevder Tranøy at skolens framstilling av elever med urolig atferd og konsentrasjons- og oppmerksomhetsproblemer er preget av en medisinsk diskurs, som beskriver problematferd mer eller mindre uavhengig av undervisningsform, klasseledelse

og relasjoner til medelever. Hans poeng er at det sjelden stilles spørsmål ved om skolens undervisning og rammer skaper vansker for elevene, i stedet for eleven selv (2010:158,168).

5.2.4 Subjektposisjoner og handlingsrom

Her vil jeg først tilbake til Fredrik, som stiller spørsmål ved hva som kan defineres inn i diagnosen. Det kan tolkes som han berører grensen mellom hva som er normalt eller unormalt, og dermed også den medisinske diskursens grenser. Han posisjonerer seg ved å forklare sønnens uttrykk ut ifra diagnosen, slik jeg tolker han. Med dette snakker han frem diskursens hegemoniske posisjon. Den subjektposisjonen som kommer frem, gjør at jeg undrer meg over om det finnes noe utenfor den medisinske diskursen, eller om det medisinske skal definere hele tilværelsen. Min vurdering er at å være overbeskyttende og ansvarlig storebror hører med til en normalitet, men når sønnen har en diagnose kan dette påvirke hvordan foreldrene forstår han.

Hanna berører andre sider ved den medisinske diskursens grenser når hun hevder at datteren ikke får gjøre som hun vil. Selv om datteren har en diagnose, kan hun ikke bruke det som en unnskyldning for dårlig oppførsel. Hannas subjektposisjon som ansvarlig mor, trer frem. Ragnhilds posisjon derimot, kan forstås som marginal, ved at hun nekter å bøye av for lærerens ønsker om henvisning til barne- og ungdomspsykiatrien. Hun sier i stedet at skolen skal tilrettelegge, og ansvarliggjør dermed systemet rundt. Dette er i tråd med Tranøy som hevder at elever som utfordrer omgivelsene, må ses i sammenheng med undervisning og læringsmiljø. Årsaken til problematferden er ikke ”noe” som nødvendigvis finnes inni den enkelte elev, mener han (2010:166).

Barnets handlingsrom kan også påvirkes av at deres uttrykk defineres inn i den medisinske diskursen. Her finnes grenser for hva som er unormalt eller normalt og sykt eller friskt. Dermed står ikke barna fritt til å uttrykke seg uten at de tolkes inn i den diagnosen de har fått. Men, som Ekeland skriver; det hjelper lite å klassifisere mønsteret av avvik i en diagnostisk kategori hvis vi ikke skjønner hva slags mening dette mønsteret har for denne personen (Ekeland 2003:63).

Fredrik og Hanna handler i overensstemmelse med den medisinske diskursen og bidrar dermed til å opprettholde grensene. Ragnhild har en marginal posisjon, men samtidig får hun et større handlingsrom. Å nekte utredning og diagnose, trer frem som en mulighet, en mulighet de andre foreldrene ikke har nevnt i det hele tatt.

Tranøy (2010) viste imidlertid til at foreldrene kan bli ”overkjørt” av fagpersoner hvis de er uenige, noe som bringer oss over til ekspertens posisjon i den medisinske diskursen. Da vil jeg først forsøke å analysere hvordan ekspertens stemme konstituerer seg som en del av den medisinske diskursen, før jeg går over til ekspertens makt.

5.3 EKSPERTENS STEMME

Det er ikke mannen i gata som kan sette diagnoser, men en som er kvalifisert gjennom sin utdanning. Tradisjonelt er det legen som gjenkjenner sykdom ved å finne frem til visse iboende fellestrekk ved tilstanden, skriver Jensen (2004:29). I barne- og ungdomspsykiatrien har psykologspesialister og psykiatere diagnostisk kompetanse, men andre faggrupper med klinisk videreutdanning kan gjøre diagnostiske vurderinger, som tidligere nevnt (Helsedirektoratet 2008b). Ekspertens stemme trer dermed frem som en viktig del av den medisinske diskursen. Hårtveit og Jensen skriver at utviklingen av ekspertise innenfor snevre fagområder er en viktig basis for positivismen og reduksjonismen (2004:47).

Jeg vil derfor prøve å analysere hvordan informantene snakker frem ekspertens stemme som en del av den medisinske diskursen, samt se på mulige subjektposisjoner og handlingsrom.

5.3.1 ”Slo ikke meg at det kunne være noe spesielt”

I dette avsnittet vil jeg forsøke å vise hvordan ekspertens posisjon trer frem som dominerende i den medisinske diskursen, ved hjelp av sin faglærte kunnskap. Jeg vil starte med en lengre dialog mellom Åse (Å), Fredrik (F) og intervjuer (I), som handler om bakgrunnen for at sønnen ble henvist til barne- og ungdomspsykiatrien:

”Å: Det var naturlig at det ble slik, egentlig. Skjønte at det var noe galt alt i barnehagen

I: Dere tenkte at det var noe?

Å: Nei... Jeg hadde ikke tenkt så langt, jeg da.

F: Nei, nei, slo ikke meg, heller, at det kunne være noe spesielt.

(....)

F: Men vi sa nå ja med en gang når læreren kom med det forslaget, vi.

I: Ja. Dere var enige i det?

Å: Mm.

F: Ja.

I: Men dere sier at dere tenker at det ikke er noe galt med han, men så har han fått den her diagnosen da. Hva tenker dere om det da?

F: Nei, diagnosen ligger jo der, vet du.

I: Hvem er det som tenker at det er noe galt da? Hvem er det som tenker at det er noe som er annerledes?

Å: Dem som jobber til daglig med unger liksom. Er dem som ser det.

I: Ja. Enn dere som foreldre da?

F: Det begynner vel å bli en sånn vane, vet jeg, at vi tenker ikke noe over det lenger. Det er ikke så lett for oss å se oss utenfor han og slikt noe.”

Dette sitatet tolker jeg som en ekspertdiskurs i bruk, der Åse og Fredrik snakker frem ekspertens posisjon som dominerende. Derfor vil jeg gå nærmere inn på det. Eksperten kan forstås som en som har den riktige kunnskapen og kan være objektiv ved å se barnet utenfra. Foreldrene hadde ikke tenkt at det var noe galt med sønnen, i motsetning til eksperten. De aksepterer likevel diagnosen, og blir dermed en marginal stemme. Foreldrenes forståelse av eksperten er i tråd med de fleste terapeutiske teorier, som hevder at terapeuten er en objektiv, nøytral og teknisk ekspert. Dermed blir terapeuten kompetent i spørsmål knyttet til patologi og normalitet (Anderson 2003:129).

Informantene posisjonerer seg som om de ikke har den riktige kunnskapen i den medisinske diskursen, i motsetning til de som jobber med barn. Foreldrene er ikke en del av det Karin Widerberg kaller kunnskapsrommet. Og da snakker vi om vitenskapsbasert kunnskap, som foreldrene ikke er i besittelse av. Widerberg beskriver kunnskapsrommet som dominert av objektforhold i relasjonene, distanse og avstand (1995). Jeg mener dette kommer til uttrykk i foreldrenes utsagn om at det ikke er så lett å se seg selv utenfor sønnen, noe eksperten derimot er i stand til. Objektivitet trer derfor frem som en viktig del av ekspertdiskursen.

Gjennom presise beskrivelser av barnet skal usikkerheten reduseres, skriver Hertz. Vi lever i en virkelighet hvor forventningene til ekspertise er større enn noensinne, der holdningen er;

undersøk barnet og fortell oss hva vi skal gjøre. Mange eksperter er ivrige etter å ta vare på tradisjonen om å gi objektive beskrivelser av barnet, gjennom diagnoser. Det er en tradisjonell måte som skal hjelpe usikre voksne til å bli mer sikre, mener han. Problemet er at beskrivelsene er ute av kontekst og ikke forstått ut ifra en sammenheng. Troen på nøytrale og objektive beskrivelser, gjør at relasjonelle og kontekstuelle tema blir marginalisert i håp om å unngå kritikk, bebreidelse og skyld, skriver Hertz (2003:3).

Harlene Anderson representerer et alternativ til denne forståelsen med sin språkssystemiske tilnærming. Hun fremhever i stedet at klienten er eksperten i sine livserfaringer og de omstendighetene gjør at mennesker oppsøker terapi. Den profesjonelles ekspertise ligger i etableringen av dialogen, der klientens fortelling er sentral. Gjennom dialogen kan det skapes nye meninger, fortellinger, uttrykk og følelser. Her er terapeuten aktiv uten å være styrende (2003:129-134). Spørsmålet er om disse foreldrene hadde oppsøkt terapi på eget initiativ, siden det var fagpersonene som ønsket en utredning i utgangspunktet.

Den danske familieterapeuten Jesper Juul skriver i *Dagbladet Magasinet* at stadig flere barn får psykiatriske diagnoser. De har blitt for vanskelige, for urolige, for opposisjonelle og for avvikende fra det smalere og smalere normalitetsbegrepet som markedsføres av eksperter og lydig følges opp av foreldre, mener han (2009:31). Denne lydigheten trer frem som en del av informantenes posisjon, noe som må tilskrives den hegemoniske posisjonen til den medisinske diskursen i samfunnet. Alternative forståelser når ikke frem, slik jeg ser det.

Guttens problemer er synlig i barnehagen først, og deretter i skolesammenheng. Åse og Fredrik sier blant annet at sønnen "*ikke vil inn i timene*". Foreldrene ser ikke de samme problemene hjemme, og dette er i tråd med Tranøys (2010) funn. Jeg tror det er lite sannsynlig at Åse og Fredrik sin sønn hadde fått en diagnose uten fagpersonenes inngripen. Likevel uttrykker de ikke motvilje mot diagnosen. Tvert imot, det er implisitt at eksperten er den som kan dette best, slik jeg forstår dem.

Anderson snur dette på hodet når hun sier at klienten er eksperten. Dette forutsetter imidlertid en annerledes posisjon, eller en filosofisk holdning, som handler om hvordan terapeuten snakker og handler med klienten. Fastlagte oppfattelser av roller og funksjoner om terapeuter, trer i bakgrunnen til fordel for en forståelse som betoner relasjonene (2003:130,131). I den

språkssystemiske praksisen kan derfor fagpersoners posisjon forstås som annerledes enn i det biomedisinske paradigmet, og dermed fremstå som et alternativ til en moderne ekspertdiskurs.

Hvis vi går tilbake til informantene, ville en postmoderne terapeut kanskje vært mer opptatt av hvordan sønnens uttrykk kan gi mening i en større kontekst, i stedet for å tolke dem inn i en diagnose. Anderson skriver at terapeuten ofte tror at klienten forventer et eksakt svar. De frykter at klienten ikke vil akseptere en filosofisk holdning der det inviteres til samarbeid (2003:144). Som Hertz er inne på, lever vi en tid hvor foreldre ønsker presise svar.

Ragnhild derimot, trekker inn dette perspektivet:

”Det tror jeg de som jobber med dette her, skulle jobbe mer med... å snakke med folk og respektere at vi er forskjellige.”

Ragnhild kan forstås som at hun nesten vet mer enn ekspertene, ved å komme med forslag til hva de skulle jobbe mer med. Dermed gjør de ikke dette tilstrekkelig nå, slik jeg tolker henne. De skulle snakke mer med folk og respektere at vi er forskjellige, sier hun. Hva som menes med dette, kan imidlertid tolkes på flere måter. Det kan bety at fagpersonene ikke skal være så opptatt av å finne avvik, og at det ligger en mangel på respekt i det. Å hevde at vi er forskjellige, er kanskje ikke så motstrøms i seg selv. At ekspertene ikke respekterer det, kan imidlertid forstås som kritisk. Min tolkning er at hun da røkter ved et viktig fundament om at eksperten skal vurdere hva som er tilstrekkelig avvikende.

Anderson hevder på sin side at det er veldig uheldig hvis familiemedlemmer møter eksperter som tror de vet mer om familien enn de vet om deg selv og hverandre, fordi det fjerner ansvar. Selv om vi lever i en kultur som verdsetter forpliktelse og ansvar, vil det noen ganger skapes kontekster som ikke muliggjør eller fremmer dette, mener hun. Når vi utdannes til å være eksperter i hvordan mennesker bør leve eller hvilken forandring som er hensiktsmessig, befri vi klienten fra eget ansvar. Videre skriver hun at folk ofte tror at den samarbeidsorienterte terapeuten naivt legger fra seg eget ansvar, noe som ikke er tilfellet. Ved å innta en reflekterende og filosofisk holdning, blir forpliktelse og ansvarlighet et felles anliggende, gjennom at den hierarkiske atskillelsen bryter sammen (2003:143,145).

Ragnhild kan forstås som at hun snakker frem en mer hierarkisk nedbrytning av ekspertens posisjon. Samtidig sier hun at vi skal respektere at vi er forskjellige. Da kan det bli lite igjen

av den tradisjonelle ekspertene i det biomedisinske paradigmet. Ringen og Dahl argumenterer imidlertid for en felles nevrobiologisk plattform, som kan bedre rekrutteringen av leger til fagfeltet. Leger har en generell biologisk-empirisk modellplattform, og da er det lett å føle seg fremmed hvis samarbeidende profesjoner legger andre modeller til grunn for virksomheten, skriver de. En nevrobiologisk forståelsesmodell vil da kunne gjøre legens rolle tydeligere (Ringen og Dahl 2002:2025-26). Denne forståelsen kan være et eksempel på hva Ekeland kaller hegemoniske profesjonsinteresser i den biomedisinske kunnskapstradisjonen (2001:310), og som jeg vil komme nærmere inn på under "Ekspertens stemme".

5.3.2 "Som forelder så er du veldig sårbar"

Her vil jeg gå tilbake til Jesper Juuls påstand om at foreldre er lydige. Det kan forstås som et uttrykk for foreldrenes marginale posisjon i den medisinske diskursen. Dette vil settes i sammenheng med den medisinske epistemologien. Jeg vil imidlertid begynne med Ragnhild, som ikke er like lydig ovenfor ekspertene:

"Som forelder så er du veldig sårbar på disse tingene der. Vi kjenner jo ungene våre, så vi på en måte vet hva det er som river. Altså hvis dem er urolige og alt dette her, så, så er det mange andre ting. Og da tror jeg at hvis du er fersk, hvis det er nummer en og du ikke har noe sånn særlig kjennskap til unger fra før, så har du et veldig problem, for det river altså. Vet du hva? Det tok lang tid før vi virkelig kunne snakke om dette her med at vi hadde fått disse forespørselene om det å utrede Kristian for ADHD fordi at han var sånn og sånn og sånn og sånn".

Ragnhild bruker her smerteuttrykk, som gjør at den marginale posisjonen til foreldre trer frem. Min tolkning er at hun mener posisjonen blir ytterligere marginalisert hvis foreldrene ikke har erfaring med barn fra før. Ragnhild har tidligere snakket om firkantbokser, som jeg tolket som et uttrykk for en trang norm. Satt i sammenheng med det, tror jeg at hennes erfaring med flere barn bidrar til en større sikkerhet, som Hertz skriver om. Selv om sønnen er urolig, er ikke det nødvendigvis et uttrykk som gjør henne så usikker at hun trenger objektive beskrivelser gjennom en diagnose for å forstå han. Uro som symptom kan være andre ting enn ADHD, slik jeg forstår henne. Dermed inntar hun en posisjon der hun utfordrer ekspertens dominerende stemme, noe som kommer ytterligere frem i følgende sitat:

”du ser jo hele tida dette her med feildiagnostisering og hvordan det skader unger.”

Ragnhild snakker om muligheten for å ta feil, og da tolker jeg henne som at eksperten kan ta feil, selv om hun ikke sier det eksplisitt. I intervjuet går vi ikke mer inn i det, fordi det blir sagt som en bisetning når hun forteller hva læreren sier om sønnen. Det kan bety at hun mener diagnosene ikke er feil i seg selv, men at de legger til rette for handlinger som kan skade unger. Tidligere har hun snakket om diagnoser som stempel, og kanskje mener hun det er skadelig i seg selv at barn blir stigmatisert gjennom diagnosene? Feildiagnostisering kan imidlertid også bety at hun mener det finnes en riktig diagnose som barnet skulle fått i stedet. Selv om Ragnhild er kritisk til at hennes barn skal få en diagnose, forkaster hun ikke diagnosenetkningen, slik jeg forstår henne.

Hertz sier at den medisinske undersøkelsen fremstår som objektiv og sann, men er tvert imot avhengig av den som ser, opplever og drar konklusjoner samt personens teoretiske og faglige bakgrunn (2009:1-2). Til tross for at de senere versjoner av klassifikasjonssystemene vurderes å gi mer pålitelig diagnostikk en tidligere (Helsedirektoratet 2008a:1), er det fortsatt mulig å feildiagnostisere. Dette anser jeg som en naturlig konsekvens av idealet om objektivitet. Hvis det finnes en fasit, er det også mulig å ta feil av denne.

Jeg undrer meg samtidig over hvordan forventninger om å gjøre det riktige, påvirker eksperten selv. Hvordan er det å være i en kontekst hvor du skal være eksperten med svar? I en moderne terapikontekst er det implisitt at terapeuten skal forandre en annen person, eller i hvert fall påvirke i retning av en forandring. Dette er en konsekvens av at terapeuten har den riktige kunnskapen om hva som er hensiktsmessig forandring (Anderson 2003:129).

I barne- og ungdomspsykiatriens *Veileder* står det imidlertid at diagnostikken ikke bør gjøres til et rent ekspertanliggende. Det kan være fare for at det skjer, hvis en skiller for mye på utrednings- og behandlingsfasen, i følge Zeiner og Nøvik. Videre skriver de at barn, ungdom og foreldre må inviteres til ”en samarbeidsprosess som skrittvis skal føre fram mot erkjennelse, mestring og utvikling” (2001). Med dette anerkjenner de også en samarbeidende tilnærming. Likevel er diagnosepraksisen utgangspunkt for samarbeidet. Ragnhild som ikke ønsker en diagnose, sier derfor nei til invitasjonen. Med dette utfordrer hun den medisinske diskursens hegemoniske posisjon, mener jeg.

Den medisinske vitenskapen har hatt stor suksess, og nosologien og etiologien står sentralt i dette (Jensen 2004:28). Barne- og ungdomspsykiatrisk forening fremhever at en enkelt diagnose gir en hensiktsmessig forenkling av store mengder informasjon og at de fleste begreper i hverdagen er kategoriske (Zeiner og Nøvik 2001). Her får barnepsykiaterne faktisk litt støtte av Ekeland, som hevder at det er nødvendig å dele opp verden for å erkjenne den. Hvordan vi deler opp er imidlertid ikke gitt av seg selv, mener han, men skapt av våre egne klassifiseringssystemer. Vi har en tendens til å glemme at verden ikke behøver å være oppdelt slik vi deler den opp; vi forveksler kart (epistemologi) med terreng (ontologi). De epistemologiske versjonene blir ofte ikke bare en beskrivelse av erfaringen, men også en måte å forme den på. Da er det ikke lenger vi som bruker kategoriene, men de som bruker oss, mener Ekeland (2003:58). Med dette berører han noe av det som ofte kan tas for gitt.

Ekeland mener også at det er et vesentlig skille mellom å diagnostisere kroppen som objekt (natur) og kroppen som subjekt. Å diagnostisere sykdom i kroppen som natur, affiserer ikke kroppen, fordi diagnosen ikke kommuniserer med sin gjenstand; man får ikke kreft av en kreftdiagnose. Det er derimot noe annet å diagnostisere den andres atferd, tanker og følelser. Han viser også til legeetikken som tilsier at under tvil, diagnostiser sykdom. Det er bedre å diagnostisere kreft, for så å ta feil, enn motsatt. Det er imidlertid ikke like enkelt i psykiatrien, skriver han, og illustrerer med følgende eksempel: ”Under tvil, diagnostiser schizofreni” (2003:63). Utsagnet gir assosiasjoner til Ragnhild som snakker om at feildiagnostisering er skadelig, og hun synliggjør dermed dilemmaer knyttet til at ekspertene kan gjøre feil.

5.3.3 Subjektposisjoner og handlingsrom

Selv om foreldre har kunnskap om barnet sitt, har de ikke den objektive og vitensbaserte kunnskapen som kreves i kunnskapsrommet. Deres posisjon kan derfor forstås som marginal i den medisinske diskursen. Eksperten derimot, har den riktige faglærte kunnskapen og får dermed en dominerende posisjon. Foreldrenes handlingsrom kan derfor begrenses ved at de er avhengige av ekspertens kunnskap. Ragnhild posisjonerer seg imidlertid ikke som avhengig av den faglærtes vurderinger. Hun mener tvert imot at de burde respektere at vi er forskjellige, og jeg mener at hun får et større handlingsrom da.

Ekspertens posisjon i den medisinske diskursen kan skape forventninger om at terapeuten har et svar. Dette påvirker ikke bare foreldrenes handlingsrom, men også den profesjonelles. Her mener jeg at systemisk praksis trer frem som et alternativ med flere muligheter. Den postmoderne terapeut har ikke ett riktig svar, og tar ikke på seg alt ansvaret for å skape endring. Dette kan være frigjørende for terapeuten så vel som klienten, dette er også et av Andersons hovedpoeng.

Ekeland ser det på denne måten: medisinen autoriserer hvilket språk og nomenklatur fenomenet skal omtales gjennom. Dermed skapes en fremmedgjøring, mener han. Det motsatte av fremmedgjøring er ansvar, og ansvar forutsetter at en er nær den andre. Kategorier skaper avstand og reduserer ansvar, hevder Ekeland (2003:58,64). I en samarbeidende tilgang til terapi derimot, er ansvaret for både terapien og resultatet et felles anliggende, der terapeut og klient sammen kan skape nye muligheter gjennom dialog (Anderson 2003:100). Dette kan imidlertid rokke ved den medisinske diskursens grenser, fordi eksperten ikke har alle svarene. Hva som er innenfor eller utenfor diskursen, vil nødvendigvis være noe som skapes i hvert møte. Det vil heller ikke være et ekspertanliggende.

Hertz peker imidlertid på et annet poeng når han hevder at det systemiske fagfeltet marginaliserer seg selv, ved ikke å forholde seg til diagnostikk (2003:5). Det er derfor nærliggende å tro at det biomedisinske paradigmet opprettholder sin dominerende posisjon gjennom diagnosepraksisen.

Dermed konstitueres den medisinske diskursens hegemoni, og ekspertens stemme bidrar til å opprettholde det. Samtidig synliggjøres sammenhengen mellom makt og viten gjennom ekspertens posisjon, som jeg vil komme nærmere inn på i neste avsnitt.

5.4 EKSPERTENS MAKT

Her vil jeg forsøke å analysere hvordan ekspertens makt konstituerer seg som en del av den medisinske diskursen, gjennom hvordan foreldrene snakker om sine barn. Jeg vil ta utgangspunkt i Foucaults maktbegrep som er både produktivt og undertrykkende, og som jeg

tidligere har vist til. I det første avsnittet vil jeg se på makt som produktiv ved at det settes i verk praksiser som foreldre opplever som hjelpsomme. I det andre avsnittet vil jeg se på den undertrykkende og begrensende siden ved maktgrepet. Begge avsnittene vil avsluttes med en analyse av mulige subjektposisjoner og handlingsrom.

5.4.1 "Vi har trengt hjelp"

Jeg vil prøve å analysere hvordan ekspertens produktive og handlende makt trer frem. Dette mener jeg kan settes i sammenheng med behovet for hjelp. Jeg finner flere eksempler på at informantene ser barne- og ungdomspsykiatrien som et sted de kan få hjelp. Dette ønsker jeg å se nærmere på, og starter med et sitat fra Petter:

"Vi har skjønt at vi at vi har trengt hjelp for å få han til å mestre livet sitt".

Min tolkning er at "vi" er begge foreldrene, som sammen sliter med å få sønnen til å mestre livet sitt. Jeg tolker Petters behov for hjelp ut ifra en posisjon der han blir utilstrekkelig. Dette finner jeg paralleller til i dr. polit. avhandlingen til Nicole Hennem, der hun har intervjuet foreldre om å være mor og far for norsk ungdom. Her fant hun at når de selv gir opp sine forsøk på grensesetting, oppsøker de det offentlige for hjelp. Dette forstås som en form for mobilisering av ressurser, og ikke som en oppgivelse av foreldreansvar (2002:296). Det samme fant Mona Sandbæk som intervjuet foreldre som sosiale aktører i møte med hjelpetjenestene. Foreldrene mente at det ikke er noen motsetning mellom å ta imot hjelp fra profesjonelle og samtidig være ansvarlige foreldre. Heller tvert imot, ser de på det å søke hjelp og ta imot hjelp som en del av foreldreansvaret (2002:92).

Hennem forstår foreldrenes søken etter hjelp som en måte å bruke makt på. Når foreldreautoriteten ikke strekker til, oppsøker man den profesjonelle autoriteten. Dette samsvarer også med ungdommens oppfattelser, skriver hun (2002:92). Jeg mener at dette er et eksempel på hvordan makten blir produktiv. Makten forstått som samfunnsdisiplin, er nemlig ikke bare et sett av begrensninger på individenes frie utfoldelse, i følge Foucault. Det er nettopp disiplineringsprosessene som skaper oss om til sosialt integrerte menneske-subjekter (Foucault 1977 i Wifstad 2001:238-239).

Når foreldrene oppsøker eksperten, forstår jeg dette som en form for disiplinering. Dermed trer ekspertdiskursen frem gjennom maktanvendelse. Vitensprodusenten får sin rolle og funksjon definert i kraft av alle de praksiser han utøver og de virksomheter disse inngår i, og viser hvordan viten og makt er gjensidig avhengig av hverandre (Schaanning 2000b:337). Et eksempel på dette, finner vi hos Hanna:

”Det må til noen eksperter utenifra hvis endringer skal skje på en skole, ikke sant? Det skjer ikke uten videre. Noen må fortelle dem, at sånn og sånn må vi gjøre det, liksom.”

Her kan makt fremstå som produktiv, og den konstituerer seg gjennom at eksperten er den vitende. Foucault snakker om maktrelasjoner som setter i spill relasjoner mellom individer. Det etableres da en form for ”klinisk viten”, og den er konstitutiv for det han kaller ”menneskeviten”. Den kliniske makten handler om den konkrete maktutøvelsen som skjer mellom mennesker, gjennom ulike former for disiplinering. Dermed får vi en disiplinering av samfunnet, mener han, og viser til nettverket av teknikker, diskurser og praksiser som søker å disiplinere individene (Foucault i Schaanning 2000b:343-345). Informantens posisjonering kan derfor ses i lys av denne disiplineringen. Ved å søke hjelp hos eksperten handler både Petter og Hanna i tråd med den medisinske diskursen.

Dette er også et eksempel på hva Foucault kaller den medisinske persepsjonen ved vår kultur, og hvordan den bidrar til å forme den generelle kulturelle diskursen (1973). De profesjonelle er da i en maktposisjon ved å fungere som døråpnere for hva og hvem som slipper inn i diagnosene (Ekeland 2010:31,46). At det kan være nyttig å slippe inn i diagnosene, blir her uttrykt av Petter:

”Jeg opplever at det er enklere å få gjennom det du vil ha når du har en diagnose, da. For når du ikke har noe sånn konkret, så er det ofte det da blir en økonomisk diskusjon, og da faller det jo bort.”

Gjennom sitt konkrete språk, blir diagnosene et hjelpemiddel til å oppnå rettigheter i samfunnet. Det er få som setter spørsmål ved en medisinsk diagnose og at den medfører behov for hjelp. Foreldres jakt på en diagnose må også forstås i lys av det, mener jeg. Dette er også Hertz inne på. Han sier at diagnoser gir både foreldre og profesjonelle økte økonomiske ressurser, og mener at systemiske terapeuter må forholde seg til den økonomiske konteksten,

fordi ekstra ressurser ofte er knyttet til beskrivelser av spesielle behov hos det enkelte barn (2003:3,5).

Hertz hevder videre at eksperttenkningen har blitt en så stor del av hverdagslivet at systemiske terapeuter heller ikke kommer utenom det. Folk lever med og i disse mektige institusjonene, uansett hvor mye systemiske terapeuter ønsker å legge makt og kontroll bak seg. Makten ligger i det politiske og sosiale systemet utenfor terapirommet, som igjen henger sammen med kulturen vi lever i (Hertz 2003:4). Ekspertens posisjon må derfor forstås i en større sammenheng for at den skal gi mening, slik jeg forstår Hertz.

5.4.2 "Foreldrene blir på en måte bare statister"

Her vil jeg forsøke å se på den mer begrensede og undertrykkende siden ved maktbegrepet, og sette det i sammenheng med foreldrenes marginale stemme. Ragnhild stiller seg kritisk til at ekspertens makt trer fram som en del av den medisinske diskursen, hun sier:

"Og når du ser på dette her med hvordan foreldrene på en måte bare blir statister i disse bildene... at dem på en måte ikke blir hørt"

Å være statister, forstår jeg som en passiv posisjon. Foreldrene er bare tilstede og deres stemme blir ikke hørt, til fordel for eksperten. Her snakker Ragnhild om "dem" og ikke "vi". Dette kan kanskje ha en sammenheng med at hun kjenner til noen som har opplevd dette, men at hun ikke er en av dem. Jeg tolker henne dit at hun har betraktet dette på avstand, derav metaforen "statister i disse bildene". Utsagnet må også settes i sammenheng med at Ragnhild ikke ønsket en diagnose på barnet sitt, mener jeg. Dermed er hun en motstemme ved å bekrefte alternative representasjoner i stedet for diskursens hegemoniske representasjoner, med Neumans ord (2002:169).

Foreldrenes rolle som statister bekreftes langt på vei av Sandbæk. Hun fant at foreldrene opplevde maktbruk i møte med hjelpetjenestene, ved at de kunne nekte brukerne adgang og dels stille som ultimatum at familien måtte godta den hjelpen de fikk, eller bli nektet hjelp. De profesjonelle hadde muligheten til å definere problemene og kategorisere barna. De hadde innflytelse ikke bare over hvilken plass barna skulle ha i skolen og i hjelpeapparatet, men om

de i det hele tatt fikk ha en plass der. Videre hadde de makt til å åpne eller nekte adgang til ressurser som foreldrene opplevde som livsviktige for barna. Dess større problemene var, dess mer dramatisk ble makten opplevd og dess vanskeligere var det å uttrykke uenighet. Makten bygger på et kunnskapssyn som har gitt profesjonell kunnskap en privilegert status, skriver hun (2002:115). Dermed ser vi hvordan makten blir undertrykkende, kontrollerende og begrensende. Og, det viser hvordan makten ”må plasseres i hjertet av sannhetsprosedyrene”, som Schaanning skriver med henvisning til Foucault (2000b:337).

Hennum skriver at ekspertene og foreldre står i en hierarkisk relasjon, og at den ene kompetansen gir mer autoritet enn den andre. Posisjonene er med på å understøtte den ene kompetansen som viktigere enn den andre. I møtet mellom ungdommene, ekspertene og foreldrene gis foreldrenes ekspertise lite autoritet, mens ekspertenes gis mye autoritet. Foreldrene blir nødt til å godta ekspertenes autoritet, selv om det går imot deres egen definisjon av problemet og av løsningen (2002:307). Tilsvarende fant Sandbæk at foreldrene ønsker større innflytelse i møte med hjelpetjenestene i form av retten til å være med å definere problemene og diskutere ulike løsningsforslag (2002:111).

I forrige avsnitt var jeg inne på at medisinske diagnoser kan gi økonomiske rettigheter. Ragnhild har imidlertid en annen forståelse av sammenhengen mellom diagnose og ressurser:

”Og da er det du kjenner den der følelsen: Vil dem utrede han på grunn av at dem skal ha ekstra ressurser inn i skolen? Hengte dem han ut fordi han ikke passet inn i deres system? Hva er det som egentlig er grunnen?”

Ragnhilds kritiske stemme kommer frem igjen ved at hun stiller spørsmål til skolens praksis. Hun snakker om at sønnen ikke passer inn, som jeg tolker som en forlengelse av hennes begrep ”firkantboks”. I denne sammenhengen ønsker jeg å gripe fatt i hvordan hun forstår ”ekstra ressurser” som en måte å henge sønnen ut på. Dermed blir ressursene en gode for skolen og ikke for sønnen, som er det motsatte av hva Petter var inne på i forrige avsnitt. Her tror jeg hun er inne på en kobling mellom skolens styringsbehov og hegemoniske profesjonsinteresser, med Ekelands terminologi (2001:310).

Ekeland viser til ”den biomedisinske arkitekturen” som en foucauliansk allusjon som peker mot at den biologiske tradisjonen fungerer som modellmakt på ikke-biologiske områder. Når

denne kunnskapsmodellen blir koblet til byråkratiske styringsmodeller, oppstår allianser som utøver modellmakt slik at andre forståelsesformer fortrenses. Det er slik sett ikke noen tilfeldig sammenheng mellom paradigme, system og praksis. Biomedisinen har fortsatt en hegemonisk posisjon, fordi den er vevd inn i organiserte og materialiserte strukturer som den samtidig legitimerer og reproducerer (2001:310). Ragnhild stiller spørsmål ved disse strukturene, og jeg mener at hun dermed berører den medisinske diskursens grenser.

Min videre tolkning av Ragnhild er at hun mener at sønnen blir stigmatisert, fordi hun snakker om at de hengte han ut. Skolen forsøker å benytte seg av sønnen for å skaffe seg ekstra ressurser. Med dette kan hun forstås som at hun stiller spørsmål ved lærerens intensjoner; *"hva er det egentlig som er grunnen?"* Implisitt i dette spørsmålet, mener jeg at Ragnhild tolker lærernes intensjoner som at skolen ønsker å oppnå noe til egen fordel, og ikke til sønnens fordel. Og noen vil kanskje hevde at ekstra ressurser er en fordel for både lærer og elev. Selv om Ragnhild ikke ønsker at det skal gjøres en utredning av han, betyr det likevel ikke at hun ikke ønsker hjelp. På den andre siden, kan det bli vanskelig å få hjelp uten en diagnose, som Petter tidligere var inne på.

Ved å sette en parallell mellom utredning og at sønnen blir uthengt, kan Ragnhild bidra til å snakke frem den medisinske diskursen som forbeholdt avvikere. Noen vil kanskje også hevde at hennes kritiske stemme bidrar til å stigmatisere andre barn som har diagnoser. Dette er for øvrig et tema som jeg kommer tilbake til senere.

5.4.3 Subjektposisjoner og handlingsrom

Petter og Hanna posisjonerer seg som hjelpetrequende i den medisinske diskursen, og ekspertene kan gi dem hjelp, slik jeg tolker dem. Dette kan forstås som en del av foreldreansvaret deres. I skolesystemet trer ekspertens makt frem, ved at det settes i verk praksiser som foreldre opplever som hjelpsomme; det skjer noe. Ragnhild inntar en annen posisjon ved å stille spørsmål ved strukturer i systemene, slik jeg tolker henne. Hun trekker eksplisitt frem at foreldre blir statister i de samme systemene. Begrepet statist ser jeg på som en posisjonering, fordi det referer til noe passivt. De blir maktesløse i møte med ekspertens makt. Ragnhild derimot, posisjonerer seg som en observatør av maktesløsheten, noe som jeg

mener gir henne et større handlingsrom. Hun blir ikke låst i en forståelse av at ekspertens makt er uovervinnelig.

Jeg forstår ekspertens maktposisjon i lys av den gjensidige sammenhengen mellom makt og viten, som jeg tidligere har vist til som et av Foucaults poeng. Som døråpner for diagnoser, bidrar eksperten til å legitimere sin egen posisjon, og ikke minst konstituere den medisinske diskursen som hegemonisk.

Jeg har tidligere vært inne på foreldres utilstrekkelighet som utgangspunkt for å søke hjelp, og at dette henger sammen med en form for disiplinering. Foucault mener den omfattende maktanvendelsen er hverdagslivets ofte usynlige disiplinering, og foregår uten noen klare makthavere (Foucault 1984 i Wifstad 2001:239). I det usynlige ligger det tatt for gitte som kommer til uttrykk gjennom våre handlinger. Min tolkning er at foreldre som er disiplinerte, vil stille færre spørsmål ved praksis enn de som er mindre disiplinerte. Ragnhild kan da fremstå som mindre disiplinert enn Hanna og Petter. Å nekte utredning, kan imidlertid medføre disiplineringstiltak ved at foreldrene ikke får tilgang til hjelp, fordi eksperten har makt til å definere både problemet og hjelpen. På denne måten vil den medisinske diskursens grenser opprettholdes ved sanksjoner mot enkeltindividet.

Ragnhild posisjonerer seg ved å refse systemet. Jeg tolker hennes kritiske stemme som ”rusk” i samfunnsmaskineriet ved at hun ikke lar seg disiplinere. Likevel vil jeg hevde at hun skaper seg et større handlingsrom, som jeg har vært inne på flere ganger. På den andre siden er spørsmålet hvor avvikende sønnen kan være før det settes inn disiplineringstiltak fra samfunnet. Foreldre som nekter barna behandling i barne- og ungdomspsykiatrien, kan nemlig overprøves med tvang gjennom barnevernsloven, hvis barna er så syke at nødvendig helsehjelp må gis (Helsedirektoratet 2008:84). Dermed kan den medisinske diskursen reprodusere deg selv, gjennom disiplineringstiltak.

De fleste vil imidlertid være enige i at det går en grense for hvor vanskelig barn kan ha det, før de får en form for hjelp. Dermed må noen ta ansvaret for å vurdere dette. Det som kan være problematisk, er hvor denne grensen skal settes. Med dette ansvaret må det uansett følge en erkjennelse av at makt, slik at den ikke blir utydelig og tvetydig legitimert, med Ekelands ord (2001:308).

Hva med systemisk praksis og forholdet til makt? Ekeland hevder at det systemiske fagfeltets fromme ønsker om å avstå fra makt, kan tilsløre andre måter å utøve makt på. Selv ikke den postmoderne terapeut kan finne en nøytral posisjon, for den finnes ikke. Likevel representerer familieterapi og systemisk praksis i det minste en selvrefleksjon og en demokratisk orientering, skriver han. Her finner vi en ikke-patologiserende holdning og et menneskesyn som orienterer seg mot humanistiske fellesverdier (Ekeland 2001:321).

Så langt har analysen handlet om hvordan den medisinske diskursen konstituerer seg gjennom brudd med det normative, grenseoppgangen mellom normalitet og avvik, ekspertens stemme og makt. Jeg vil avslutte analysen med et avsnitt om normalitetsidealet, og hvordan det trer frem i informantenes utsagn.

5.5 NORMALITETSIDEALET

Diagnoser forutsetter en forskjell mellom normalitet og sykdom, der avvik måles ut ifra normalutvikling hos veltilpassede barn (Zeiner og Nøvik 2001). Derfor velger jeg å kalle normalitet for idealet. Jeg vil her forsøke å analysere hvordan normalitetsidealet konstituerer seg som en representasjon i den medisinske diskursen. Som i de forrige avsnittene, følger en analyse av mulige subjektposisjoner og handlingsbetingelser.

5.5.1 "Annerledesgrensa"

Jeg vil her forsøke å se på hvordan normalitetsidealet hele tiden forandrer seg, i likhet med definisjoner av avvik, som jeg var inne på i det første avsnittet i analysen. Siden diagnoser forutsetter forskjeller mellom normalitet og avvik, vil de være gjensidig avhengige av hverandre for at vi skal forstå skillet. Ragnhild gir her uttrykk for hva hun mener om annerledesgrensa:

"Jeg tror at den annerledesgrensa, den blir mindre og mindre for hvert år. Vi snakker om at den skal bli større og større, men vi klarer ikke å håndtere det, for hvis vi er litt annerledes i dag, så faller vi utenfor det meste."

Min tolkning av Ragnhild, er at annerledesgrensa markerer et skille mellom normalitet og

annerledeshet. Dette skillet forskyver seg stadig, slik at normen blir mindre og avvikene flere. Idealet er likevel det motsatte, ved at vi snakker om at normen skal bli større. Med "vi" forstår jeg hele samfunnet, og at Ragnhild regner seg som en del av dette. Hun bruker imidlertid "vi" når hun snakker om å være litt annerledes også, noe som kan bety en markering av at alle er en del av samme fellesskap. Det kan også tolkes som at Ragnhild posisjonerer seg i solidaritet med de som er annerledes, eller at hun selv føler seg annerledes. I tillegg sier hun at "vi" klarer ikke å håndtere idealet om en større norm. Jeg opplever henne ikke som motsetningsfylt i den utstrakte bruken av "vi", heller at skillet mellom "oss" og "de andre" ikke er så skarpt hos Ragnhild.

Selv om det snakkes frem en annerledesgrense, tror jeg Ragnhild mener at både de normale og de som er annerledes, er en del av samme fellesskap. Problemet er at vi ikke klarer å håndtere annerledesheten i dette fellesskapet, noe som resulterer i at de som er litt annerledes faller utenfor. Her er hun på linje med Hertz, som hevder at fokuset på "jeg" i stedet for "vi", bidrar til kortere avstand mellom suksess og fiasko. Problemer blir redusert inn i individualistiske forståelsesrammer, og det oppstår et skille mellom "oss" som lever innenfor det akseptable og "de" som faller utenfor dette. Behandlingskulturen er en forlengelse av de voksnes bekymringer over å ha et barn som ikke faller inn i det normale. Han viser også til Ekeland som sier at diagnoser gir legitimitet til å lide, og at alternativet er å leve i en sosial avgrunn av skam ved å være *ingenting* (Hertz 2010:274).

I tråd med Ekeland, hevder også Hertz at sosiale problemer blir psykologisert, og setter dermed diagnoser inn i en sosial kontekst (Hertz 2010). Ekeland hevder at forventningene om selvkontroll og indre disiplinering har økt. Verdsatte væremåter er ikke lenger de maskuline og handlingsorienterte, men den sosiale og relasjonelle kompetansen. Videre viser han til at skoletiden er blitt lengre, mer teoretisk, og livet i sin alminnelighet mindre motorisk. Barns arenaer for fysisk utfoldelse er i hovedsak voksenstyrte og sikkerhetsklarerte (Ekeland 2010:46). Annerledesheten hos de barna som ikke passer inn i disse rammene, kan forklares ved at diagnosen setter et navn på det som er annerledes. På den andre siden, er det rimelig å anta at de avvikende barna kan føle seg annerledes ved å leve i et fellesskap som verdsetter normer som de avviker fra. Diagnosen kan da være en god forklaring, slik jeg ser det.

Hvis annerledesgrensa blir mindre og mindre, som Ragnhild sier, betyr det også at flere faller

utenfor normen. En undersøkelse fra Sør-Trøndelag kan tyde på at dette stemmer i forhold til diagnosen Asperger syndrom. Her fant Weidle m.fl. at antall barn med denne diagnosen har doblet seg fra 2005 til 2008. De forklarer økningen med større oppmerksomhet rundt slike forstyrrelser, og at mennesker med mindre uttalte symptomer fanges opp i større grad enn tidligere (2011:573). Jeg vil gripe fatt i det siste, som kan være et uttrykk for at den medisinske diskursen utvider sine grenser.

Sponheim spør på lederplass i *Tidsskrift for den norske legeforening* om Asperger syndrom er blitt vanligere. Han er inne på flere mulige forklaringer, men konkluderer med at vi ikke kan fastslå med sikkerhet om lidelsene er i reell økning, eller om økningen bare skyldes endret praksis og økt oppmerksomhet (2011:561). Den biomedisinske forståelsen av diagnoser blir her synlig ved at de fremstår som objektive og naturlige kategorier; de er reelle. Jeg undrer meg imidlertid over om det går an å skille Sponheims mulige forklaringer fra hverandre. I et sosialkonstruksjonistisk perspektiv, kan en ”reell” økning i antall diagnoser ha sammenheng med økt oppmerksomhet og endret praksis. Jeg har tidligere vært inne på at diagnoser ikke er noe som ligger der ute og venter på å bli oppdaget. Vi finner det vi tror på og leter etter (Anderson 2003:110).

Sponheim viser til den østerrikske legen Hans Aspergers arbeider som ble kjent på slutten av 1970-tallet og som senere ledet til diagnosen med samme navn. Dette var starten på et gjennombrudd for en bredere atferdsbeskrivelse av den sjeldnere diagnosen barneautisme, skriver han. Samtidig ble grensene til andre utviklingsforstyrrelser og normalutvikling mindre tydelige. Sponheim peker her på faren for et snevrere normalbegrep. På den andre siden hevder han at mennesker med psykiske lidelser bør bli identifisert og få hjelp. Hittil er diagnoser det beste hjelpemiddelet vi har til å kommunisere om dette, mener han (2011:561). Gitt at diagnosepraksisen henger sammen med en biomedisinsk forståelse, kan Sponheim tolkes som en støtte til Ringen og Dahl, som jeg tidligere har vist til som støttespillere for en nevrobiologisk grunnlagstenkning. Sponheim kan også forstås i lys av en dominerende biomedisinsk diskurs, og at det er få alternative diskurser som når frem.

Jeg har tidligere vist til Ekeland som skriver at navnet familieterapi muligens bidrar til å marginalisere fagfeltets posisjon. Begrepet gir assosiasjoner til problemer i familier og ikke nødvendigvis som en del av en medisinsk diskurs.

5.5.2 "Veien mot å bli voksen skal bli lettere"

I dette avsnittet vil jeg forsøke å se nærmere på begrepet tidlig intervensjon, som handler om at problemer kan forebygges gjennom tidlig identifikasjon. Jeg mener dette henger sammen med normalitetsidealet, siden målet med forebygging er å redusere problemer og dermed få et normalt liv. På spørsmål om Hanna tror diagnosen kan forebygge problemer for datteren, svarer hun:

"Ja, og at veien mot å bli voksen skal bli litt lettere. Det er mange bekymringer. Derfor så tror jeg det er viktig at vi jobber, begynner tidlig å hjelpe henne og få henne til å være så stabil og trygg og god at hun ikke trenger å søke alt mulig rart når hun blir eldre. At vi kan klare å gi henne noe tilfredsstillende hele veien som hun også er fornøyd med."

Hanna snakker om at veien mot å bli voksen skal bli litt lettere, og hun tror diagnosen kan hjelpe dem på denne veien. Jeg tolker utsagnet som et eksempel på at usikre foreldre blir sikre, som jeg tidligere har referert fra Hertz. Han trekker også frem et viktig poeng i at diagnosene åpner opp for støtte fra det offentlige, og at dette kan gi en opplevelse av en vei videre (2003:3). Ekeland hevder imidlertid at samfunnet skaper et bytteforhold; rettigheter og legitimitet som motytelse av den medisinske diskursen (2010:47).

Hannas ønske om å hjelpe datteren til å bli trygg og stabil og god, samsvarer med Hennums funn der foreldrene konstruerer barndommen som en tid uten store konflikter og smerter for barnet, samt en tid preget av glede og imøtekommenhet fra foreldrenes side (2002:150). Ikke alle foreldre lever opp til dette idealet, for som Hanna tidligere har sagt: *"Jeg strekker ikke til slik som det er nå"*. Normalitetsidealet gjelder dermed ikke bare for barna, men kan også ses i forhold til foreldrerollen. En diagnose kan da bli en "akseptert" måte å mislykkes på (Ekeland 2010:47).

Jeg tolker utsagnet om at de tidlig må begynne å hjelpe datteren, som en forståelse i tråd med tidlig intervensjon. Å få riktig diagnose er viktig for å forebygge problemer, som Hanna er inne på. Ekeland hevder på sin side at det er lite forskning som tyder på at lik diagnose bør gi lik behandling, og at dette er en av de store mytene i psykiatrien (2003:62). Ekeland rokker ved et viktig fundament her, og jeg vil prøve å gå litt nærmere inn i betydningen av å få en diagnose for barn.

I 2003 ble Senter for metodevurdering (SMM) anmodet av sekretariatet for Nasjonalt Råd for prioritering i helsevesenet, om å vurdere kunnskapsgrunnlaget for effekt av tidlig diagnostisering og forebyggingstiltak ved psykiske lidelser og adferdsvansker hos barn. Formålet var å vurdere muligheter for tidlig identifikasjon av atferdsproblemer og lette psykiske lidelser hos barn i alderen 0-12 år, og den kliniske effekt og kost-nytte av ulike tiltak for forebygging og behandling (SMM 2003:5). De konkluderer med at: ”Det er få / ingen gode kost-nytte analyser over tidlig diagnostikk- og forebygging av psykiske lidelser hos barn” (2003:5).

Jeg er forsiktig med å trekke konklusjoner ut av dette, men tillater meg en undring over mangelen på forskning som sier noe om betydningen av diagnoser når det fremheves som så betydningsfullt for hvilken hjelp som gis (Helsedirektoratet 2008a:2). Dette var jeg for øvrig inne på i innledningskapittel også. I Folkehelseinstituttets rapport om psykiske lidelser, står det at dagens metoder ikke kan si noe om senere symptomutvikling hos barn med psykiske lidelser. Videre står det at vi sannsynligvis kan finne like mange utsatte barn gjennom kartlegging av miljøforhold, som i en individuell screening (2009:55). Ringen og Dahl hevder imidlertid at en enhetlig nevrobiologisk forståelsesmodell i psykiatrien, gir pasientene en garanti for optimal behandling uavhengig av hvilket fagmiljø de kommer til (2002:2026). Jeg undrer meg over om det vil bli mulig å gi slike garantier i fremtiden, ved hjelp av forskning.

5.5.3 ”Du skal være perfekt”

Her vil jeg forsøke å se nærmere på hvordan normalitet kan forstås som et ideal, og innleder med et sitat fra Fredrik:

”Du skal helst være normal for å si det slik, synes jeg da, at det handler mye om... du skal være perfekt, mer som. Synes jeg det går i mye. Det er nå slik samfunnet har blitt, dette...”

Min tolkning av Fredrik er at du skal ikke bare være normal, men du skal også være perfekt. Det kan bety at normalitet er ikke nok. Idealet blir dermed å være perfekt, som jeg forstår som feilfri. Han bruker ingen ord til å si hva han synes om det. Med det fremstår han som resignert for meg; nesten litt avmektig i samfunnet som bare er slik. Tidligere har Fredrik sagt at han

syns det er vanskelig å vite hva som er normalt, og at fagpersoner vet mest om det. Hvis vi ser disse utsagnene i sammenheng med hverandre, kan hans posisjon tolkes som passiv.

Videre ønsker jeg å se nærmere på hvordan idealet om normalitet eller det perfekte, påvirker foreldre som har et barn med en diagnose. Petter sier dette om sine egne reaksjoner på at sønnen fikk en ADHD-diagnose:

”Når du tar innover deg at du har et barn som har en diagnose som ikke er fullt ut akseptert av samfunnet, blir du ganske flat en stund”.

Å være flat tolker jeg også som passiv i denne sammenhengen, eller en form for resignasjon på linje med Fredrik. Begge aksepterer at det er slik, og jeg mener at dette henger sammen med den biomedisinske forståelsen av sykdom som natur. Øfsti skriver at makten til å erklære enkelte ideer som mer sanne enn andre, blir tydeligere og vanskeligere å utfordre dess nærmere vi kommer essensialistisk kunnskap som hevder at iboende, medfødte kvaliteter er natur (2010:19).

Petter snakker om at diagnosen ikke er fullt ut akseptert av samfunnet. Han kommer dermed inn på at diagnosen kan være stigmatiserende, og dette vil jeg se nærmere på. Jeg vil først vise til Goffmans klassiske definisjon av stigma: ”En egenskap som er dypt diskrediterende” (1963:3, min oversettelse).

Ekeland skriver at til tross for en bevisst sosialpolitisk strategi for å motvirke fordommer og stigmatisering av psykiske lidelser, er det tvilsomt om effekten har vært som tilsiktet (2010:41). I en svensk undersøkelse om spesialundervisning i skolen, ble det konkludert med at en medisinsk diagnose kan føre til stigmatisering eller ambivalens. Selv om diagnosen bidrar til ekstra hjelp og ressurser, hadde den ikke den forventede effekten på å avstigmatisere, ved å bedre barnas selvtillit og fjerne skylden fra både foreldre og barn (Isaksson m.fl. 2010). Dette vil jeg sette i sammenheng med Goffmans beskrivelse av at stigma oppstår når man går fra å være normal til å være diskreditert. Det oppstår da en ny sosial identitet gjennom interaksjon med sosialt konstruerte kategorier. Goffman kaller dette en ”sosial karriere” der en stigmatisert person tar opp i seg samfunnets holdninger og derigjennom forstår seg selv som stigmatisert (1963:32).

Gjennom de medisinske kategoriene, kan det derfor skapes en ny sosial identitet som stigmatisert. Med denne forståelsen handler det ikke bare om å skape et åpnere samfunn. Den stigmatiserte kan nemlig forstå seg selv som stigmatisert gjennom å være diskreditert ved hjelp av diagnosen. Det skapes en sosial identitet og Goffman mener at en psykisk lidelse kan fungere som en beskyttelse fra sosialt ansvar (1963:21). Jeg har tidligere vært inne på at dette er et av Ekelands poeng. Kategoriene kan derfor bidra til å skape avstand mellom ”oss normale” og ”de psykisk syke”. Dette kan bety at så lenge disse skillene eksisterer, vil det også være stigmatisering, fordi det oppstår nettopp i dette grenselandet.

5.5.4 Subjektposisjoner og handlingsrom

Jeg har forsøkt å vise hvordan normalitetsidealet konstituerer seg som en del av den medisinske diskursen. Informantene posisjonerer seg imidlertid forskjellig, noe som jeg vil se nærmere på sammen med mulige handlingsrom.

Ragnhild hevder at normen blir smalere og at vi ikke klarer å håndtere annerledesheten. Hennes posisjon kan derfor forstås som kritisk. At det er en forskjell mellom normalitet og avvik, konstituerer seg ikke i like stor grad i hennes utsagn. Dermed berører hun grensene for den medisinske diskursen, fordi disse skillene er en viktig representasjon i diskursen, som jeg tidligere har vært inne på. Gjennom å hevde at annerledeshet kan medføre at vi faller utenfor, snakker hun likevel grensene på plass igjen, mener jeg.

Fredriks posisjon kan tolkes som passiv, eller uten muligheter til å påvirke et samfunn som vektlegger det perfekte. Hanna derimot, ser diagnosen som en mulighet til å forebygge senere problemer for datteren. Begges posisjon bidrar til å konstituere den medisinske diskursen som hegemonisk. Handlingsrommet deres kan begrenses av at medisinsk terminologi forklarer barnets uttrykk, fordi det kan føre til at andre forklaringer stenges ute, som for eksempel konteksten barnet lever i. Eller at barnet bare er slik, som en del av biologiens mangfold.

Fredriks og Ragnhilds posisjoner kan tyde på at den medisinske diskursen er i ferd med å utvide sine grenser. Dette er for øvrig i tråd med Ekeland som hevder at stadig flere livsområder legges under den medisinske diskursen (2003). Jeg undrer meg over om dette er i

ferd med å skje for barn. I så fall vil handlingsbetingelsene være prisgitt den medisinske diskursen og dens språk. Kanskje er SMM-utredningen, der nytten av å screene alle førskolebarn for psykisk helse (2003), et skritt i den retningen? Konklusjonen er riktignok at nytteverdien ikke er godt nok dokumentert til at det er anbefalt. At det snakkes om en slik mulighet, kan imidlertid være et uttrykk for en stadig ekspanderende medisinsk diskurs.

Goffman (1963) mener at psykisk lidelse kan føre til fraskrivelse av sosialt ansvar, som tidligere nevnt. Det kan bety mindre handlingsrom gjennom å være en marginal stemme som ikke blir hørt. På den andre siden, kan det tenkes at individet står friere til å uttrykke seg når det er frigjort fra ansvar. Som jeg tidligere har vist, vil imidlertid samfunnets disiplinering på et tidspunkt tre frem, ved hjelp av sanksjoner.

Jeg vil avslutte med et mulig scenario beskrevet av Sivertsen og Tranøy som er kritiske til diagnosen ADHD. De mener at barn blir satt i bås og tolket som unormale, ved at de ikke oppfører seg nøyaktig slik de voksne forventer av dem. Hvis dette fortsetter, vil det bli mange båser etter hvert, mener de. Til slutt vil man sitte igjen med en liten gruppe barn som det ikke feiler noen ting. Dermed kan *de* bli stigmatisert, fordi det er ingenting som feiler dem, og det kan da ikke være normalt? (2007:23).

Sivertsen og Tranøy fremstår som kritiske til dagens praksis. Deres mulige spådommer kan forstås som at de mener den medisinske diskursen ikke bare utvider, men sprenger sine grenser. Bare fremtiden kan gi svar på om de får rett. Gjennom dette viser de imidlertid hvordan verden hele tiden er i fluks, og at handlingsbetingelsene forandrer seg i lys av det. For hva som er normalt i dag, er ikke nødvendigvis normalt i fremtiden. Og med dette avslutter jeg forsøket på å analysere hvordan normalitetsidealet konstituerer seg som en del av den medisinske diskursen.

I den avsluttende drøftingen vil jeg forsøke å trekke ut de mest fremtredende funnene i oppgaven, og se disse i forhold til hverandre.

6 AVSLUTTENDE DRØFTING

I denne oppgaven har temaet vært foreldrenes stemme i en diagnoseverden. Jeg har forsøkt å analysere deres stemmer gjennom å besvare problemstillingen ”På hvilken måte konstituerer den medisinske diskursen seg i hvordan foreldre snakker om sitt barn?”

Den medisinske diskursen konstituerer seg som hegemonisk, og dette gjenspeiler seg i hvordan informantene snakker om sitt barn. At diskursens grenser er i ferd med å ekspandere, kommer tydelig frem gjennom utsagn som ”*den annerledesgrensa, den blir bare mindre og mindre for hvert år*” og ”*du skal være perfekt (...) Det er nå slik samfunnet har blitt, dette..*”. Med disse utsagnene trer den medisinske vitenskapens definisjonsmakt frem som en representasjon i diskursen.

Informantene har en forståelse av ekspertens stemme som objektiv og sann, og at de stoler fullt og helt på den, bortsett fra Ragnhild. Foreldrenes posisjon trer frem som marginal gjennom at de definerer seg utenfor kunnskapsrommet, i motsetning til de faglærte eller eksperten. Noen foreldre mener til og med at diagnosen er riktig, til tross for at de ikke hadde oppfattet noe galt med sitt barn. Foreldrene adopterer med dette ekspertens stemme. Det kan høres naivt ut slik jeg fremstiller det, men mitt anliggende i denne diskursanalysen er å vise hvordan noen forståelser har forrang foran andre og hvordan dette kan begrense handlingsrommet.

Ragnhild derimot, posisjonerer seg som kritisk til både eksperter og den medisinske diskursen. Det hun sier er likevel både raust og politisk korrekt i mange sammenhenger. At vi skal respektere forskjellighet og ikke sette stempel på barn, høres ut som gode medmenneskelige kvaliteter. Så hvorfor blir hun så motstrøms i en medisinsk kontekst? Dette er et paradoks, mener jeg, siden den medisinske vitenskapen påberoper seg humane verdier.

Det er mye makt i å definere mennesker gjennom en diagnose, spesielt barn. Selv om medisinske fagpersoner påberoper seg hjelpeposisjonen, er likevel utgangspunktet at de vet best. Hjelpen gis bare innenfor visse kategorier. Her mener jeg at systemisk praksis er et godt alternativ, gjennom en utforskende holdning der spørsmål stilles i stedet for at svar gis. Denne forståelsen krever imidlertid noe annet av terapeuten, som kanskje ikke alle er klare for. Hva

skal vi med eksperten hvis han ikke har alle svarene? For å legitimere sin egen eksistens må nødvendigvis diskursens grenser opprettholdes.

Den medisinske diskursen har også ekspandert til å omfatte flere områder enn det rent medisinske: foreldrerollen ("jeg strekker ikke til sånn som det er nå"), skolesystemet ("det må en ekspert til utenfra for at det skal skje endringer på en skole"), økonomiske rettigheter ("Jeg opplever at det er lettere å få gjennom det du vil ha når du har en diagnose"). Dette er ett av de tydeligste funnene i analysen; at den medisinske diskursen stadig utvider sine grenser.

Dette sitatet, som er hentet fra Fredrik, understreker den hegemoniske posisjonen til den medisinske diskursen når han skal svare på hva som har vært viktig med diagnosen: "*Om han har det, eller om han ikke hadde hatt det, hadde vært like lite klok likevel. He, he.*". Dette underbygger at eksperten, ikke foreldrene, er den vitende i den medisinske diskursen. Eksperten som dominerende stemme og foreldrenes marginale posisjon er likevel ikke tilstrekkelig til å forstå Fredriks utsagn. Det er også et uttrykk for disiplinering. For: diagnosen gir så å si ingen mening for foreldrene, men likevel er den riktig. Hva kan vel foreldrene gjøre med det? Da er det kanskje ikke så rart at latteren kommer.

Jeg mener at Fredriks stemme er verdt å lytte til, selv om det kanskje ikke har skjedd så mange ganger før i møte med eksperten. Han viser oss at Foucaults ord fortsatt er aktuelle i den medisinske diskursen:

"Makt og kunnskap forutsetter hverandre gjensidig. Intet maktforhold uten at det dannes et kunnskapsområde, og heller ingen kunnskap som ikke på samme tid forutsetter og danner visse maktforhold". (Foucault, 1999:30).

Så kan jeg ikke avslutte uten å vise til at en medisinsk diagnose kan frita fra skyld og skam, og dermed være frigjørende for foreldre. Denne posisjonen trådte imidlertid klartest frem hos de foreldrene som selv opplevde at barna hadde vansker, og selv søkte hjelp for det. Dette er et viktig poeng, for da er diagnosen en velkommen forklaring. Men hvordan skal den kunne gi en forklaring hvis du ikke skjønner hva det er, eller hvis du ikke vil at barnet ditt skal ha en diagnose?

Jeg står igjen med to hovedposisjoner etter denne diskursanalysen: diagnose som natur eller konstruksjon? Arv eller miljø, kan vi kanskje også si. Det første bygger på en biomedisinsk

epistemologi og det andre bygger på sosialkonstruksjonisme. Begge har de sine sterke sider, men, og dette er mitt hovedpoeng når jeg nå skal avslutte: De sterke sidene ved andre forståelser slippes ikke til når de bli marginalisert, og da tenker jeg blant annet på systemisk praksis. I den grad jeg skal trekke frem hva som *ikke* ble sagt i intervjuene, må det være at det finnes alternativer til en biomedisinsk diagnosetenkning. Likevel håper jeg at systemisk praksis fortsetter å være nettopp det; et alternativ til diagnosene. Dette vil imidlertid være motstrøms så lenge systemene favoriserer diagnosene.

Og dermed er ringen sluttet for denne gang, for hvis vi går helt tilbake til innledningen min, uttrykkes det klart fra Folkehelseinstituttet at den viktigste forskningen på psykisk helse er å kartlegge hvilke diagnoser som finnes der ute. Som helsesøster i skolehelsetjenesten vil jeg da si: Takk og lov for at det ikke er økonomisk forsvarlig å screene alle førskolebarn for psykisk helse. Mitt håp for en verden som er i fluks, er at denne utviklingen vil snu.

Helt til slutt vil jeg si noen ord om hva jeg mener er veien videre. Det vil sannsynligvis ikke være så overraskende at jeg mener foreldrenes stemme bør løftes mer frem, kanskje spesielt motstemmer som Ragnhild. Jeg fant bare henne til denne oppgaven, men skulle gjerne hørt flere ”vanskelige mammaer”. Som kritiske stemmer har de noe å lære oss om det vi ofte tar for gitt.

Helsedirektoratet mener at det må forskes mer på nytten av diagnoser. Jeg vet ikke om jeg syns det er et stort poeng. Så lenge vi snakker og forstår ut ifra en medisinsk diskurs, *vil* diagnosene fremstå som viktige. Jeg håper at vi snart, i tråd med Ekeland (2003), innser galskapen i denne ordensnevrosen.

Litteraturliste:

Anderson, H. (1996): Is Diagnosis a Disaster? A constructionist Trialogue. En trialog mellom Gergen, K.J., Hoffmann, L. og Anderson, H. I: Kaslow (red.) *Relational diagnosis*. New York: Wiley, s.106.

Anderson, H. (2003): *Samtale, sprog og terapi. Et postmoderne perspektiv*. København: Hans Reitzels forlag.

Ekeland, T.-J. (2001): Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs. *Fokus på familien*. 29(4), s.308- 321.

Ekeland, T.-J. (2003): Ein diagnose av psykiatri diagnoser. *Impuls* nr. 1, s.56- 64.

Ekeland, T- J. (2010): Medikalisering- epistemologiske forutsetninger. I: A. Kolstad og R. Kogstad (red.) *Psykologisering av sosiale problemer. Medikalisering av psykiske lidelser*. Haugesund: Alpha Forlag, s.31- 52.

Foucault, M. (1973): *Galskapens historie*. Gyldendal.

Foucault, M. (1976): "The birth of the clinic. An archaeology of medical perception". London: Tavistock.

Foucault, M. (1999 [1977]): *Overvåkning og straff*. 3. utgave. Gyldendal.

Foucault, M. (1999): *Diskursens orden*. Oslo: Spartacus Forlag.

Gergen, K.J. (1996): Is Diagnosis a Disaster? A constructionist Trialogue. En trialog mellom Gergen, K.J., Hoffmann, L. og Anderson, H. I: Kaslow (red.) *Relational diagnosis*. New York: Wiley, s.103.

Gergen, K. J. (2010): *Relationel tilblivelse. Videre fra individ og samfund*. Dansk psykologisk forlag.

Gergen, K.J. og Gergen, M. (2009): *Social konstruktion ind i samtalen*. Dansk psykologisk forlag.

Gjærum, B. og Heyerdahl, S. (2001): Kapittel 5: Prosedyrer for vurdering av utvikling. I: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. *Veileder*. URL: <http://www.legeforeningen.no/id/4811>. [Lastet 07.04.2011].

Goffman, E. (1963): *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Penguin.

Google (2011): URL: http://www.google.no/search?hl=no&rlz=1T4ACAW_noNO411NO414&q=%22psykisk+lidlelse%22+%22barn%22+&btnG=S%C3%B8k&aq=f&aqi=&aql=&oq. [Søk utført 12.02.2011].

Grøholt, B., Sommerschild, H., Garløv, I. (2008): *Lærebok i barnepsykiatri*. 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet (2008a): Vedlegg til kvalitetsindikatorer i Psykisk helsevern. *N-013 BUP Andel diagnostisk vurdert*. URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00105/N-013_BUP_Andel_dia_105319a.pdf. [Lastet 10.03.11].

Helsedirektoratet (2008b): *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*.

Hennum, N. (2002): *Kjærlighetens og autoritetens kulturelle koder. Om å være mor og far for norsk ungdom*. NOVA Rapport 19/02. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU. Dr.polit.-avhandling.

Hertz, S. (2003): At arbejde systemisk i et diagnostisk felt. *Fokus på familien*. 31(1), s.22-32.

Hertz, S. (2009): Diagnoser og afmagt. Fænomenet diagnose kan ses som et udvalgt øjebliksbillede. *Psykkentrum*. URL: <http://www.psykkentrum.dk/artikler/a25.pdf>. [Lastet 11.04.2011].

- Hertz, S. (2010): ADHD – selve forkortelsen forstyrrer vores nysgjerrighed! *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift* 47 (3), s.267-286.
- Holte, A. (2009): Forord. I: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2009:8. *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*, s.3-4.
- Holterman, S., Tvedten H.M., Badi, D (20.05.2010): Ett av tre barn vil få en psykisk lidelse før de fyller 16 år. *Dagbladet*. URL:
<http://www.dagbladet.no/2010/05/20/tema/barn/oppvekst/foreldre/11792472/>.
[Lastet 12.02.2011].
- Hårtveit, H. og Jensen, P.(2004): *Familien- pluss en. Innføring i familierapi*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Isaksson, J., Lindqvist, R., Bergstrøm, E. (2010): Struggling for recognition and inclusion - parents' and pupils' experiences of special support measures in school. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 5(1). URL:
<http://www.socioaffectiveneuroscipsychol.net/index.php/qhw/article/viewArticle/4646/5374>.
[Lastet 07.04.2011].
- Jensen, P. (2004): *Ansikt til ansikt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Juul, J. (05.09.2009) Diagnose: Barn. *Dagbladet Magasinet*, s.24-31.
- Jørgensen, M.W. og Phillips, L. (2008): *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Kendall, J., Leo M.C., Perrin, N., Hatton, D. (2005): Service Needs of Families With Children With ADHD. *Journal of family nursing*. 11(3), s. 264-288.
- Kvale, S. (2006): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mosgaard, J. (2009): Sprogets forførelser – Om diagnoser og andre konklusjoner. *Fokus på familien* 37(4), s.238-255.

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2009): Rapport 2009:8. *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*.

Nasjonalt folkehelseinstitutt (Sist oppdatert 07.05.2010): *Norske barn er blant de friskeste i verden*. URL:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2687:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:84202::1:5569:1:::0:0. [Laster 12.02.2011].

Neumann, I. B. (2002): *Mening, materialitet, makt; En innføring i diskursanalyse*. Oslo: Fagbokforlaget.

Peters, K. og Jackson, D. (2009): Mothers experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Advanced Nursing*. 65(1), s.62-71.

Ringen, P.A. og Dahl, A.A. (2002): Modeller og trender i psykiatri – bør nevrobiologi danne en felles basis? *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 122(20), s. 2024- 2027. URL: http://tidsskriftet.no/?seks_id=587199. [Lastet 10.03.11].

Sandbæk, M: (2002): *Barn og foreldre som sosiale aktører i møte med hjelpetjenester*. NOVA Rapport 14/02. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU. Dr. polit. avhandling.

Senter for medisinsk metodevurdering (2003): Utredning. Tidlig diagnostisering og forebyggingstiltak ved psykiske lidelser og atferdsvansker blant barn (0-12 år). Hentet fra Helsedirektoratet. URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/SMM_utredning_BUP_2595a.doc. [Lastet 07.04.2011].

Schaanning, E. (1999): Forord og etterord. I: M. Foucault. *Seksualitetens historie I*. Valdres: Pax Forlag, s.7-11 og s.177-198.

Schaanning, E. (2000a): *Modernitetens oppløsning. Sentrale skikkelser i etterkrigstidens idehistorie*. 3. utgave. Oslo: Spartacus Forlag AS.

Schaanning, E. (2000b): *Fortiden i våre hender. Foucault som vitenshåndtør. Bind I. Teoretisk praksis*. Oslo: Unipub forlag.

Schaanning, E. (2007a): *Makt og viten. Tekster i utvalg*. Unipub.

Schaanning, E. (2010): Om psykiatriens virkelighetsforståelse. I: A. Kolstad og R. Kogstad (red.) *Psykologisering av sosiale problemer. Medikalisering av psykiske lidelser*. Haugesund: Alpha Forlag, s.77- 87.

Sivertsen, Aa. og Tranøy, J (2007): *ADHD- piller på avveie*. Kolofon forlag.

Slotnæs, M. (25.09.2009): Ut av SV- tåka. *Morgenbladet*. URL: <http://morgenbladet.no/apps/pbcs.dll/article?AID=/20090925/OAKTUEL/828297872/0/oboker>. [Lastet 07.04.2011].

Solbakk, Jan Helge (Sist oppdatert: 04. januar 2010): Sårbare grupper. *De nasjonale forskningsetiske komiteer*. URL: <http://etikkom.no/no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Sarbare-grupper/>. [Lastet 18.04. 2011].

Sosial- og helsedirektoratet (2007): *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*.

Spekter: Psykiatriens historie (03.12.2008). NRK Nett-TV. URL: <http://www.nrk.no/nett-tv/klipp/440121/>. [Lastet 01.03.2011].

Sponheim, E. (2011): Er Asperger syndrom blitt vanligere? *Tidsskrift for den norske legeforening*.131(6), s.561.

Statens helsetilsyn (2001): Utredningsserie 2-2001. *Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker*.

Prop. 1 S (2009-2010): Helse- og omsorgsdepartementet. URL:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2009-2010/prop-1-s-20092010/9/3.html?id=580405>. [Lastet 12.02.2011].

Thagaard, T. (2008): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Tranøy, J. (2010): ADHD- en sosial diagnose? I: A. Kolstad A. og R. Kogstad (red.) *Psykologisering av sosiale problemer. Medikalisering av psykiske lidelser*. Haugesund: Alpha Forlag, s.156- 168.

Watzlavick, P., Bavelas, J.B., Jackson, D.D. (1967): *Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: W.W. Norton & Company Inc.

Weidle, B., Gåsnes, T., Skjetne, G.K., Høyland, A.L. (2011): Aspergers syndrom i Sør-Trøndelag 2005–08. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 131(6), s.573- 576.

Widerberg, K. (1995): *Kunnskapens kjønn. Minner, refleksjoner og teori*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Widerberg, K. (2005): *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wifstad, Å. (2001): *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatrien: En filosofisk undersøkelse*. Oslo: Tano Aschehoug Fonteneserie.

Zeiner, P. og Nøvik, T.S. (2001): Kapittel 1: Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri. I: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. *Veileder*. URL:
<http://www.legeforeningen.no/id/4807>. [Lastet 10.03.11].

Øfsti, A. (2010): *Parterapi- Kjærlighet, intimitet og samliv i en brytningstid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aadland, E. (2007): *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 2. utgave.
Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg nr.1:

Intervjuguide:

1. Kan du starte med å fortelle litt om bakgrunnen til at du / dere:

-valgte å utrede barnet deres / ditt i psykiatrien?

-valgte og ikke utrede barnet i psykiatrien?

(Evt. oppfølgingsspm: hva var styrende for deres valg?)

2. Hva tenker dere i dag om at:

-barnet ditt / deres fikk en psykiatrisk diagnose?

-barnet ditt / deres ikke fikk en psykiatrisk diagnose?

Evt. oppfølgingsspm til de som har barn med diagnoser:

3. Hva har vært nyttig med å få en diagnose?

4. Hvilken mening gir diagnosen for deg / dere?

5. Har diagnosen skapt nye problemer?

Vedlegg nr.2:

Til

Virksomhetsleder Sosial- og familietjenesten

XXXXX

Adr

Lillehammer, 13.01.10

Forespørsel om samtykke til å intervju foreldre i forbindelse med en masteroppgave

I forbindelse med min masteroppgave i familierapi og systemisk praksis, ber jeg om samtykke til å intervju 6-8 foreldre i XXXX kommune. Temaet for oppgaven er barn og psykiatriske diagnoser og jeg skal undersøke hva foreldre tenker om det. Jeg er interessert i å finne ut hva det kan bety for foreldrene at barnet deres har en psykiatrisk diagnose og hvilke begrensninger og muligheter de tenker at en diagnose gir.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 6-8 foreldre som har barn med psykiatriske diagnoser, eller som ikke vil ha en diagnose på barnet sitt. Jeg vil spørre foreldre fra min praksis som helsesøster om de ønsker å være informanter.

Det er frivillig å være med og informantene har mulighet til å trekke seg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom noen trekker deg vil alle innsamlede data om vedkommende bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen sommeren 2011. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Kari Buskenes Ringstad
Skogforvalter Lies vei 10
2611 Lillehammer

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg samtykker til at Kari Buskenes Ringstad spør utvalgte foreldre i hennes praksis som helsesøster om de vil være informanter i hennes masteroppgave.

Signatur:

Dato:

Vedlegg nr.3:

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i familierterapi og systemisk praksis ved Diakonhjemmets Høgskole og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er barn og psykiatriske diagnoser og jeg skal undersøke hva foreldre tenker om det. Jeg er interessert i å finne ut hva det kan bety for foreldrene at barnet deres har en psykiatrisk diagnose og hvilke begrensninger og muligheter de tenker at en diagnose gir.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 8- 10 foreldre som enten har barn med psykiatriske diagnoser eller foreldre som ikke har ønsket en psykiatrisk diagnose på sitt barn. Spørsmålene vil dreie seg om hvorfor foreldrene valgte å utrede barnet, ev hvorfor ikke. Hvordan opplever de diagnosen som nyttig, ev hvorfor den ikke er ønskelig og om den har skapt nye problemer. Som en del av oppgaven vil jeg også forsøke å finne ut mer om diagnosenes betydning og hva som styrer foreldrenes valg når de enten velger å utrede barnet sitt eller ikke. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli makulert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen sommeren 2011. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 48280643, eller sende en e-post til Kari.Buskenes.Ringstad@oyer.kommune.no. Du kan også kontakte min veileder Anne Øfsti ved Diakonhjemmets Høgskole på tlf: 22451981

Med vennlig hilsen

Kari Buskenes Ringstad
Skogforvalter Lies vei 10
2611 Lillehammer

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til å delta på studien

Signatur:

Dato:

Vedlegg nr.4:

Meldeskjema

for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Kopi av innsendt meldeskjema

Prosjektnummer: 23340

1. PROSJEKTTITTEL		
Barn og psykiatriske diagnoser		
2. BEHANDLINGSANSVARLIG INSTITUSJON		
Institusjon: Diakonhjemmet Høgskole AS		
Avdeling/fakultet:	Institutt:	
3. DAGLIG ANSVARLIG		
Navn(fornavn og etternavn): Anne Øfsti		
Arbeidssted(avdeling/seksjon/institutt): Avdeling for etter- og videreutdanning Diakonhjemmet Høgskole	Akademisk grad: Doktorgrad	Stilling: Førsteamanuensis

Adresse – arbeidssted: Postboks 184 Vinderen		Postnummer: 0319	Poststed: OSLO
Telefon: 22451981	Mobil: 91323117	Telefaks: 22451994	E-post: ofsti@diakonhjemmet.no
4. VED STUDENTPROSJEKT (studiested må alltid være samme som arbeidssted til daglig ansvarlig)			
Navn(fornavn og etternavn) på student: Kari Buskenes Ringstad		Akademisk grad: Høyere grad	
Adresse – privat: Skogforvalter Lies vei 10		Postnummer: 2611	Poststed: LILLEHAMMER
Telefon: 61261540	Mobil: 48280643	Telefaks:	E-post: arringst@online.no
5. FORMÅL MED PROSJEKTET			
Problemstillinger, forskningsspørsmål, eller lignende.	<p>Formål: Prosjektet er masteroppgaven i familierapi og systemisk praksis.</p> <p>Problemstilling: Gjennom en intervjuundersøkelse med et utvalg foreldre som har barn med psykiatriske diagnoser, vil jeg forsøke å finne ut hvilken forståelse de har av diagnosene og hvilken mening de gir for dem.</p> <p>Forskningsspørsmål: Hvilken mening gir det, for foreldrene, at barnet deres får en psykiatrisk diagnose? Hvordan oppleves en diagnose som nyttig? Har en diagnose skapt nye problemer?</p>		
6. PROSJEKTOMFANG			
<input checked="" type="checkbox"/> Enkelt institusjon <input type="checkbox"/> Nasjonal multisenterstudie <input type="checkbox"/> Internasjonal multisenterstudie			
<p style="text-align: center;">Angi øvrige institusjoner som skal delta:</p>			
7. UTVALGSBESKRIVELSE			

<p><u>Beskrivelse av utvalget.</u></p> <p><i>Gi en kort beskrivelse av hvilke personer eller grupper av personer som inngår i prosjektet (f.eks. skolebarn, pasienter, soldater).</i></p>	<p>Ca.5-7 foreldre (mor eller far)til barn med psykiatriske diagnoser og 2-3 foreldre (mor eller far) som har barn med spesielle behov uten å ha en diagnose.</p>		
<p><u>Rekruttering og trekking.</u></p> <p><i>Oppgi hvordan utvalget rekrutteres og hvem som foretar rekrutteringen/ trekkingen.</i></p>	<p>Rekruttering via egen praksis som helsesøster i skolehelsetjenesten, der jeg først innhenter tillatelse fra virksomhetsleder til å intervju de aktuelle informantene. Jeg vil også forsøke å rekruttere informanter fra eget nettverk. Det er frivillig deltakelse og alle data vil behandles konfidensielt og anonymiseres.</p>		
<p><u>Førstegangskontakt.</u></p> <p><i>Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget.</i></p>	<p>Jeg vil selv ta førstegangskontakt med utvalget siden jeg kjenner de aktuelle informantene som fagperson. Dette vil imidlertid på forhånd avklares med virksomhetsleder, som jeg da innhenter både skriftlig og muntlig samtykke fra. De som ev. er i eget nettverk, vil jeg også selv ta kontakt med første gang. Førstegangskontakt vil være muntlig. Dette er naturlig når jeg kjenner informantene.</p>		
<p><i>Oppgi alder på utvalget</i></p>	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år)	<input type="checkbox"/> Ungdom (16-17år)	<input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)
<p><i>Antall personer som inngår i utvalget.</i></p>	<p>8- 10 personer, avhengig av hvor mange som samtykker til deltakelse.</p>		
<p><i>Dersom det inkluderes personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse, beskriv denne del av utvalget nærmere.</i></p>			
<p>8. INFORMASJON OG SAMTYKKE</p>			
<p><i>Oppgi hvordan informasjon til respondenten gis.</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Det gis skriftlig informasjon.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Det gis muntlig informasjon.</p> <p>Redegjør for hvilken informasjon som gis</p> <p>Jeg vil redegjøre for prosjektet skriftlig og muntlig. På denne måten sikrer jeg meg at informantene har forstått innholdet i prosjektet og betydningen av sin egen deltakelse. Innholdet i informasjonen vil være å redegjøre for prosjektet, hvordan data blir oppbevart og anonymisert. I tillegg vil jeg presisere at informanten kan trekke seg når som helst uten å gi noen begrunnelse for det.</p>		

	<input type="checkbox"/> Det gis ikke informasjon. Forklar hvorfor det ikke gies informasjon.
<p><u>Samtykke</u></p> <p><i>Innhentes samtykke fra den registrerte?NB. Se veiledning for krav til samtykke.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja Oppgi hvordan samtykke innhentes. Skriftlig samtykkeskjema vil benyttes, se vedlagte skriv. <input type="checkbox"/> Nei Gi en redegjørelse for hvorfor det anses nødvendig å gjennomføre prosjektet uten samtykke fra respondenten.
9. METODE FOR INNSAMLING AV PERSONOPPLYSNINGER	

<p>Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som skal benyttes</p>	<p><input type="checkbox"/> Spørreskjema</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju</p> <p><input type="checkbox"/> Observasjon</p> <p><input type="checkbox"/> Gruppeintervju</p> <p><input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester</p> <p><input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester</p> <p><input type="checkbox"/> Journaldata</p> <p><input type="checkbox"/> Registerdata</p> <p><input type="checkbox"/> Biologisk materiale</p> <p><input type="checkbox"/> Utprøving av legemidler</p> <p><input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken:</p>	
	<p>Kommentar til metode for innsamling av personopplysninger:</p> <p>Jeg vil gjennomføre 8-10 kvalitative, semistrukturerte intervjuer med en tidsramme på ca. en time hver. Jeg vil også be om muligheten til å ta telefonisk kontakt etter intervjuet dersom det er behov for oppklaring.</p>	
<p>10. DATAMATERIALETS INNHOLD</p>		
<p>Gjør kort rede for hvilke opplysninger som skal samles inn. Legg ved spørreskjema, intervjuguide, registreringskjema e. a., som foreligger ferdig utarbeidet eller som utkast.</p>	<p>Opplysningene vil handle om foreldrenes erfaringer, meninger, tanker og følelser knyttet til det å ha et barn med diagnose, eller hvordan det oppleves at barnet ikke har en diagnose. Se vedlagte intervjuguide.</p>	
<p>Registreres det direkte personidentifiserende opplysninger?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p>	<p>Hvis ja, oppgi hvilke:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato</p> <p><input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer</p>
<p>Registreres det indirekte identifiserende personopplysninger</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Hvis ja, oppgi hvilke:</p>

	<input checked="" type="checkbox"/> Nei	
<i>Behandles det sensitive personopplysninger?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvilke: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning. <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling. <input type="checkbox"/> Helseforhold. <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold. <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger.
<i>Behandles det opplysninger om tredjeperson?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvordan blir tredjeperson informert om behandlingen? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Får skriftlig informasjon. <input type="checkbox"/> Får muntlig informasjon. <input type="checkbox"/> Blir ikke informert.
11. INFORMASJONSSIKKERHET		
<i>Redegjør for hvordan datamaterialet registreres og oppbevares.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Direkte personidentifiserende opplysninger (spesifiser hvilke på punkt 10) erstattes med et referansenummer som viser til en manuell/elektronisk navneliste som oppbevares atskilt fra det øvrige datamaterialet. <p>Oppgi hvordan koblingsnøkkelen lagres og hvem som har tilgang til denne.</p> <p>Jeg vil lagre listen i et skap på mitt kontor som bare jeg har tilgang til.</p> <hr/> <input type="checkbox"/> Direkte personopplysninger lagres sammen med det øvrige materialet. <p>Oppgi hvorfor det er nødvendig med oppbevaring av direkte identifikasjonsopplysninger sammen med det øvrige datamaterialet:</p>	

	<input type="checkbox"/> Annet Spesifiser:	
<i>Hvordan skal datamaterialet registreres og oppbevares?</i> <i>Sett flere kryss dersom opplysninger registreres flere steder.</i>	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert pc tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Pc i nettverksystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Pc i nettverksystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Isolert privat pc <input checked="" type="checkbox"/> Privat pc tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi	<input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Manuelt/papir <input type="checkbox"/> Annet: Hvis annen lagring, beskriv nærmere: Behandles lyd/videoopptak på pc? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
<i>Sikring av konfidensialitet.</i>	Beskriv hvordan datamaterialet er beskyttet mot at uvedkommende får innsyn i opplysningene? Privat PC har brukernavn og passord. Lydopptakene blir tatt opp på digital opptaksspiller. De blir transkribert og makuleres ved prosjektets slutt.	
<i>Vil prosjektet ha prosjektmedarbeidere som skal ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/ student?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Oppgi hvilke:
<i>Innhentes eller overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/internett/ekstern datanett?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, beskriv hvilke opplysninger og hvilken form de har.
<i>Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, til hvem:

<p>Skal opplysninger samles inn/bearbeides ved hjelp av databehandler?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	<p>Hvis ja, redegjør for hvem som skal samle inn data og hvilke data dette gjelder:</p>
<p>Hvis multisenterstudie:</p>	<p>Redegjør for hvordan samarbeidet mellom institusjonene foregår. Hvem har tilgang til materialet og hvordan reguleres tilgangen:</p>	
<p>12. VURDERING/GODKJENNING AV ANDRE INSTANSER</p>		
<p>Er prosjektet fremleggelses-pliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)?</p>	<p>Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.</p> <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
<p>Dersom det anvendes biologisk materiale, er det søkt REK om opprettelse av forskningsbiobank?</p>	<p>Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.</p> <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
<p>Er det nødvendig å søke om dispensasjon fra taushetsplikt for å få tilgang til data?</p>	<p>Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.</p> <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
<p>Er det nødvendig med melding til Statens legemiddelverk?</p>	<p>Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.</p> <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
<p>Andre</p>	<p>Angi hvem.</p> <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
<p>13. PROSJEKTPERIODE</p>		
<p>Oppgi tidspunkt for når datainnsamlingen starter – <u>prosjektstart</u> samt tidspunkt når behandlingen av personopplysninger opphører – <u>prosjektslutt</u>.</p>	<p>Prosjektstart (ddmmåååå): 04.01.2010</p> <p>Prosjektslutt (ddmmåååå): 01.06.2011</p>	

<p><i>Gjør rede for hva som skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt.</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres.</p> <p>Gi en redegjørelse for hvordan datamaterialet anonymiseres.</p> <p>Datamaterialet skal anonymiseres og personidentifiserbare data skal destrueres.</p> <p><input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon</p> <p>Hvor skal datamaterialet oppbevares?</p> <p>Gi en redegjørelse for hvorfor datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon:</p>
<p>14. FINANSIERING</p>	
<p>15. TILLEGGSOPPLYSNINGER</p>	
<p>16. ANTALL VEDLEGG</p>	
<p>Oppgi hvor mange vedlegg som legges ved meldeskjemaet.</p>	<p>2</p>



Anne Øfsti
Avdeling for etter- og videreutdanning
Diakonhjemmet Høgskole
Postboks 184 Vinderen
0319 OSLO

Vår dato: 14.01.2010

Vår ref: 23340 / 2 / GRH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.01.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

23340	<i>Barn og psykiatriske diagnoser</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Øfsti</i>
<i>Student</i>	<i>Kari Buskenes Ringstad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

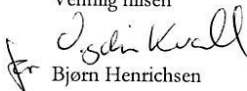
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Grethe Halvorsen

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kari Buskenes Ringstad, Skogforvalter Lies vei 10, 2611 LILLEHAMMER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

23340

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, siden det vil fremkomme at informantene har et barn (tredjeperson) med en diagnose (jf. pol § 2 nr. 8 c)).

Utvalget består av rundt 5-7 foreldre til barn med psykiatriske diagnoser og 2-3 foreldre som har barn med spesielle behov uten å ha en diagnose. Vi legger til grunn for vår vurdering at barna er umyndige og at foreldres samtykke til deltakelse derfor er samtykke til behandlingen av opplysningene som, gjennom intervjuene, fremkommer om barna.

Utvalget informeres muntlig og skriftlig om studien og samtykker skriftlig til deltakelse. Vi forutsetter at samtlige i utvalget får tilsendt eller utdelt den skriftlige "forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave" før selve dagen intervju skal gjennomføres.

Opplysningene samles inn gjennom individuelle intervju.

Lyddopptak slettes og øvrige data anonymiseres ved prosjektslutt, 1. juni 2011.