



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Barn og psykiatriske diagnoser - forekomst og diagnosekriterienes mulige påvirkning av barnet
Children and psychiatric diagnoses - occurrence and the potential impact of the diagnosis criteria on the child

Therese Øverås

Totalt antall sider inkludert forsiden: 43

Molde, 23.05.2017



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hege Bakken

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 23.05.2017

Antall ord: 11893

Forord

Ring the bells that still can ring

Forget your perfect offering

There is a crack in everything

That`s how the light gets in

(Leonard Cohen)

Sammendrag

Antall psykiatriske diagnoser har økt, særlig siden åttitallet (Ekeland 2017), dette omfatter også barn. Folkehelseinstituttet (2015) omtaler psykiske lidelser som et stort helseproblem blant barn og unge i Norge i dag. Denne utviklingen forstår jeg i en historisk sammenheng, gjennom samfunnsmessige endringer, samt gjennom et maktperspektiv. For eksempel har institusjoner tatt del i ansvaret for barn i større grad nå enn tidligere, noe som har hatt stor innflytelse på vilkårene barn og unge vokser opp med (Hertz 2011).

Hva som blir definert som normalt og avvikende i samfunnet er ifølge Becker (1963, sitert i Norvoll 2009, 102) i stadig endring, det viser seg også ulikt i ulike samfunn og sosiale sammenhenger. Egenskaper og handlinger som beskrives i diagnosekriteriene, kan vurderes som avvikende av dagens samfunn, å gi barnet en psykiatrisk diagnose kan være en måte samfunnet håndterer avviket på, Foucault (sitert i Norvoll, 109) kaller diagnoser og klassifikasjoner for en form for sosial kontroll. Dette kan få ulike konsekvenser for barnet, noe jeg vil drøfte i oppgaven.

Jeg bruker et sosialkonstruksjonistisk perspektiv for å besvare problemstillingen.

Innhold

1.0 Innledning	1
2.0 Problemstilling	2
2.1 Begrunnelse for og avgrensning av problemstillingen	2
2.2 Vernepleierens relevans.....	2
2.3 Definisjon av begreper i problemstillingen	3
2.3.1 Psykiatrisk diagnose.....	3
2.3.2 Diagnosekriteriene	4
2.3.3 Sosialkonstruksjonisme.....	4
3.0 Metode	5
3.1 Litteraturstudie	5
3.1.1 Innhenting av data	6
3.1.2 Kildekritikk	6
3.1.3 Førforståelse.....	7
4.0 Teori og drøfting	7
4.1 Sosialkonstruksjonisme	8
4.2 Historikk og samfunnsmessige endringers betydning for at flere barn får en psykiatrisk diagnose i dag	12
4.3 Diagnosekriterienes betydning	16
4.3.1 Stigma	16
4.3.2 Diagnosekriterienes mulige påvirkning av barnet.....	18
4.3.3 Barns opplevelser av diagnosekriteriene.....	21
4.3.4 Diagnosekriterienes påvirkning av hvordan omverden forstår og møter barnet 24	
4.3.5 Kan en psykiatrisk diagnose komme barnet til gode?.....	27
4.3.6 Diagnosekriterienes makt.....	30
5.0 Avslutning	32
Litteraturliste	33

1.0 Innledning

Tema for oppgaven er å forstå bakgrunnen for at barn i større grad får psykiatriske diagnoser i dag, sammenlignet med tidligere (Barne- ungdom og familiedepartementet, bufdir, 2015), samt hvordan diagnosen påvirker barnet og måten omgivelsen forholder seg til barnet på. Jeg vil drøfte dette i et historisk og sosialkonstruksjonistisk perspektiv.

Ifølge Holden (2013) er et økende antall barn og unge i kontakt med hjelpeinstanser som pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og barne- og ungdomspsykiatri (BUP).

Folkehelseinstituttet (2015) anslår at omtrent 70000 barn og unge har psykiske lidelser som krever behandling, og omtaler dette som et stort helseproblem i Norge i dag. I 2015 fikk omtrent 56000 barn og unge behandling i psykisk helsevern, dette tilsvarer omtrent 5% av alle barn og unge under 18 år (bufdir, 2015). Ifølge Ekeland (2017) vekker psykiatridiagnoser tidvis debatt, mye på grunn av at det siden 1980- tallet har vært en jevn vekst i antall psykiatriske diagnoser.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) «*Sammen om psykisk helse*», viser at sentrale myndigheter skal iverksette tiltak for å styrke barn og unges psykiske helse, planen har et forebyggende og helsefremmende perspektiv. Som Andersen og Bøe (2010) påpeker, tar satsingen oss med til et område hvor muligheten for å gi avgjørende god hjelp til barn, viser seg sammen med faren for å problematisere og diagnostisere barns atferd, dette drøftes videre i oppgaven. Sammen med tallene som kommer frem om psykiske lidelser blant barn og unge (bufdir 2015), viser temaet seg som relevant i et samfunnsperspektiv.

Opgaven er en kritisk tekst, gjennom å problematisere hvordan språket i ICD-10 (International Classification of Diseases), påvirker barnet, og hvordan omverden forstår og forholder seg til barnet på. Diagnosekriteriene, formulert i klassifikasjonssystemet som egenskaper, handlinger og tilstander hos barn (Grønneberg 2014), er sentrale i oppgaven. Jeg stiller meg også kritisk til utviklingen som viser at tallet på psykiatriske diagnoser har eksplodert siden 1980-tallet (Ekeland 2017). Samtidig vil jeg få frem fordeler med psykiatriske diagnoser og motargumenter rettet mot kritikken av diagnostisering av barn.

2.0 Problemstilling

«Hvordan kan sosialkonstruksjonismen bidra til å forstå hvorfor flere barn i dagens samfunn får en psykiatrisk diagnose, og hvordan diagnosekriteriene påvirker det enkelte barnet?»

2.1 Begrunnelse for og avgrensning av problemstillingen

Jeg vil problematisere diagnostisering av barn basert på atferd, fordi barn som Bunkholdt (2000) skriver, utvikler seg raskt, barns utviklingstempo viser store individuelle forskjeller. Forfatteren fremhever at sosial atferd og impuls kontroll utvikler seg meget raskt hos barn. Dette sammen med at utviklingsnivå delvis er bestemt av hvilke erfaringer barnet gjør, fører til at det blir vanskelig å avgjøre om en bestemt atferd er avvikende og bekymringsfull eller ikke. Bunkholdt (2000) viser videre at barn endrer seg i påvirkning av de sosiale situasjonene de er oppe i lettere enn det voksne gjør. Dette problematiserer å diagnostisere barns atferd. Det viser også at det er hensiktsmessig å drøfte problemstillingen i lys av sosialkonstruksjonismen, fordi den forstår virkeligheten som konstruert utenfra gjennom språk og omgivelser (Aadland 2011).

Jeg bruker betegnelsen psykiatrisk diagnose, fordi jeg vil forstå hvorfor psykiske lidelser er et utbredt helseproblem blant barn og unge i dag (Helsedirektoratet 2007) og hvordan diagnosekriteriene påvirker det enkelte barnet, uavhengig av hvilken psykiatrisk diagnose barnet har fått. Ved behov vil jeg bruke eksempler, jeg bruker da diagnosen ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder), kalt «hyperkinetisk forstyrrelse» i ICD-10. Jeg har valgt ADHD diagnosen fordi denne, sammen med atferdsforstyrrelser utgjør den største andelen henvendelser til psykisk helsevern for barn og unge (bufdir 2015). Det anslås at mellom 3 og 5 % av barn og unge under 18 år har ADHD (Folkehelseinstituttet 2015). Hertz (2011, 133) skriver at tallene viser en samfunnsmessig utfordring av betydelig omfang, dette gjør tema aktuelt å undersøke.

2.2 Vernepleierens relevans

Problemstillingen er relevant for vernepleieryrket fordi felles for de ellers ulike personer og grupper vernepleiere arbeider for, ifølge Owren (2011) er, at de jobber med mennesker med ulike former for funksjonsnedsettelse, noe som kan knyttes til en eller flere

diagnoser. Psykiatriske diagnoser hos barn kan forstås som en funksjonsnedsettelse. Funksjonsnedsettelse er ifølge Tøssebro (2010) en betegnelse som beskriver individets funksjonelle begrensninger. Å se på diagnoser som funksjonsnedsettelse kan som forfatteren skriver, være i samsvar med den medisinske modellen for å forstå funksjonshemming. Dette fordi ulike vansker knyttes til biologiske eller psykiske avvik, for eksempel gjennom diagnoser. Forfatteren beskriver den medisinske forståelsen som omstridt og påpeker at noen kaller den utdatert. Ifølge Tøssebro (2010) beskriver begrepet funksjonshemming det relasjonelle, det beskriver årsaken til funksjonshemmingen som noe som ligger utenfor individet og kommer i tillegg til funksjonsnedsettelsen.

I møte med for eksempel skole, kan skolens krav stå i misforhold til barnets forutsetninger. Dette viser seg som et gap og kan forstås gjennom gap-modellen. Gap modellen definerer ifølge Brask, Østby og Ødegård (2016) funksjonshemming som gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav. Vernepleierens oppgave blir da å minske gapet ved å redusere samfunnets krav og styrke individets forutsetninger. Oppgaven bidrar til en forståelse for hvordan dette kan gjøres. I oppgaven velger jeg en relasjonell forståelse av psykiatriske diagnoser.

Som vernepleier skal jeg etter Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (2008, §1), fremme likestilling, likeverd, sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltagelse for alle, uavhengig av funksjonsevne og hindre diskriminering på grunn av funksjonsevne. Som Tøssebro (2010) skriver, må det, dersom idealet om likeverd skal imøtekommes, få konsekvenser for hvordan de menneskeskapte omgivelsene er ordnet. I oppgaven er de menneskeskapte omgivelsene for eksempel diagnosemanualene og institusjoner som skole.

2.3 Definisjon av begreper i problemstillingen

2.3.1 Psykiatrisk diagnose

For å kunne forstå den verden vi lever i og å kommunisere med andre mennesker, navngir og klassifiserer vi fenomener og opplevelse i et felles språk, dette gjelder for eksempel inndelingen av levende organismer i arter, men også beskrivelser av menneskers atferd.

I medisinen er det vanlig å bruke kategoriske diagnoser, personen fyller kriteriene eller ikke (Grønneberg 2014). Som Hertz (2011) skriver er psykiatriske diagnoser basert på atferdsmomenter, dersom barnet i tilstrekkelig grad oppfyller diagnosekriteriene kan barnet gis diagnosen.

2.3.2 Diagnosekriteriene

Spesialisthelsetjenesten i Norge er lovpålagt å diagnostisere i henhold til ICD-10, som administreres av verdens helseorganisasjon, WHO (Haavik 2012). Å diagnostisere betyr ifølge (Gullestad 2009) å bestemme egenarten av et fenomen gjennom å kartlegge fenomenets karakteristiske kjennetegn, i medisinen innebærer det å avgjøre hvilken sykdom pasienten lider av, i henhold til et fastsatt klassifiseringssystem. ICD omfatter ifølge Grøholt, Sommerschild og Garløv (2008) alle lidelser, både psykiske og somatiske og er basert på beskrivelse av symptomene (diagnosekriterier). Sammen med DSM-IV (Diagnostic and static Manual of mental Disorder), er dette dagens to internasjonale ledende klassifikasjonssystemer for diagnoser i psykiatri (Grønneberg 2014). Kriterier som må fylles for å få en psykiatrisk diagnose i Norge står beskrevet i det diagnostiske systemet ICD-10.

2.3.3 Sosialkonstruksjonisme

Det sosialkonstruksjonistiske perspektivet kan som Grønneberg (2014) skriver forstås som at fokuset rettes mot at mennesker konstruerer meninger seg imellom. Aadland (2011) skriver at dersom noe ikke er skapt fra naturens hånd, må det være menneskeskapt, konstruert eller bygd opp. I et sosialkonstruksjonistisk perspektiv ses virkeligheten som konstruert utenfra gjennom språket. Sosial konstruksjonisme er rettet mot å forstå hvordan bevisstheten vår, spørsmålene våre og ideene våre påvirker det sosiale livet vårt.

3.0 Metode

Som Dalland (2012) skriver forteller metoden oss noe om hvordan vi bør arbeide for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Vilhelm Aubert 1985 (sitert i Dalland 2012, 111) definerer metode slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder».

3.1 Litteraturstudie

Jeg har valgt å bruke teori og forskning for å undersøke problemstillingen. Jacobsen (2010) skriver at litteraturstudie har til hensikt å få frem hva som er kunnskapsstatusen på et visst felt. Studiet baserer seg på det andre har publisert i bøker, rapporter eller artikler. Målet vil være å få frem det som er gjort på et felt, sammenstille teorier og funn og deretter prøve å fastslå det man vet. Jeg bruker empiri som en del av litteraturstudiet, noe Dalland (2012) skriver er kunnskap bygd på erfaring, dette inngår i forskningen jeg bruker. Av etiske årsaker har jeg ikke er anledning til å bruke intervju eller spørreskjema imot brukere, dette fordi det kan oppleves som en belastning for brukerne, jeg har valgt å bruke erfaringer andre forskere har samlet inn.

Litteraturstudie er en kvalitativ metode, fordi de tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke kan tallfestes eller måles, gjennom en kvalitativ metode går jeg i dybden, prøver å vise en helhet og en sammenheng samt at jeg ønsker å formidle en forståelse (Dalland 2012). Jeg leter også frem kvantitative data gjennom kvantitative metoder utført av andre. Kvantitative metoder gir ifølge Dalland (2012) data i form av målbare enheter, dette viser seg i oppgaven ved at jeg har brukt andres studier som har brukt kvantitativ metode.

Litteraturstudie innebærer å bruke sekundærdata som er innhentet av andre, ofte med annen hensikt enn det forskeren har. Jacobsen (2010) påpeker at det kan oppstå et misforhold mellom informasjonen jeg kan benytte og det jeg ønsker å benytte den til. Jeg har vektlagt å finne flere litteraturkilder som sier det samme for å unngå dette.

3.1.1 Innhenting av data

For å finne litteratur til oppgaven brukte jeg søkemotoren Oria. Jeg brukte søkeordene «psykiatrisk*», «diagnose», «før og nå», «barn», «stigmatisering» og «merkelapp» i bibliotekets database Oria. Jeg fikk treff på faglitteratur i form av bøker og fagartikler. Videre fant jeg masteroppgaver i søkemotoren Google med lignende tema, dette brukte jeg som hjelpemidler til å finne relevant litteratur. Jeg brukte også henvisninger til litteratur gjort av forfattere av lærebøker og fagartikler for å finne aktuell litteratur. Videre har jeg fått tips av veileder til litteratur. Som selvvalgt pensum har jeg brukt Hertz (2011), jeg har brukt mest kapittel 3, 4, 8 og 10 i boka, jeg har også valgt Grønneberg (2014), Olsvold (2014) og Ekeland (2017).

3.1.2 Kildekritikk

Jeg har stilt spørsmål til om jeg kan stole på kildene, siden jeg ikke har kontroll over de forholdene som kan påvirke påliteligheten i dataene. Som Dalland (2012) skriver skal metoden jeg bruker gi troverdig kunnskap, kravene til *validitet* og *reliabilitet* skal oppfylles.

Validitet vil si at det som måles skal være relevant og gyldig for det som undersøkes. Det jeg bruker av litteratur, empiri og statistikk i oppgaven er relevant for å besvare problemstillingen. Jeg har validert kildene gjennom å se etter når teksten er skrevet og å søke etter forfatterne på Oria, jeg har da fått et bilde av at de forfatterne jeg har brukt har andre utgivelser innen samme tema. Artiklene jeg har brukt er skrevet av fagpersoner og er publisert av fagtidsskrifter som «*Tidsskrift for norsk psykologforening*». Fagtidsskriftene har en redaksjon som sikrer kvaliteten på det som utgis (Dalland 2012).

Reliabilitet betyr pålitelighet og handler om at målinger skal utføres korrekt og å være oppmerksom på eventuelle feilmarginer (Dalland 2012). Jeg har vært påpasselig med å gjengi data i form av faglitteratur og forskning korrekt for å kunne produsere en troverdig oppgave.

3.1.3 Førforståelse

Som Dalland (2012) skriver har jeg alltid med meg fordommer eller en førforståelse inn i en undersøkelse. En fordom beskrives av forfatteren som en dom på forhånd, jeg har altså en mening om fenomenet før jeg undersøker det. Å ha tanker om fenomenet er min førforståelse. Gjennom å gjøre rede for min førforståelse er jeg min førforståelse bevisst. Min førforståelse er at flere barn får en psykiatrisk diagnose i dag og at diagnosekriteriene påvirker barnets selvforståelse negativt. Jeg har en førforståelse om at diagnosekriteriene gir barna merkelapper det er vanskelig å bli kvitt. Det at merkelappene står skrevet i form av kriterier i klassifikasjonssystemer, tenker jeg kan gjøre at omgivelsene forholder seg til barna deretter. Barna kan se på seg selv deretter, gjennom at forventingene diagnosekriteriene gir, gjør at barna imøtekommer forventingene.

Som Dalland (2012) skriver er det viktig å motvirke den effekten førforståelsen kan gi, som kan vise seg gjennom å la seg påvirke til å kun se det som bekrefter egen førforståelse. Dette kan jeg motvirke gjennom å lete etter det som kan avkrefte egne førforståelser. Siden jeg har klargjort egen førforståelse, er det lettere å se etter data som eventuelt kan avkrefte førforståelsen. Hellevik (1999, sitert i Dalland 2012: 118) sier at jo flere forsøk på avlivning en forklaring har overlevd, desto større tillit kan jeg ha til dens holdbarhet. Dette har altså betydning for validiteten og reliabiliteten til oppgaven. Jeg har derfor aktivt ledd opp data som kan avkrefte min førforståelse. For å unngå å bli farget for mye av egen førforståelse har jeg prøvd å finne litteratur som kan motbevise denne og fremhevet hvilke fordeler psykiatriske diagnoser kan gi barn i et eget delkapittel.

4.0 Teori og drøfting

Jeg begynner med å gjøre rede for sosialkonstruksjonisme i kapittel 4.1, samt å drøfte dens relevans, fordi jeg bruker perspektivet gjennom hele oppgaven. Videre tar jeg i kapittel 4.2 et historisk tilbakeblikk for å prøve å besvare hvorfor flere barn får en psykiatrisk diagnose i dag. I denne delen viser jeg også hvordan samfunnsmessige endringer og konstruksjoner kan ha betydning for at flere barn får en psykiatrisk diagnose i dag.

For å forstå diagnosekriterienes mulige betydning, har jeg valgt å dele opp kapittel 4.3 for å drøfte ulike aspekter. Jeg gjør først rede for begrepet stigma og stigmatiserende prosesser

i kapittel 4.3.1. I kapittel 4.3.2 viser jeg hvordan språket i klassifikasjonssystemet ICD-10 kan påvirke barnet og *kan* bli barnets stigma. I kapittel 4.3.3 viser jeg barns egne erfaringer med diagnosekriteriene, dette for å svare på hvordan diagnosekriteriene kan påvirke barnet, fordi det må sies å være barna selv som sitter med svaret på dette. Slik får jeg også frem brukerperspektivet i oppgaven. Røknes og Hanssen (2012) skriver at brukerperspektiv omhandler hvordan den andre opplever sin verden, å anerkjenne den andre som en likeverdig, aktiv samarbeidspartner. Videre viser jeg i kapittel 4.3.4 hvordan diagnosekriteriene kan påvirke måten omgivelsene forstår og forholder seg til barnet og hvordan dette igjen kan påvirke barnet. Jeg diskuterer også om en diagnose kan komme barnet til gode og viser til eksempler på hvordan i kapittel 4.3.5, dette for å utfordre egen forforståelse og å nøytralisere en ellers nokså kritisk tekst. Til slutt vil jeg i kapittel 4.3.6 drøfte hvordan diagnosekriterienes makt kan være med å besvare hvorfor flere barn i dag får en diagnose

4.1 Sosialkonstruksjonisme

Ifølge Aadland (2011) er sosialkonstruksjonisme en stadig vanligere referanseramme for å forstå oppkomsten av våre forestillinger om oss selv, andre og verden rundt oss. Som forfatteren påpeker er det en stor variasjon av teorier innenfor sosialkonstruksjonisme, der de mest radikale mener at det ikke finnes noen virkelighet utenfor språket, at alt er konstruksjoner som er skapt med menneskelig innsats. De mer moderate formene for sosialkonstruksjonisme er at det finnes en virkelighet, men at menneskers liv er utformet gjennom sosiale prosesser av tanke, tale og praksis. Jeg tar et moderat sosialkonstruksjonistisk perspektiv i oppgaven for å besvare problemstillingen. Som Aadland (2011) påpeker er felles for alle retninger innen sosialkonstruksjonismen en interesse for å avdekke hvordan mening oppstår, utvikler seg og etablerer seg i ulike tider og kulturer. Vi er sosialisert inn i et system av verdier og forestillinger som gjelder i vårt samfunn, vår kulturkrets og i vår tid, gjennom vår måte å leve på bekreftes disse sannhetene. For eksempel kan jeg si at evnen til å sitte rolig over tid er verdsatt i skolen, mens høyt aktivitetsnivå ikke blir verdsatt på samme måte.

ICD-10 beskriver diagnosekriteriene for ADHD som en rekke egenskaper, handlinger og tilstander som blir sett på som problematiske i en del sammenhenger i vårt samfunn i dag. *Overdreven aktivitet* er en av diagnosekriteriene og kan som sagt være mindre verdsatt i

skolesammenheng. Dersom samfunnet vårt var annerledes, for eksempel gjennom at det var vanlig at barna arbeidet på gård, ville den samme handlingen kunne blitt verdsatt, fremfor sykelligjort. Dersom jeg omtaler barnet som bedriver *overdreven aktivitet* som å forstyrre omgivelsene, vil dette tilegne barnet en annen verdi enn om jeg sa at barnet bidro i fysiske oppgaver. Måten vi lever på i samfunnet, og hvordan vi snakker om diagnosekriteriene, har altså betydning for hvordan diagnosekriteriene oppfattes. I sosialkonstruksjonismen tilegner vi ifølge Aadland (2011) ulik verdi til lignende fenomener.

Som Ekeland (2014) skriver er ikke hva man medisinsk sett klassifiserer som sykdom eller ikke, et medisinsk eller vitenskapelig spørsmål alene. Kroppens biologiske variasjoner finnes ikke for oss før vi erkjenner den, å karakterisere noe som sykdom innebærer å veve den inn i en sosial sammenheng. DSM legger som forfatteren skriver til grunn at menneskelige følelser, tanker og atferd kan identifiseres og kategoriseres som sykdom. Jeg kan si lidelsen klassifiseres som «disease».

Thorbjørnsrud (2009) viser til den amerikanske psykiateren Arthur Kleinman som skiller mellom begrepene «illness» og «disease» for å forklare sykdom. «Illness» beskriver pasientens subjektive opplevde plager. «Disease» står for den medisinske ekspertens forståelse av plagene. En diagnose stilles på bakgrunn av en «disease» noe som gir personen en offisiell rett på sykerollen. Personens «illness» blir ikke anerkjent dersom den medisinske eksperten ikke finner noen «disease». Kleinman har ifølge Magelssen (2002) blitt kritisert for å fokusere for mye på den individuelle pasient, på bekostning av de samfunnsmessige aspektene ved sykdom. Kritikerne foreslår en tilføyelse til begrepene «illness» og «disease», dette er «sickness». «Sickness» beskriver ifølge Magelssen (2002) den totale sosiale prosessen sykdommen omgis av, begrepet ser sykdom i lys av den historiske utviklingsprosessen og den sosiale interaksjonsprosessen pasienter og behandlere er en del av. «Sickness» er samfunnets kategorisering av sykdommen, det påvirker for eksempel om personen får nødvendige hjelpemidler og ressurser, som for eksempel ekstra ressurser i skolen eller økonomisk stønad til foreldre.

Som Ekeland (2017) skriver skaper klare kategorier og sykdomsdiagnoser tydelige skiller mellom forståelsen av det avvikende og det normale i samfunnet, samt at kategoriene er nødvendige for å utprøve ulike former for sosial kontroll.

Hva som er avvikende eller normalt kan ifølge Norvoll (2009) kun vurderes utfra normer og normer for (normale) tanker, følelser eller atferd. Sosiale oppfatninger av normalitet og avvik er ifølge Becker (1963 sitert i Norvoll 2009, 102) et kulturelt og relativt fenomen, fordi normer i samfunnet er i stadig endring og det varierer i ulike tidsepoker og i ulike samfunn og sosiale grupper. Det normale er ifølge Norvoll (2009) at vi er friske fordi samfunnslivet er bygd på at de fleste mennesker er friske. Det normale representerer ifølge Østeberg (1997) normene, det normale er å bekrefte normene i samfunnet. Normer er ifølge Garsjø (2001) beslektet med regler og moral, de kan være skrevne eller uskrevne. Normer påvirker atferden vår gjennom å si noe om hva vi skal, må, eller bør/ikke bør gjøre i visse situasjoner. For eksempel kan jeg påstå at barn som får diagnosen ADHD bryter med de normene som gjelder i skolesammenheng. Å være avviker vil ifølge Garsjø (2009) si å få avvikende normer og forventninger rettet mot seg, fra seg selv og andre. Avvik forklares som et resultat av normløshet og kan løses ved behandling, tilpasning av individet til systemet eller sosial kontroll.

For eksempel kan et barn som har ADHD være avvikende og avviket kan bli møtt med medisinsk behandling eller tilpasning av skolemiljøet gjennom for eksempel ekstra ressurser. Sosial kontroll kan ifølge Norvoll (2009) forstås som Foucault beskriver, som flere teknikker, en av dem er bruk av diagnoser og klassifikasjonssystemer, Foucault viser til at diagnoser har en vitenskapelig hensikt i tillegg til å være en hersketeknikk, han mener at mennesker blir omgjort til medisinske kasus og at den samfunnsmessige kontrollen individualiseres (Norvoll 2009). For eksempel kan slik jeg ser det, en medisinsk diagnose rettferdiggjøre bruk av atferdsregulerende medisiner på barn, men samtidig kan nødvendige hjelpemidler kanskje rettferdiggjøre å gi barnet en psykiatrisk diagnose.

Jeg kan utfra dette si at de egenskapene, handlingene og tilstandene som beskrives som kriteriene for ADHD diagnosen, er sosialt konstruert som avvik, fordi de er erkjent som avvikende fra det normale i vårt samfunn. Mennesker har satt følelser tanker og atferd i system, som kan brukes til å definere disse som en diagnose, altså som sykdom. Egenskapene, handlingene og tilstandene hos barnet blir sosialt kontrollert i et klassifikasjonssystem.

Hertz presenterer i sin bok «*Barne og ungdomspsykiatri: nye perspektiver og uante muligheter*» (2011, 47) et intervju gjort av Jørn Nilsen og Søren Hertz, med Peter Lang som er leder av Kensington Consultation Centre i London. Peter Lang er opptatt av språkets virkelighetsskapende kraft, noen som kjennetegner det sosialkonstruksjonistiske perspektivet. Jeg velger å vise til dette intervjuet fordi det viser at diagnosekriteriene er språk og at språket i klassifikasjonssystemet kan ha betydning for barnet, dette kommer jeg mer inn på i kapittel 4.3.2.

Peter Lang sier i intervjuet at språket er den handlingen som setter noe i fokus, fremfor alt annet. En handling er en ting, men det er måten vi snakker om handlingen på som er med på å gjøre en forskjell. I denne oppgaven kan dette ses i sammenheng med hvordan det snakkes om de egenskapene og handlingene som samsvarer med diagnosekriteriene. Lang fremhever at jo mer vi snakker om en spesiell følelse, jo mer får vi bygget den opp, - dette tenker jeg kan forstås både som en fordel og en ulempe. En fordel gjennom at språket kan forsterke positive følelser og egenskaper hos barnet. Men som Lang sier kan barn og ungdom som opplever at opplevelsene deres blir oppfattet og håndtert annerledes enn de hadde ønsket seg, sammen med et problematiserende fokus, være med å forsterke den såkalte problematferden. Denne prosessen kommer jeg nærmere inn på i kapittel 4.3.1, og kan relateres til stemplingsteori gjennom å bli selvoppfyllende profetier.

Å hevde at sykdomsdefinisjoner er sosialt konstruert blir ifølge Johannisson (2007) møtt med sterk motvilje, leger opplever for eksempel at det settes spørsmålsteget til deres kompetanse og pasienter kan oppleve at deres sykdom blir dratt i tvil. Ut fra dette kan jeg tenke at diagnoser forstått som sosiale konstruksjoner, kan bidra til manglende respekt for personens opplevelser og lidelser. Dette tenker jeg viser at det er viktig å forstå personens «illness», også uavhengig av personens eventuelle «disease».

Samtidig viser tall over forekomsten av psykiatriske diagnoser blant barn at den er ulik på ulike steder, innen ulike miljøer og i ulike land. For eksempel viser Grøholt et al. (2008) til studier som viser at forekomsten av psykiatrisk sykkelighet blant barn varierer mellom 5% og 25%, den er lavest på landsbygda og høyest i storbyene. I sosialt svake familier som kjennetegnes av forhold hos foreldrene som for eksempel lav utdanning og dårlig økonomi, finner man økt psykiatrisk sykkelighet hos barna. Dårlig forhold mellom foreldre går igjen i alle studiene forfatterne viser til, som en risikofaktor for vedlikehold av

psykiske problemer hos barn. Rose (2015) viser til at det er velkjent at ADHD blir diagnostisert hyppigere i USA enn noe annet sted i verden. Dette tenker jeg kan tyde på at en del tilfeller av psykiatriske diagnoser blant barn er sosiale konstruksjoner fordi forekomsten variere utfra ulike land, kulturer og andre sosiale omstendigheter.

Tallene over psykiatriske diagnoser har også som tidligere vist endret seg over tid. For eksempel viser Olofson, Gamaroff, Marcus og Jensen (2003 sitert i Rose 2015, 44), tall fra en landsomfattende undersøkelse av medisinske behandlinger i USA, at behandling av pasienter med ADHD vokste fra 493000 behandelende barn i 1987, til 2 158 000 behandlede barn i 1997. Dette tenker jeg er med å vise sosialkonstruksjonismen som en aktuell forståelsesramme fordi den som Aadland (2011) skriver forstår hvordan mening oppstår, utvikler seg og etablerer seg i ulike tider og kulturer. Samtidig viser Grøholt et al. (2008) at tvillingstudier tydelig har vist at det foreligger en arvelig komponent ved ADHD, Gjone, Stevenson og Sundet (1996, sitert i Grøholt et al. 2008, 111) påviser i et doktorgradsarbeid at det påvises en betydelig arvelig innflytelse ved oppmerksomhetsproblemer på tvers av kjønn, alder og alvorlighetsgrad. Utfra det kan jeg si at sosialkonstruksjonismen ikke nødvendigvis kan forstå forekomsten og økingen av psykiatriske diagnoser blant barn alene. Dette viser at et moderat sosialkonstruksjonistisk perspektiv som aksepterer at det finnes en virkelighet, samtidig som menneskers liv formes gjennom sosiale prosesser av tanke, tale og praksis (Aadland 2011) kan være et egnet perspektiv.

4.2 Historikk og samfunnsmessige endringers betydning for at flere barn får en psykiatrisk diagnose i dag

Som Ekeland (2017) skriver har tallet på diagnostiske kategorier vi kan kalle psykiske lidelser eksplodert, særlig siden åttitallet. Dette begrunner forfatteren blant annet gjennom utviklingen av DSM. Selv om vi i Norge bruker ICD- systemet, har DSM hatt en lederfunksjon i den vestlige kulturen. Fra starten av 1952 (DSM-I) til den 5. versjonen i 2013 har tallet på diagnoser ifølge forfatteren økt fra 60 til ca. 355, dette er en økning på 300%. Denne økningen ser jeg som en mulig forklaring på øking av forekomsten av psykiatriske diagnoser hos barn.

Opplysningstiden og vitenskapens fremgang er ifølge Ekeland (2017) omstendigheter som påvirker fremveksten av psykiatri og moderne medisin. Galskapen var et problem som skulle løses. En historisk observasjon av blant andre Foucault (1973, sitert i Ekeland 2017,4) er at samtidig som kategoriene forklarer, forsvinner verdien av å ta for gitt menneskelig mangfold og variasjon, galskapen blir mindre flytende og grensene blir skarpere gjennom kategoriene. Ifølge Ekeland (2017) så det lenge ut som at psykiatrien skulle klare seg uten standardiserte system for klassifikasjon, men de som skulle telle folk kunne ikke det. Det amerikanske byrået for folketelling initierte behovet som førte frem til DSM. De henvendte seg til den amerikanske psykiatriforeningen (APA) for hjelp, og i 1918 kom en statistisk manual med 22 diagnostiske kategorier. Versjon I og senere versjon II, som kom i 1968 med 145 diagnoser var nokså beskjedne dokumenter med en oppstilling av kategoriene.

For å forstå dagens situasjon og DSM systemets enorme vekst og gjennomslag, er forspillet til granskingen på 1970 tallet ifølge Ekeland (2017) et nødvendig utgangspunkt. Psykiatrien møtte sterk kritikk fra flere hold. Psykiatriske institusjoner og deres humane sider ble utsatt for et kritisk sosialpolitisk søkelys. Samfunnsvitenskapen stilte grunnleggende spørsmål ved psykiatrifagets aksept og ideologiske funksjoner. Det ble dokumentert at diagnoser var svært upresise. Prosjektet «Being sane in insane places» (Rosenhan 1973, sitert i Ekeland 2017, 6) blir her nevnt. David Rosenhan lot 8 friske personer oppsøke ulike psykiatriske sykehus og simulere samme symptom. Alle ble innlagt og ble skrevet ut med diagnosen schizofreni eller bipolar lidelse. Dette skapte debatt om psykiatriens rehabilitert og validitet.

I 1973 var APA i gang med å legge planer for revisjonen av DSM-II, Robert Spitzer var med i å utarbeide DSM-III. Overgangen fra DSM-II til DSM-III kan ifølge Ekeland (2017) ses som et problemløsende program og initiativ for å gi psykiatrien et nytt faglig fundament. Prosessene som førte frem til definisjonene av ulike diagnoser var alt annet enn vitenskapelige, det var drøftinger og avstemninger innenfor komiteene som bestemte utfallet. Samtidig utvikler APA en strategi for å bedre psykiatridisiplinens rykte i det amerikanske samfunnet. De legger vekt på markedsføring av at psykiatriske sykdommer er sykdommer på lik linje med kroppslige sykdommer. Første utgaven av DSM-III kom i 1980 med 230 diagnoser, revisjonen DSM-III-R kom i 1987 med 292 diagnoser og i 1994 kommer DSM-IV med over 350 diagnoser. I 2013 versjonen av DSM-5 kommer 15 nye,

samtidig som at noen faller bort. Ekeland (2017) påpeker det som interessant at sykdommer forsvinner, men at trenden likevel viser seg tydelig som en utvidelse av at menneskelige livsproblemer blir medikalisert.

Medikalisering beskrives ifølge Norvoll (2009) som en prosess mellom samfunnet og medisinen, hvor medisinen har fått en større rolle i samfunnet. Resultatet er ifølge forfatteren at tidligere ikke-medisinske tilstander dras inn i den medisinske sammenhengen. Stadig større områder av menneskers liv gjennomgår medisinsk behandling og en større del av velferdsgodene er avhengig av medisinske beslutninger. Jeg tenker jeg kan forstå medikalisering gjennom begrepene «disease» fordi det beskriver de medisinske ekspertenes forståelse av sykdommen, og «sicknes» fordi det handler om fordeling av velferdsgoder i samfunnet.

Et historisk perspektiv viser ifølge Johannisson (2007) at diagnoser fødes, gjør karriere og dør, grensene mellom hva som er sykt og friskt, normalt eller avvikende er i stadig endring. Grønneberg (2014) minner oss for eksempel på at ADHD for kort tid tilbake ble kalt MBD (Minimal Brain Dysfunction), fordi atferden ble forklart gjennom en liten hjerneskade. Homofili er et annet eksempel på en sykdomskategori som har endret sin sannhet. En diagnose kan som Johannisson (2007) skriver, bli borte fordi den ikke lenger er kulturelt sanksjonert og nye fenomener kan plutselig bli klassifisert som sykdom. Johannisson (2007) skriver at sykdom kan kalles en sosial konstruksjon, noe som viser at sykdom sjelden er en nøytral konsekvens av biologiske faktorer. Jeg tenker dette viser at sosialkonstruksjonisme kan bidra til å forstå forekomsten av psykiatriske diagnoser blant barn, fordi avvik, normalitet og normer endrer seg hele tiden og at sosiale prosesser bidrar til dette. Ekeland (2017) skriver også at diagnoser fundamentalt sett er sosiale konstruksjoner og må ses i sammenheng med samfunnet vi lever i. Her viser det seg igjen at sosialkonstruksjonismen kan bidra til å belyse hvorfor flere barn får psykiatriske diagnoser i dag. Mange diagnoser er som Ekeland (2017) skriver blitt forhandlet frem i sosiale prosesser der flere aktører kan være involvert, som faggrupper, pasientgrupper, medikamentindustrien i tillegg til politiske og økonomiske aktører.

Hertz (2011) skriver at det gjennom de siste tiår har skjedd en utvikling i samfunnet der ansvar for barns vilkår er flyttet fra foreldre til et delt ansvar mellom foreldre og andre omsorgspersoner og institusjoner i barnets liv. Jeg foreslår dette som en av forklaringene

på hvordan samfunnsmessige endringer kan være noe av årsaken til at diagnostiseringen av barn har økt. Ifølge Hertz (2011) har etablering av institusjoner for små og litt større barn eksplodert. Dette har som forfatteren skriver hatt stor innflytelse på de vilkårene barn og unge vokser opp med. Overskridelsen til det som ikke fremtrer som normalt medvirker ifølge forfatteren i flere tilfeller til en usikkerhet og tvil om hvordan det vanskelige skal forstås og hva som er best å gjøre.

Damsgaard (2003) setter spørsmålstegn til om vi kanskje burde snakke om systemer, skoler lærere og voksne med tilpasningsvansker fremfor at elevene har det. Et relevant spørsmål tenker jeg da, blir hvordan skolen kan tilpasse de kravene de stiller til elevene, her viser gap-modellen seg gjeldene. Kanskje kan det tenkes at skolen har fått for store oppgaver som hviler på for få skuldre? Damsgaard (2003) fremhever ideologien i norsk skole i dag, som er at alle har rett på en opplæring som er tilpasset de mulighetene de har, videre skriver hun at økonomi og prioriteringer gjør at dette for mange kun er en papirrettighet som ikke realiseres i praksis. Resultatet blir ifølge Damsgaard (2003) at mange elever møtes med en «spareopplæring». Forfatteren skriver at dette kan føre til at de svakeste elevene ikke får hjelp nok. Dersom det ikke er ressurser nok til å hjelpe de «svakeste elevene» tenker jeg diagnoser *kan* være en måte å løse dette på, fordi diagnoser, som jeg kommer tilbake til i kapittel 4.3.5 og 4.3.6, kan utløse nødvendige hjelpemidler. Her viser samfunnets endringer og konstruksjoner seg igjen som en mulig forklaring på at flere barn får en psykiatrisk diagnose.

I løpet av relativt få år har det ifølge Hertz (2011) skjedd en voldsom øking i antall barn og unge som henvises til undersøkelse og behandling. Av hensyn til «barnets beste» har det ifølge forfatteren utviklet seg en ide om at det spesialiserte tilbudet er bedre enn det tilbudet det alminnelige systemet kan gi. Dette har bidratt til en selvforsterkende prosess, som er kjennetegnet av utrygghet ovenfor det spesielle. Jeg tenker dette viser at hva samfunnet ser på som normalt kan ha blitt mer snevert, og at for eksempel skolen kan ha en lavere toleransegrense for hva som ses på som avvik. Brinkman (2015) bekrefter at det i våre dager forekommer en stor innsnevring av grensene for psykisk normalitet, han bruker skolesystemet som et særlig egnet eksempel og viser til at mange flere barn enn tidligere henvises til PPT. ADHD får økt oppmerksomhet og anses samtidig å være i kraftig vekst, oppmerksomheten i seg selv tenker jeg kan være en årsak til den økte diagnostiseringen. Holden (2013) skriver at barn og unge som er i kontakt med barne- og ungdomspsykiatrisk

(BUP), som regel får en eller flere psykiatriske diagnoser. Siden flere barn henvises til spesialister i dag (Holden 2013), kan jeg også foreslå dette som en av årsakene til hvorfor flere barn får psykiatriske diagnoser i dag.

Greco (2004, sitert i Brinkman 2015, 17) hevder at helse er den nye overordnede verdien i det moderne samfunnet. Det har skjedd store legevitenenskapelige og terapeutiske fremskritt det siste århundre, uten at det har gitt et tydelig sunnere samfunn, økingen av psykiatriske diagnoser gir et bilde av dette. Brinkman (2015) kaller dette sunnhetens paradoks og forklarer det som at jo bedre vi kan behandle sykdommer jo mer usunne blir tilsynelatende befolkningen. Til tross for, eller på grunn av, medisinske og psykologiske fremskritt, har det forekommet en kommersialisering av helse, forfatteren kaller det en medikalisering av hverdagslivet og en økt fokusering på alle slags fysiske og psykiske symptomer. Noe som kan ha resultert i en negativ overopptatthet av personlig helse som kan tenkes å være usunn. Denne økte fokuseringen på helse sammen med medisinske og psykologiske fremskritt, kan jeg foreslå er noe av endringene i samfunnet som kan være årsaken til hvorfor flere barn får psykiatriske diagnoser i dag.

4.3 Diagnosekriterienes betydning

Språket i diagnosekriteriene kan ha makt til å påvirke identitet. Diagnosekriteriene beskriver egenskaper, handlinger og tilstander som kan gi negative assosiasjoner og som kan virke ødeleggende på barnets selvforståelse og identitet (Grønneberg 2014).

Dette forstår jeg gjennom et sosialkonstruksjonistisk perspektiv, fordi sosialkonstruksjonismen ser virkeligheten som konstruert utenfra, gjennom språket. Som Johannisson (2007) skriver, virker det som at navngivingen er selve kjernen når en diagnose tildeles, fordi sykdommen da har et navn og faktisk finnes. Hvilken virkelighet skaper diagnosekriteriene for omverden om barna, og for barna om seg selv?

4.3.1 Stigma

Jeg bruker boken «*Stigma: Om afvigernes sociale identitet*» (2016) når jeg skal gjøre rede for begrepet stigma. Boken er skrevet av sosiologen Erving Goffman (1922-1982). Han skrev seg inn i sosiologiens historie fra tidlig 1950- tidlig 1980 tallet. Goffman relateres til innholdet og betydningen av begrepet stigma (Jacobsen og Kristiansen 2016).

Goffman (2016) viser til antikkens grekere når han skriver om begrepets opprinnelse. Grekerne brukte begrepet stigma for å vise til tegn ved personen som skulle avsløre noe usedvanlig og dårlig ved personens sosiale status. Tegnene ble skåret fast eller brent i kroppen, vist til alle og hadde en betydning av at personen skulle unngås, særlig på offentlige steder. Nå rommer begrepet først og fremst selve skammen, fremfor fysiske kjennetegn. Begrepet stigma betegner en egenskap som er dypt miskrediterende. I denne oppgaven kan egenskapen hos barnet, som samsvarer med diagnosekriteriene forstås som stigmaet.

Forfatteren skiller mellom tre ulike former for stigma. Den første viser seg gjennom ulike fysiske misdannelser. Den andre beskrives som ulike karaktermessige feil som kan vise seg som egenskaper hos personen. Omgivelsene slutter seg til egenskapene gjennom kjennskap til personens fortid, som blant annet kan være psykisk sykdom. Denne formen for stigma kan relateres til diagnosekriteriene for psykiatriske diagnoser som gis til barn basert på atferd. Til slutt nevnes slektsbetingede stigma som rase, nasjon eller religion. Goffman (2016) skriver at det som er felles for de tre formene for stigma er at personen ikke kan unngå å tiltrekke seg oppmerksomhet, og at omgivelsene som møter personen vender seg fra personene og ser bort fra andre egenskaper hos personen. Personen eier et stigma og avviker fra våre forventninger på en måte som gjør personen uønsket. Ifølge forfatteren utvikler vi en stigmatologi for å forklare personens underlegenhet og overbeviser oss selv om hvilken fare personen utgjør. I skolesammenheng kan jeg si at faren for eksempel er at barnet med den problematiserte atferden forstyrrer de andre barna i klassen, omgivelsene forstå atferden som uønsket eller en fare i sammenhengen og definerer atferden som avvikende.

Som Norvoll (2010) skriver bruker Goffman betegnelsene stigma og stigmatisering for å beskrive sykdom som sosialt avvik. Forfatteren skriver videre at stigmatisering påvirker hvordan personen oppfatter seg selv på en negativ måte, det skjer en selvstempling. Fenomenet stempling beskriver Garsjø (2001) som å tillegge mennesker negative personlige kjennetegn med bakgrunn i atferden. Norvoll (2010) skriver at stemplingsteori fokuserer på sosiale faktorerets betydning for utvikling av sykdom eller avvik. Garsjø (2001) beskriver videre at stempling kan bidra til selvoppfyllende profetier. Selvoppfyllende profeti er ifølge Norvoll (2010) en tendens til at dersom andre betrakter

noen som syk eller avvikende, har personene ofte en tendens til å betrakte seg selv som syk eller avvikende og handle deretter, personen handler slik omgivelsene forventer.

Som Norvoll (2010) skriver kan stigmatisering føre til at den avvikende diskrimineres og ekskluderes på ulike måter fra den sosiale sammenhengen. Stigmatisering fører på denne måten til at sykdommen eller problemene blir avgjørende for den enkeltes sosiale identitet og sosiale tilhørighet. Dette kan relateres til det Askheim kaller VSR (verdsetting av sosial rolle) tenkningen. Denne tenkingen er ifølge Askheim (2012) knyttet til professor Wolf Wolfensberger, Wolfenberger ønsker å gripe fatt i årsaker til urettferdighet, og de ulikheter nedprioriterte grupper i samfunnet er utsatt for. Et av hovedelementene i VSR tenkningen, er at sosiale roller vi får og gir hverandre, påvirker hverandre i stor grad. Har man fått en lavt verdsatt rolle, tildeles samtidig en lav status og lave forventninger, i neste omgang tilpasser personen seg selv, og lever etter de lave forventningene, noe som fører til et lavt selvbilde. Når denne atferden igjen tolkes av andre bekrefter dette de opprinnelige forventningene enda en gang. De negative rollene påvirker hverandre gjennom en rollesirkularitet, der konsekvensen blir selvoppfyllende profetier (Askheim 2012). Som Goffman (2016) skriver om stigma, eier personen et stigma og avviker fra våre forventninger på en måte som gjør personen uønsket.

På bakgrunn av dette kan jeg si at stigmatisering, som kan føre til at omgivelsene stempler barnet, som igjen kan bidra til selvoppfyllende profetier, samtidig som at stigmatisering kan føre til at personen ekskluderes fra sosiale sammenhenger gjennom å få en lavt verdsatt rolle i samfunnet, er en prosess som viser at sosiale konstruksjoner bidrar i måten barnet blir oppfattet av andre og forstår seg selv, for eksempel på bakgrunn av de konstruerte diagnosemanualene.

4.3.2 Diagnosekriterienes mulige påvirkning av barnet

Jeg vil vise hvordan diagnosekriteriene som følger den psykiatriske diagnosen, *kan* være barnets stigma. Diagnosekriteriene beskriver barnets egenskaper, handlinger og tilstander. Grønneberg (2014) viser at diagnosekriteriene kan fremstille barnet som eier av problemene. Dette definerer forfatteren som at barnet får en posisjon som det identifiserte problem. Som Goffman (2016) skriver betegner stigma en miskrediterende egenskap som gjør at personen avviker fra våre forventninger. Larsen et al. (2008 sitert i Gullestad 2009,

169) viser at omfattende sosialpsykologisk forskning har vist hvordan diagnoser i form av merkelapper kan fungere stigmatiserende og ekskluderende, personen reduseres til en sykdom og diagnosen kan fungere som en selvoppfyllende profeti der den diagnostiserte handler i samsvar med forventinger til rollen som syk.

Helsedirektoratet (2015) beskriver i ICD-10, kriterier for atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsårene (F90-F98). Som et eksempel på diagnosekriterier vil jeg vise de kriteriene ICD-10 har satt for å kunne få diagnosen «F90 Hyperkinetiske forstyrrelser». Betegnelsen offentlige dokumenter og de fleste klinikere og forskere i Norge bruker er ADHD.

Kriteriene er: *manglende utholdenhet* i aktiviteter som krever kognitivt engasjement, tendens til å *skifte fra en aktivitet til en annen uten å gjøre noe ferdig*, i kombinasjon med *uorganisert, dårlig regulert og overdreven aktivitet*. Det står videre at flere andre avvik kan forekomme. Hyperkinetiske barn ofte er *uforsiktede* og *impulsive*, utsatt for ulykker og *de får oftere disiplinærvansker* på grunn av tankeløse brudd på normer og regler. I forhold til voksne viser de ofte *sosialt uhemmet atferd* med *mangel på normal forsiktighet og tilbakeholdenhet*. De er *upopulære blant andre barn*. *Kognitive forstyrrelser* er vanlige, og spesifikke *motoriske og språklige utviklingsforstyrrelser* uforholdsmessig hyppige. Egenskaper, handlinger og tilstander kriteriene beskriver, skal vanligvis ha vist seg i løpet av de fem første leveår. Det blir også beskrevet sekundære komplikasjoner som kan følge diagnosen, dette kan ifølge ICD-10 være *dyssosial atferd* og *lav selvfølelse*. Som Goffman (2016) skriver, kan vi komme til å tillegge den stigmatiserte en rekke negative egenskaper basert på det opprinnelige stigmaet. Jeg kan stille spørsmålstegn til hvordan beskrivelsen av sekundære komplikasjoner, kan påvirke *forventingene* dette kan gi barnet om seg selv og til omgivelsene om barnet. Dette tenker jeg kan relateres til stigmatisering og stemplingsteori gjennom å bli selvoppfyllende profetier.

Garsjø (2001) skriver at *forventning* handler om aktørens opplevelse av egne og andres krav til atferd, forfatteren beskriver det som en forestilling om hvordan atferd og samhandling vil og bør foregå. Forventninger kan innebære både innbilte og reelle krav til atferd og handling i bestemte situasjoner. Her kan jeg forstå de sekundære komplikasjonene som forventninger, omgivelsene kan forvente at barnet har lav selvfølelse og barnet kan selv se på seg selv som en person med lav selvfølelse.

I diagnosekriteriene for ADHD brukes ordet *ofte* gjentagende. Som Grønneberg (2014) påpeker, kan dette gi et inntrykk av at der ordet *ofte* ikke brukes, er egenskapene *alltid* til stede. Problem som fremstilles som at de *alltid* eller *ofte* er til stede, kan virke umulig å slippe unna. Som Goffman (2016) skriver er felles for alle former for stigma at personen ikke kan unngå å tiltrekke seg oppmerksomhet som følge av egenskapen som utgjør stigmaet.

Videre er det gjentatte steder brukt ubestemt form av substantivene (Grønneberg 2014). For eksempel står det i ICD-10 (Helsedirektoratet 2015, 198) at

«...hyperkinetiske forstyrrelser kjennetegnes ved tidlig debut (vanligvis i løpet av de fem første leveårene), manglende utholdenhet i aktiviteter som krever kognitivt engasjement og tendens til å skifte fra en aktivitet til en annen uten å gjøre noe ferdig i kombinasjon med uorganisert, dårlig regulert og overdreven aktivitet».

Her nevnes ikke barnet. Ubestemt form kan ifølge Grønneberg (2014) gi inntrykk av at teksten omtaler noe som er generelt for alle. Å skrive «*dårlig regulert og overdreven aktivitet*» istedenfor «*barnet har dårlig (...)*», kan gi inntrykk av at vi forholder oss til et objekt, noe som kan skape avstand til subjektet, i denne sammenhengen er barnet subjektet. Teksten viser seg autoritær gjennom å karakterisere barns egenskaper, handlinger og tilstander, uten å konkret nevne hvem det gjelder. Teksten viser barn med ADHD som de med egenskapene som er annerledes eller uønsket enn vi, dette skaper som Grønneberg (2014) skriver et *vi* og *de andre*. Som Goffman (2016) skriver kjennetegnes stigma gjennom at stigmaet gjør personen uønsket. Utfra en forståelse gjennom sosialkonstruksjonismen skaper språk virkelighet, dette gjør at forskjellen mellom barnet og andre mennesker konstrueres materielt og faktisk og ikke bare i språket (Grønneberg 2014). I denne sammenhengen skjer dette gjennom at egenskaper, handlinger og tilstander hos barnet kriteriene beskriver, står skrevet i ICD-10. Å bli identifisert med og å identifisere seg selv med de negative beskrivelsene i diagnosemanualen, kan føre til at barnet havner i en kategori for de med feil og mangler, en posisjon med lavere status (Grønneberg 2014). Dette kan jeg relatere til VSR tenkningen som beskrives tidligere i oppgaven. Kategorien Grønneberg (2014) viser til er en posisjon som kan være uheldig for selvforståelsen og bli merkelapper eller stempel som festes på barnet.

4.3.3 Barns opplevelser av diagnosekriteriene

Jeg vil bruke erfaringer innhentet av andre for å få frem barns opplevelser av diagnosekriteriene. Olsvold (2014) har forsket på hvordan det oppleves for barn å ha en ADHD diagnose. Hun utforsker dette med utgangspunkt i barns fortellinger fra hverdagen. Forfatteren beskriver at nitten barn med en gjennomsnittsalder på 11,5 år deltok i studien.

Olsvold (2014) skriver at det første som slo henne i intervjuene var at ADHD ikke er barnas prosjekt. Hun viser til at mødre ofte snakker om at det var en lettelse å få diagnosen, det kunne være en forklaringsramme å forstå barnets symptomer utfra og en avlastning fra ansvar og skyld. Mens hun hevder at barna gjennomgående opplevde diagnosen som negativ gjennom å true den enkeltes identitet. Det at diagnosen utspilles i barnets eget selv, gjennom å ramme det kognitive og emosjonelle fremheves av forfatteren som grobunn for stigmatiserende prosesser hos det enkelte barn. Som Goffman (2016) skriver er en form for stigma karaktermessige feil som kan vise seg som egenskaper hos personen. Olsvold (2014) beskriver tre psykiske strategier som gikk igjen hos barna i studien, en *avvisende*, en *identifiserende* og en *forhandlende* strategi.

Den *avvisende* strategien kjennetegnes av at barna avviser at diagnosen har betydning. Her kan jeg si at det ikke er samsvar mellom barnets «illness» og «disease». En gutt som ble intervjuet, Daniel 14 år, kunne som Olsvold (2014) skriver, ikke vente med at båndopptakeren var på, med å si: «*Jeg er som vanlig*». Når Daniel blir stilt til rette kunne han likevel bruke diagnosen som en ansvarsfraskrivelse, «*det er ikke min skyld, for jeg kan ikke noe for at jeg har ADHD*», dette er et eksempel på at den avvisende og den identifiserende strategien brukes om hverandre. En gutt som fikk diagnosen når han var 9 år, protesterte og sa til sin mor: «*Jeg vil være en vanlig gutt*». Barna som brukte den avvisende strategien ønsket helst ikke å snakke om diagnosen. Dette tenker jeg viser at barna ikke ønsker å identifisere seg med diagnosekriteriene, diagnosekriteriene viser seg belastende for det enkelte barnet. Som Goffman (2016) skriver betegner stigma en egenskap som diskrediterende, det kan virke som at barna ikke ønsker å bli gjenkjent gjennom diagnosekriteriene, de ønsker å skjule sitt stigma.

Den *identifiserende* strategien var den strategien som ifølge Olsvold (2014) var mest brukt av de involverte. Barna forstår seg selv og sitt følelsesliv med et utgangspunkt i diagnosen.

Jeg kan si at det som Norvoll (2010) skriver har skjedd en selvstempling, fordi barnet som Garsjø (2001) skriver har tilegnet seg negative kjennetegn med bakgrunn i atferden sin. Are (11 år) som ble intervjuet sa ifølge Olsvold (2014): «*til å ha ADHD er jeg veldig god til å lese*». Barna snakket ifølge forfatteren om ADHD som en selvfølgelighet og som en del av sin personlighet. Are bruker diskursen om at ADHD i media ofte knyttes til kreativitet. Han beskriver seg selv som oppfinnsom og kreativ på grunn av diagnosen:

«... så tror jeg vi med ADHD og sånn er litt bedre til skuespill og sånn, så hvis de begynner å bli litt bedre, så håper jeg at de fordelene går bort.... At hvis det kommer en bra tablett som kurerer deg, så håper jeg at jeg fremdeles har noen sånne, de fordelene. Fantasi og at du er bedre til å skrive skuespill og bøker og sånn» (Olsvold 2014, 6).

Are ønsker ikke at medisinene skal ta bort ADHD-en hans, dette kan være et uttrykk for at Are identifiserer seg positivt med diagnosen. Samtidig ga han ifølge Olsvold (2014) i intervjuet uttrykk for at han identifiserte seg negativt med diagnosen gjennom å ha sterkere følelser og bli mer sint enn andre. Jeg tenker at å forklare positive egenskaper gjennom diagnosen kan være en strategi som kan hjelpe barnet å akseptere diagnosen og å se på diagnosen som en ressurs fremfor en begrensning. Samtidig tar barnet en slags avstand fra de positive egenskapene, noe som kan tyde på at barnet identifiserer seg med diagnosen fremfor de positive egenskapene.

Den *forhandlende* strategien brukes av barna som ikke avviser diagnosen totalt, men går inn i forhandlinger om diagnosen. Kåre på 12 år klarte ikke å forstå hva ADHD er først, og følte seg annerledes enn de andre, men fant ut sist han var hos legen at det er grader av ADHD. Kåre sier:

«Det er en middels og så er det en høy. Det er hvor mye de ADHD greiene virker. Hvis du har høy, så har du, da kan du bli sånn voldelig og har ikke kontroll over deg og sånn. Middels det er sånn vanlig, men jeg ligger under middels da, så jeg har veldig lite av det på en måte, hvis du skjønner» (Olsvold 2014, 8).

Olsvold (2014) skriver at barna forhandler om både graden av ADHD, hva ADHD er og om diagnosens prognose. Kåre forteller at han ikke liker koblingen mellom diagnose og

sykdom. Han har definert ADHD som «*en diagnose som nesten ikke påvirker i det hele tatt. En veldig liten diagnose som går over fort*». Jeg tenker barna med denne strategien finner måter å forholde seg til diagnosen på slik at den blir håndterlig å leve med, jeg tenker dette viser at diagnosekriteriene ikke er noe de ønsker å bli identifisert med eller å identifisere seg med, fordi uttalelsene viser at det er viktig for Kåre å formidle at han ikke har en «høy» ADHD men at han veldig lite av det og at det går over fort.

Siden både «ADHD-atferden» og diagnosekriteriene kan ha med seg et negativt fokus, forteller noen av barna i intervjuene om strategier de bruker for å skjule sitt stigma i møte med andre. Barna som bruker den forhandlende strategien er opptatt av å handle på en måte som ikke bekrefter diagnosen (Olsvold 2014). Her vises hvilken betydning diagnosekriteriene kan ha, barna med denne strategien vet hva som kjennetegner diagnosen og vil unngå å handle på denne måten. Noe av det som kjennetegnet barna med den forhandlede strategien, var at de ga uttrykk for å ha opplevd både diagnosen og atferden som stigmatiserende. De kan ha opplevd, som Goffman (2016) skriver at omgivelsene vender seg bort fra andre egenskaper hos personene og slutter seg til egenskapene som samsvarer med diagnosekriteriene, barna ønsker kanskje å motvirke dette gjennom å avkrefte diagnosen.

Dette fortalte Idar, ifølge Olsvold (2014,7):

Intervjuer: «*Ja, jeg husker du sa at noen kalte deg for klikkegutt*»

Idar: «*Ja, jeg har liksom alltid hatt den tittelen. Jeg gjør liksom hva som helst for å bli kvitt den tittelen. Absolutt hva som helst bare for å bli kvitt den tittelen*»

Intervjuer: «*Er det mulig å bli kvitt den tittelen?*»

Idar: «*Aner jeg ikke. Den sitter so stuck. Den sitter der, og den vet jeg alltid kommer til å være der*».

Idar sitt høyeste ønske var å bli kvitt ADHD, «*at alle hadde glemt at jeg noen gang hadde hatt det, og at alle glemte det, og at jeg sluttet med medisiner*».

Dette ønsket kan som forfatteren skriver være et eksempel på en erfaring med å være brennmerket. Uansett hva du gjør og hvordan du endrer deg følger den samme skammen og det samme stigmaet deg. Som Goffman (2016) skriver stammer begrepet stigma fra antikkens grekere og beskrev tegn som ble skåret fast eller brent i kroppen, personen eier et stigma.

Studiene viser at diagnosekriteriene, innebærer egenskaper, beskrivelse av handlinger og tilstander som noe negativt barna ofte ikke ønsker å bli identifisert med.

Diagnosekriteriene fremstår i Olsvold (2014) sin artikkel som noe barna ofte identifiserer seg med. Med tanke på at psykiske plager er forbigående for de fleste barn og unge (Folkehelseinstituttet 2015) kan dette være uheldig og tenkes å bidra til å forme barnas identitet på lengre sikt. Grønneberg (2016) omtaler faren som å «låse» barnet i rollen som annerledes og hjelpetrengende. Hun påpeker også at målet med psykisk helsearbeid er bedret eller god psykisk helse der personen trives med seg selv, mens diagnosekriterienes beskrivelser står i kontrast til en slik måte å forstå seg selv.

4.3.4 Diagnosekriterienes påvirkning av hvordan omverden forstår og møter barnet

Madsen (2017) viser til at svakheten med stemplingsteorien kan være at den ikke gir noen forklaring på hvordan personen selv fortolker sine problematiske følelser eller atferd. Stemplingsteorien kan anta at personer som eier det definerte stigmaet, er mer negative i sin vurdering av diagnosen enn de faktisk er, kan teorien om stempling og stigma føre til at barn med en psykiatrisk diagnose blir betraktet som «ofre» uten at de selv oppfatter seg som det? Jeg kan da si at det er et misforhold mellom barnets «illness» og «disease». Ut fra teorien om stigmatisering som selvoppfyllende profetier tenker jeg dette er uheldig fordi oppfatningen kan smitte over på barnet. Dette viser at man skal vise forsiktighet i å gå ut fra at diagnosen oppleves som negativ av barnet selv.

Olsvold (2014) viser til Hacking (1999) og påpeker at diagnoser er interaktive kategorier som når de er kjent, får innflytelse på hvordan den kategoriserte ser på seg selv, dette kan føre til at personen delvis handler og føler i tråd med kategoriene. Johannisson (2007) kaller dette for en dynamikk som forsterkes når kategoriene tas i bruk i institusjonelle sammenhenger, dette kan for eksempel kan være i skolesammenheng. Som Holden (2013) skriver kan denne prosessen være særlig problematisk når en diagnose inneholder flere kriterier, der bare noen oppfylles for at diagnosen skal stilles, eller dersom et barn får en gal diagnose. Forfatteren hevder at det som da kan skje er at omgivelsene går ut fra at

personen oppfyller kriterier personen ikke oppfyller, barnet tilegnes altså egenskaper barnet ikke har. Prosessen kan jeg relatere til selvoppfyllende profeti.

På den andre siden kan selvoppfyllende profetier også vise seg positivt dersom omgivelsene har positive forventninger til barnet, forventninger om et positivt utfall vil i seg selv påvirke at utfallet blir positivt. Fenomenet kan ifølge Helgesen (2012) kalles Rosenthaleffekten. Rosenthal dokumenterte at forventninger spiller en sentral rolle i menneskelige forhold. Helgesen (2012) skriver om Robert Rosenthal (1985) som ledet et prosjekt hvor en gruppe lærere fikk feil informasjon i positiv retning, informasjonen omhandlet blant annet elevenes intellektuelle fungering og motivasjon. Elevene ble dermed møtt med høyere forventninger enn det var grunnlag for, konsekvensen var at de oppnådde betydelig større faglig fremgang enn elever som ikke møtte slike forventninger. Dette viser at forventningene barnet blir møtt med av omgivelsene påvirker barnet. Med tanke på hvilke forventninger kriterier beskrevet i ICD-10, som for eksempel «*upopulære blant andre barn*» kan gi, kan dette være uheldig for barnets opplevelse av seg selv.

Hertz (2011) uttaler at diagnoser er et uttrykk for utvalgte øyeblikksbilder av det individuelle barnet, på det tidspunktet problemene fremtrer med en slik intensitet at noen finner behov for nærmere undersøkelse. Videre hevder forfatteren at de definerte symptomene ICD-10 er basert på, representerer en enkelthet som er komfortabel fordi den hjelper oss til å ta stilling til om det feiler barnet noe. Fyller barnet kriteriene for noe, har barnet den diagnosen, det er da likegyldig hvilke grunner barnet har til å fremtre slik barnet gjør. Hva gjør dette med forståelsen vår av det enkelte barnets behov og vår forståelse av de signaler barnet sender? Jeg tenker dette kan utgjøre en fare for å bli blinde for å se sammenhenger og vanskeliggjøre å imøtekomme det enkelte barnets behov. Fordi vi ikke leter etter årsaker, men «feil» med barnet. Kanskje for å bekrefte at det ikke er noe omgivelsene (vi) gjør feil, dette satt på spissen. Hertz (2011) fremhever at ICD-10 har som underliggende, men ikke eksplisitt beskrevet premiss, at det gjerne vil hjelpe gjennom å ta fra foreldre byrden som er forbundet med skyld. Dette blir ifølge forfatteren problematisk når det fører til at noen bli frikjent, mens andre defineres som bærer av problemet, diagnosekriteriene retter oppmerksomheten mot barnet.

Som Bunkholdt (2000) skriver, får en atferd status som avvikende og alvorlig problematisk i forhold til det miljøet atferden utspiller seg i, ulike miljøer har forskjellige

toleransegrenser. Forfatteren skriver at jo raskere et miljø er til å erklære atferd for avvikende, jo større sjanse er det for at atferden videreutvikles til mer omfattende og varige avvik. Dette tenker jeg viser at måten omgivelsene forstår og møter barnet på, her på bakgrunn av de egenskapene, tilstandene og handlingene som samsvarer med diagnosekriteriene, kan være avgjørende for hvordan den avvikende atferden utvikler seg, samtidig som at sosialkonstruksjonismen viser seg gjeldende.

Hertz (2011) skriver videre at enkeltheten i diagnosemanualene fremstår som beskrevet uavhengig av meningssskapende sammenhenger. Det er altså opp til den som oppfatter barnet som annerledes eller som et barn med vanskeligheter å koble barnet til diagnosekriteriene. Forfatteren fremhever viktigheten av å kunne kjenne igjen mønster som kjennetegner de ulike diagnosene, men å samtidig se ette forskjeller som kan gi et bilde av en annerledes oppfatning av sammenhengene. Å ikke ha fokus på utviklingspotensialene, de gode grunnene og de samskapte faktorene, men heller de medisinske spillereglene utgjør ifølge forfatteren en fare for å bruke en redusert individuell synsvinkel. Gullestad (2001) skriver at diagnostisk klassifisering gir prioritet til de kjennetegnene personen har felles med en gruppe, dette fører til at vi tankemessig beveger oss fra individnivå til gruppenivå, barnet plasseres i en kategori utfra trekk barnet har felles med andre og ser bort fra individuelt særtrekk. Hva gjør dette med den individuelle tilpasningen barnet har krav på? Ulik bakgrunn for den problematiserte atferden og ulikt utviklingsnivå hos barnet kommer ikke frem, dersom barnet kun ses gjennom diagnosekriteriene. Bunkholdt (2000) viser undersøkelser som viser at mye av barns problematferd endrer seg spontant. Barn som har vist stor grad av problematferd, har evne til å hente seg inn igjen for eksempel som et resultat av miljømessige eller andre endringer i barnets livssituasjon. Barn endrer også atferd i takt med kjennetegn ved de ulike situasjonene de er oppe i. I et utvalg barn med ulike former for problematisk atferd som ble fulgt opp til de var 14 år gamle, viste 2/3 stor bedring i løpet av oppveksten uten at noen fikk behandling. Forfatteren viser også til andre undersøkelser som viser at mye av barns problematferd bedrer seg spontant. Dette tenker jeg viser at å gi barnet en sykdomsdiagnose på bakgrunn av symptomer ikke nødvendigvis hjelper barnet, og at en sosialkonstruksjonistisk forståelse kan bidra til at omgivelsene ser viktige endringssskapende sammenhenger.

Hertz (2011) problematiserer at diagnosekriteriene definerer at barnet *har* vanskeligheter istedenfor å *være i* vanskeligheter. Så hvordan kan omgivelsene møte barnet som er *i* vanskeligheter? Hertz (2011) er opptatt av at vi er forpliktet til å være på utkikk etter utviklingspotensialene. En praksis som er opptatt av at de uante mulighetene kan bidra til at mennesker kommer videre og får lagt det fastlåste og problematiske bak seg. Peter Lang introduserte Hertz (2011) for ideen om å se atferd og emosjoner som invitasjoner til andre. Som et eksempel nevner forfatteren at dersom det forekommer problemer med hyperaktivitet, kan dette være en invitasjon til å utvikle måter å gjøre noe med impulsiviteten på og gjennom dette hjelpe til med å utvikle roen. Å tenke på problematferd som invitasjoner, flytter nysgjerrigheten fra individet og det individet ikke umiddelbart klarer, til spørsmål om hvordan vi sammen kan ta vare på invitasjonene og bli i stand til å skape forandring. Dette bekrefter at måten omgivelsene forholder seg til atferden som samsvarer med diagnosekriteriene har betydning for barnet.

4.3.5 Kan en psykiatrisk diagnose komme barnet til gode?

Illich (sitert i Norvoll 2009, 91) kritiserte medikaliseringsprosessen, fordi han mente den fører til overmedisinering og overbehandling fordi normale tilstander blir sykdom. Norvoll (2009) fastslår at de fleste er enig i at en medikalisering er en tendens i samfunnet, men at noen også ifølge Svensson (1998, sitert i Norvoll2009, 92) ser positivt på fenomenet fordi de profesjonelle kan gi verdifull hjelp til mennesker som strever med helsemessige eller sosiale problemer. En psykiatrisk diagnose kan på denne måten komme barnet til gode, fordi det kan gi barnet nødvendig hjelp av spesialisthelsetjenesten.

Torgersen (2009) hevder han at man ikke kan være uten et språk for å kommunisere tilstander. Forskningen er avhengig av å ha begreper for å forankre observasjoner. At det blir vanskelig å kommunisere om fonemet internt i fagene og ovenfor omverden uten navngiving og et sett faglige uttrykk bekreftes av Ekeland (2017), han fremhever samtidig viktigheten av en påminning om at kategoriene våre ikke er verden, men mer eller mindre gode forsøk på å begripe den slik at den kan forstås og snakkes om. At kriteriene er gjenstand for forskning gjennom å gi knagger å henge kunnskap på og begreper for å forankre observasjoner, kan jeg foreslå at kommer det enkelte barnet til gode, da dette fører til ny kunnskap.

Torgersen (2009) hevder at kjernen i diagnosemanualene er at det hele tiden skal være på vei, og aldri bli oppfattet som å inneholde evige sannheter, det moderne klassifikasjonssystemet har som mål å endre seg i takt med ny viten. Videre fremheves en annen fordel med diagnostiske kategorier. Forfatteren skriver at for å kunne skille mellom ulike diagnoser og gi riktig behandling, er det avgjørende å ha et felles klassifikasjonssystem, fordi kriteriene for ulike psykiatriske diagnoser kan være like, men behandlingsmessig og prognostisk er forskjellene store. På denne måten vil diagnosekriteriene kunne komme barnet til gode, fordi de forteller hvilken behandling som er mest hensiktsmessig og kanskje gi barnet og omgivelsene de beste forutsetningene for å håndtere symptomene. Dette motargumenteres av Holden (2013) som skriver at det er mange måter å oppfylle kriteriene på, personer med samme diagnose deler ikke alt, det blir derfor vanskelig å finne nyttig behandling for alle som har diagnosen, problemene er for individuelle. Forfatteren fremhever at riktig diagnose ikke garanterer riktig behandling.

Ekeland (2017) fremhever også andre fordeler med diagnosesystemet. For mennesker som har det vanskelig er diagnosen viktig av flere grunner, fordi det gir tilgang til en sosial rolle som syk, jeg kan si at barnet får en «disease», dette gir ifølge Ekeland (2017) plikter og rettigheter, jeg kan definere dette som at barnet får en «sickness». Diagnosen gir ifølge forfatteren «retten» til å lide i samfunnets øyne, personen har noe som andre ikke har, det kan være en forklaring som er enklere å gi enn å fortelle hva som er vanskelig. Dette vil jeg påpeke gjelder dersom det er samsvar mellom personens «illness» og «disease». En diagnose kan ifølge Ekeland (2017) være etterspurt fordi det gir et symbolsk asyl som fører til at personen slipper unna det normale livet med de krav og forventninger personen likevel ikke tror han/hun er i stand til å leve opp til. I motsetning til et sluk av sosial skam ved å være ingenting, tilbys det gjennom det økende tallet på diagnoser en rett til å lide på legitimt vis (Ekeland 2009, sitert i Ekeland 2017, 9).

I Olsvold (2014) sin artikkel kommer det frem at noen barn identifiserer seg positivt med diagnosen, for eksempel som å være kreativ på grunn av diagnosen. Dette kan gjøre at barnet opplever diagnosen som noe positivt. Samtidig kan jeg sette spørsmålstegn til om det kommer barnet til gode å forklare egne positive egenskaper gjennom diagnosen, fremfor å tilegne egenskapen som en del av sin identitet uavhengig av diagnosen.

Diagnoser kan ifølge Holden (2013) virke negativt gjennom å senke forventninger og krav så mye at barnet ikke får utvikle sine anlegg. Men forventningene kan også bli for høye, som Holden (2013) påpeker skal ingen oppleve forventninger og krav de ikke har forutsetninger for å fylle, forventninger og krav skal etterfølges med hjelp til å fylle dem når barnet har behov for dette. Å finne ut hva som er rimelige forventninger og krav til barnet bør det være mulig å finne ut av, jeg tenker at en diagnose kan hjelpe omgivelsene til å tilpasse kravene som stilles til barnet, barnets forutsetninger tilpasses omgivelsenes krav i samsvar med gap-modellen.

Som Olsvold (2014) viser i sin artikkel sier særlig mødre at det er en lettelse når barnet får diagnosen, fordi dette gjør at de forstår barnet bedre og hjelper de til å ta avstand fra ansvar og skyld. Selv om det kommer frem i artikkelen til Olsvold (2014) at barna selv gjennomgående opplevde diagnosen som negativ, kan jeg påstå at det kan komme barnet til gode dersom omgivelsene gjennom diagnosen får økt forståelse for barnet. Som Bunkholdt (2000) skriver kan atferd som oppfattes som problematisk av miljøet over tid, føre til at barnet blir utsatt for reaksjoner fra omgivelsene slik at den sosiale og psykologiske situasjonen for barnet blir utilfredsstillende. Atferden kan derfor som forfatteren skriver, øke på og trekke med seg andre og varige problemer. Sett i et slikt perspektiv, kan jeg foreslå at diagnosen kommer barnet til gode, fordi barnet kan oppleve færre negative reaksjoner fra omgivelsene.

Gilberg (1998, sitert i Grønneberg 2014, 46) er svensk professor i barne- og ungdomspsykiatri. Han sammen med andre mener at risikoen for underdiagnostisering av ADHD er en større fare enn overdiagnostisering og at diagnostiseringen bør skje så tidlig som mulig, helst før skolealder. Dette begrunner han med at det kan bidra til økt forståelse for barnet ved at krav reduseres og at omverden greier å forholde seg til barnet på en mer positiv måte. Grønneberg (2014) viser også at en diagnose kan være en lettelse og gjøre at brikkene falles på plass. Diagnosen er svar på en vanskelig situasjon, kravene reduseres og hjelpetiltak settes i verk. Her ser jeg diagnosen forstått som en funksjonshemming og gap-modellen viser seg igjen aktuell. Diagnosen åpner som Grønneberg (2014) skriver opp for rettigheter, penger og medisiner, dette tenker jeg kan komme barnet til gode og samtidig gjøre det nødvendig å fylle diagnosekriteriene, fordi det er veien til hjelp, noe som viser makten diagnosekriteriene har, dette utdyper jeg i neste kapittel.

4.3.6 Diagnosekriterienes makt

Som jeg har vist kan diagnosekriteriene ha makt gjennom å ha stor påvirkningskraft på hvordan barnet forstår seg selv, og på hvordan barnet blir forstått. Blant annet fordi en diagnosemanual har høy status, makt og tillit. Det er naturlig for allmennheten og for den som får diagnosen å ha tillit til systemet og til at det som sies er sant fordi diagnosemanualen representerer det offentlige og det politiske helt fra verdens helseorganisasjon (Grønneberg 2014).

Som Johannison (2007) skriver, representerer sykdom en individuell identitet, en sosial rolle og en mengde diagnostiske navn som avspeiler sykdommens status. Diagnosen representerer makt fordi den setter skillet mellom frisk og syk eller normal og avvikende, og kan bestemme grensene for akseptabel oppførsel. Som forfatteren skriver kan diagnosen som er der med et navn, som et bilde, medisinsk og kulturelt legitimert og fremstilt i media, vise en tendens av å trekke til seg bærere av det typiske symptombildet. Dette tenker jeg kan være en av årsakene til at flere barn får psykiatriske diagnoser i dag og viser til sosialkonstruksjonismen som en aktuell forståelsesramme. Kunnskapen om diagnosekriteriene er ifølge Johannison (2007) blitt mer allmenn og tilgjengelig gjennom kanaler som media. Flere kjenner igjen symptomer og ønsker at spesialister vurderer personen på bakgrunn av disse. Dette tenker jeg viser at media bidrar til å gi makt til diagnosekriteriene i dag. Som Brinkman (2015) skriver presenterer mediene daglig nye statistikker og omtaler av sykdommer, nye behandlingsformer og risikofaktorer ved ulike lidelser.

Pasientgrupper understreker pasienters autonomi og rettigheter, men aksepterer samtidig at makten til å definere sykdom ligger hos den vitenskapelige medisinen. Dersom sykdommen ikke kan avgrenses og navngis er det ingen sykdom, og har ikke rett til oppmerksomhet fra medisinsk hold, eller trygdeytelser (Johannisson 2007). Slik har diagnosekriteriene makt, diagnoser kan være en inngangsport til nødvendige hjelpemidler. Hertz (2011) skriver at diagnosemanualenes fremste funksjon er å utløse rettigheter, penger og medisiner. Hertz (2011) skriver at de forventningene om at diagnosen kan være en løsning på problemet, ofte er å få støtte i skole eller institusjon. Altså er kravene de kommunale myndighetene har stilt for å kunne få innvilget slik støtte en aktiv medspiller. Mange opplever som forfatteren skriver at det i dag lukkes for økonomiske

ressurser hvis ekspertisen ikke beskriver problemet på en bestemt måte. En selvforsterkende spiral som er etablert «til barnets beste», med et system som reserverer økonomien til dem som beviselig trenger dem gjør som forfatteren skriver, at mange barn blir henvist videre i et system i jakten på diagnosen som gir adgang til ressurser. Dette kan jeg betegne som jakten på en «disease» for å få en «sickness».

På grunn av at barnet får en diagnose som kan behandles med medikamenter, bør det ifølge Grønneberg (2014) stilles spørsmålstegn til legemiddelindustriens rolle. Selv om det ifølge Tamimi og Leo (2009 sitert i, Grønneberg 2014, 45) ikke finnes bevis for at ADHD er en fysisk tilstand med konkrete årsaker, medisineres over halvparten av barn med ADHD i USA med sentralstimulerende midler som Ritalin. Grønneberg (2014) påpeker at det er grunn til å påstå at den stadig søken etter piller som kan løse problemer også kan ha bakgrunn i økonomiske gevinster til firmaene med sterk makt som tjener på at mennesker får diagnoser.

Den medisinske behandlingen av ADHD har ifølge Grønneberg (2014) gitt gode lønninger og mye makt til legemiddelindustrien og behandlere. Dette viser at flere får økonomisk gevinst av at barn får psykiatriske diagnoser, dette kan tenkes å være en av flere forklaringer på hvorfor flere barn i dagens samfunn får psykiatriske diagnoser. Rose (2015) betegner også «Big Pharma» som en av forklaringene på ekspansjonen av psykiske lidelser. Han skriver at det hevdes at legemiddelindustrien bruker sin rikdom til å påvirke regjeringen, forskere, praktiserende leger og pasienter. De ønsker å utvide markedene, ved å selge nye kurer for gamle sykdommer samt gjennom å konstruere nye sykdommer som passer til produktene som sies å kunne behandle dem. Rose (2009 sitert i Brinkman 2015) skriver at fra 1990 til 2000 vokste det psykiatriske markedet for psykofarmakologi med 126% i Europa og 638 % i USA, dette skjer ifølge Brinkman (2015) blant annet gjennom at de ulike psykiske lidelsene markedsføres. Her tenker jeg sosial konstruksjon viser seg som en aktuell forståelsesramme, fordi bruken av legemidler stiger i takt med markedsføringen av lidelsene, markedsføringen kan jeg se som en prosess som er med å konstruere lidelsene sosialt.

5.0 Avslutning

Et historisk tilbakeblikk viser at det som fremstår som en sannhet i dag ikke trenger å være det i morgen, dette er kunnskap jeg tenker er viktig for å motvirke at diagnosekriteriene blir barnets stigma og at barnet opplever å bli stigmatisert.

Diagnosemanualer og psykiatriske diagnoser kan forstås som delvis sosialt konstruerte. Hva som betegnes som avvikende endrer seg gjennom tiden og viser seg ulikt utfra hvilke omgivelser atferden utspiller seg i. For eksempel er forekomsten av psykiatriske sykdommer hos barn høyere i byen sammenlignet med landsbygda (Grøholt et al. 2008). Dette kan være med å støtte den sosialkonstruksjonistiske forståelsen av diagnoser. Men å hevde at diagnoser er sosialt skapt kan som Johannisson (2007) skriver, bidra til at leger opplever at deres kompetanse blir satt spørsmålsteget til og pasienter kan oppleve at deres sykdom blir satt i tvil. Dette er et viktig perspektiv å ha med seg.

En sterk økning i tallet på diagnostiske kategorier (Ekeland 2017) kan være med å besvare hvorfor flere barn får psykiatriske diagnoser i dag. Medikalisering viser seg også som en trend i dag som kan ha bidratt til økingen. For eksempel gjennom at en stadig større del av velferdsgodene i samfunnet vårt er avhengig av medisinske beslutninger (Norvoll 2009), en «disease» for å få en «sickness».

Som jeg viser i oppgaven er diagnoser noe som kan komme barnet til gode, dette har utfordret min førforståelse. For eksempel kan diagnosekriteriene si noe om hvilken behandling som er mest hensiktsmessig (Torgersen 2009), gi en forklaring til barnet og omgivelsene (Olsvold 2014) samt utløse nødvendige rettigheter (Hertz 2011). Men språket i diagnosekriteriene viser seg å kunne gi negative assosiasjoner som kan virke ødeleggende på barnets selvfølelse (Grønneberg 2014). Dette viser at det har betydning for barnet hvordan omverden forstår og møter barnet, og forholder seg til egenskaper og handlinger som samsvarer med diagnosekriteriene. Å se på atferd som invitasjoner (Hertz 2011) fremfor avvik, er et poeng jeg vil ta med meg videre. Ekeland (2017) minner oss på at kategoriene våre ikke *er* verden, men forsøk på å forstå dem, slik at vi kan snakke om dem.

«De problemer som finnes i verden i dag, kan ikke løses ved hjelp av den formen for tenkning som har skapt dem» (Einstein, sitert i Hertz 2011, 85).

Litteraturliste

Aadland, Einar. 2011. *Og eg ser på deg: vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Askheim, Ole Petter. 2003. *Fra normalisering til empowerment: ideologi og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Barne-, ungdoms-, og familiedepartementet, bufdir. 2015. *Psykisk helse*. På internett: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Helse/Psykisk_helse/ (lest 04.05.2017)

Borg, Marit og Alain Topor. 2014. *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: kommuneforlaget

Brinkman, Svend. 2015. «Patologiseringen: diagnoser og patologier før og nå». I: *Det diagnostiserte livet: økende sykkeliggjøring i samfunnet*. Brinkman, Svend (red), 17- 33. Bergen: Fagbokforlaget

Bunkholdt, Vigdis. 2000. *Utviklingspsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerne roller: en refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Damsgård, Hilde. 2003. *Med åpne øyne: observasjon og tiltak i skolens arbeid med problematferd*. Oslo: Cappelen akademisk forlag

Ekeland, Tor Johan. 2014. «Psykiatridiagnoser – ein kunnskapskritikk». I: *Tidsskrift for norsk psykologforening*, Vol. 51, nummer 9, 715-722. På internett: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=427829&a=3

Ekeland, Tor-Johan. 2017. «Psykiatricidiagnoser - til pasientens beste?» I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol. 13, nummer 1, 43-53. På internett: [https://www.idunn.no/tph/2017/01/psykiatricidiagnoser - til pasientens beste](https://www.idunn.no/tph/2017/01/psykiatricidiagnoser_-_til_pasientens_beste) (lest 08.05.2017).

Folkehelseinstituttet. 2015. *Folkehelse rapporten: psykisk helse hos barn og unge*. På internett: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-i-ulike-befolkningsgrupper/helse-hos-barn-og-unge--folkehelse/> (lest 04.05.2017).

Garsjø, Olav. 2001. *Sosiologisk tenkemåte: en introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Goffman, Erving. 2016. *Stigma: om avvigerens sociale identitet*. Fredriksberg: Smafunns litteratur.

Grøholt, Berit, Hilchen ommerschild og Ida Garløv. 2008. *Lærebok i barnepsykiatri*. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Grønneberg, Siv Veia. 2014. «Diagnose – en vei til god psykisk helse». I: *Fokus på familien nr. 1*, 33-48. Oslo: Universitetsforlaget. På internett: [https://www.idunn.no/fokus/2014/01/diagnose - en vei til godpsykiskhelse](https://www.idunn.no/fokus/2014/01/diagnose_-_en_vei_til_godpsykiskhelse) (Lest 27.04.2017)

Gullestad, Siri Erika. 2009. «Diagnose for hva?». I: *Klinikk og laboratorium: Psykologi i hundre år*. Gullestad, Siri Erika, Bjørn Killingmo og Svein Magnussen (red), 165- 173. Oslo: Universitetsforlaget.

Haavik, Jan. 2012. «Hva er en diagnose?» I: *Innsikt 17. årgang (3)*. På internett: <http://www.innsikt.org/index.asp?id=33484> (Lest 26.04.2017).

Helgesen, Leif A. 2012. *Menneskets dimensjoner: lærebok i psykologi*. 2.ug. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Helsedirektoratet. ICD-10. IS-2277. 2015. *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. På internett:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/743/Icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015-IS-2277.pdf> Lest 27.04.2017 (lest 26.04.2017).

Helsedirektoratet. Veileder IS- 1405. 2007. *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*.

Hertz Søren. 2011. *Barne- og ungdomspsykiatri: nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Holden, Børge. 2013. «Psykiatriske diagnoser som årsak til ytterligere svekket fungering hos barn og unge». I *E Magasin for Atferdsanalyse*, årgang 3, 01-09. På internett: <http://emaa.no/archives/1050> (lest 05.05.2017).

Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jacobsen, Michael Hviid og Søren Kristiansen. 2016. «Forord ved Michael Hviid Jacobsen og Søren Kristiansen: De ødelagte identiteters sosiologi: Manden bag stigma». I: *Stigma: om afvigerens sociale identitet*. Erving Goffman, 7-38. Fredriksberg: Smafund's litteratur.

Johannisson, Karin. 2007. «Sykdommens hjemløshet og diagnosens makt». I: *Humanistisk sykdomslære: tanker om helse, velvære, sykdom og diagnose*. Engelsrud, Gunn og Kristin Heggen (red), 15- 24. Oslo: Universitetsforlaget.

LOV-2008.06-20-42. Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven). På internett: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2008-06-20-42> (lest 20.05.2017)

Madsen, Ole Jacob. 2017. «Diagnosenes makt over sinnene: refleksjoner om diagnoser og diagnosekritikkens mangler». I *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol.13, nr.1, 25-41. På internett:

https://www.idunn.no/tph/2017/01/diagnosenes_makt_over_sinnene_refleksjoner_om_diagnoser_og?languageId=2 (lest 09.05.2017).

Magelsen, Ragnhild. 2002. *Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe.

Norvoll, Reidun. 2010. «Sosiale avvik og sosial kontroll». I: *Mellom mennesker og samfunn: sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 2.utg. Brodtkorp, Elisabeth og Marianne Rugkåsa (red.), 99-121. Oslo: Gyldendal akademisk

Olsvold, Aina. 2014. «Jeg er som vanlig» - Barns fortellinger om ADHD. I: *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Vol. 51, nr. 9, 698-707. På internett:

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=427947&a=3 (Lest 02.05.2017).

Owren, Thomas. 2011. «Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming». I: *Vernepleierfaglig teori og praksis: sosialfaglige perspektiver*. Owren, Thomas og Sølvi Linde (red), 28-42. Oslo: Universitetsforlaget

Rose, Nikolas. 2015. «Psykisatri uten grenser? De psykiatriske diagnosenes ekspanderte domene». I *Det diagnostiserte livet: økende sykeliggjøring i samfunnet*. Brinkman, Svend (red), 34-60. Bergen: Fagbokforlaget.

Røknes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2012. *Bære eller breste: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thorbjørnsrud, Berit. 2009. «Kultur, helse og sykdom». I: *Mellom mennesker og samfunn: sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 2.utg. Brodtkorp, Elisabeth og Marianne Rugkåsa (red.), 241-271. Oslo: Gyldendal akademisk.

Torgersen, Svern. 2009. «Moderne klassifikasjon av psykiske problemer». I: *Klinikk og laboratorium: psykologi i hundre år*. Gullestad Siri Erika, Killingmo Bjørn og Svein Magnussen (red), 154-164. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetsforlaget.

Tøssebro, Jan. 2010. *Hva er funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget

Østeberg, Dag. 1997. *Sosiologiens nøkkelbegreper*. 5.utg. Oslo: Cappelen akademisk forlag AS.

