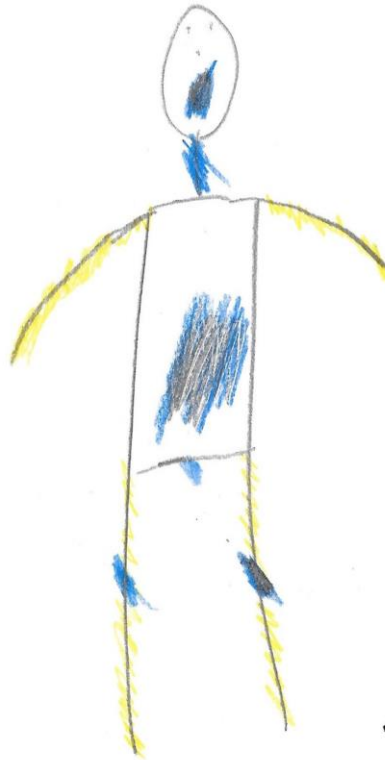


"NÅR KROPPEN SNAKKER"

Idiomer, narrativer og medikalisering



EN SUNDHEDSANTROPOLOGISK ANALYSE AF BØRN
MED FUNKTIONELLE LIDELSER OG FORKLARINGER AF KROPSSIGNALER

SUNDHEDSANTROPOLOGISK MASTEROPGAVE

KØBENHAVNS UNIVERSITET, MAJ 2018

VEJLEDER: LINE HILLERSDAL

HEIDI CARØE NIHRANE

STUDIEID: DQS 728

ANTAL ANSLAG INKL. MELLEMRUM: 95.593

Indhold

Indledning	2
Problemformulering	4
Masterprojektets opbygning	4
Kontekstualisering	5
Metode	10
Børns deltagelse i etnografiske studier	10
Fokusgruppeinterview, individuelle interview og deltagerobservation	11
Fordele og begrænsninger ved valg af metode og empiri	13
Adgang til felten og informanterne	13
Stedets betydning og min position i felten	15
Etiske overvejelser	16
Afgrænsning og fravalg	17
Analyseprocessen	18
Analytisk tilgang og teoretisk grundlag	18
Børns kropssignaler	21
Overtrædelse af normer, kan sætte sig i kroppen	21
Kulturelle modeller	23
Forklaringstomrum	25
Forældre og sundhedsfagligt personales forklaringer	26
Når unormale kropssignaler bliver til sygdom	26
Grundfølelser	28
En diagnose, selvom barnet har en klog og sund krop	30
Mødet med det funktionelle team	31
Nye fortællinger	31
Mors hånd på maven og en seng på hospitalet	34
Konklusion	36
Perspektivering	37
Faglig anvendelighed	38
Referencer	39
Resumé	43
Abstract	44

"Når kroppen snakker"

En sundhedsantropologisk analyse af børn med funktionelle lidelser og forklaringer af kropssignaler.

Indledning

"Når kroppen siger fra:

Der er mange forskellige belastninger, der kan få kroppen til at sige fra. f.eks.:

- Hvis vi har mistet én, vi holdt af*
- Hvis far og mor skændes meget*
- Hvis vi har det svært med en af vores søskende*
- Hvis vi ikke har det godt med vores venner*
- Hvis vi har det svært med at følge med i skolen*

Når vi ikke kan finde en løsning på det, der er svært, kan kroppen til sidst ikke holde til det mere. Du har en meget klog krop, fordi den siger STOP. Det giver os en mulighed for at hjælpe dig med at få ændret på nogle af de ting, der er svære. Kroppens symptomer viser både os og dig, at der er noget i din hverdag, der skal være anderledes. Kroppen orker ikke længere. Kroppen holder først op med at lave symptomer, når den tror på, at det er blevet forstået, hvad den gerne vil fortælle" (Sydvestjysk Sygehus, 2017).

I informationsmaterialet til børn og unge med en funktionel lidelse fra Sydvestjysk Sygehus' hjemmeside, som ovenstående refererer til, står: "Du har en meget klog krop, fordi den siger stop". Jeg glædes over, at der bliver skrevet, at kroppen er klog, men undrer mig samtidig over det modsætningsfyldte signal, der kan ligge i, at flere og flere børn med diagnosen funktionelle lidelser indlægges på sygehuset, som forbindes med sygdom, når nu deres kroppe er kloge og måske ikke syge!

Som fysioterapeut arbejder jeg med mennesker, hvis kroppe på forskellig vis giver udtryk for gener. Gener, som vi skal prøve at fortolke og hjælpe patienten med at forstå og håndtere. Jeg møder patienter, der forklarer deres symptomer på mange forskellige måder, både verbalt og nonverbalt. Om det er et barn, en voksen, en eliteidrætsudøver med en akut skade eller en kronisk smertepatient uden kendt ætiologi, så hører jeg mange forskellige forklaringer. Jeg undrer mig over, hvad det er for faktorer, der kan være med til at skabe disse forskellige forklaringer - og specielt børns forklaringer, eller mangel på samme, er jeg

nysgerrig på. Jeg møder ofte børn med smerteproblematikker hvor jeg oplever, at de mangler deres egne forklaringer, og jeg overhører ofte forældre tale om deres barns kropsgener eller afvigelser med et sprog, der skurrer, i mine ører.

Vi kan som fagpersoner diskutere, om det er sundhedstegn eller sygdomstegn, når kroppen "snakker", og om hvornår kropssignaler kan kategoriseres som "normale". Som antropolog Mikka Nielsen spørger, "*hvordan og med hvilken ret vurderer man den normale adfærd og de normale kropslige fornemmelser*"? (Nielsen, 2016, p. 223). Når der foreligger en legitim forklaring på et kropssignal/symptom, fx en skadeshistorik, et røntgenbillede eller et blodprøvesvar, har vi lettere ved at acceptere det som lægen vil kalde de sikre biomedicinske sygdomsaspekter (Rosendal, 2006, p. 113). Men når der er somatiske "signaler"/symptomer og ingen objektive målbare forklaringer, kan der derimod skabes tvivl både for patient og terapeut. Der kan opstå et forklaringsrum, som er karakteriseret ved en ikke-synlighed (Wind & Brix, 2016).

Når en patient klager over fysiske symptomer, der volder hende/ham besvær, bekymring eller får hende/ham til at gå til behandler, og signalerne/symptomerne ikke kan tilskrives nogen kendt klassisk defineret somatisk lidelse, kaldes tilstanden en "funktionel lidelse eller sygdom". En funktionel lidelse hører i WHO ICD10 diagnose-system under *Somatoforme tilstande*, som er en overordnet betegnelse for gruppen af psykiske sygdomme, der primært kommer til udtryk ved fysiske symptomer¹ (Fink, 2006, p. 49). I skolealderen klager ca. 1 ud af 10 børn over tilbagevendende generende legemlige symptomer (Rosendal, 2017), og stigningen i antal børn der indlægges med funktionelle lidelser, har været markant over de seneste 20 år (Sundhedsdatastyrelsen, 30. jan. 2017).

Da opfattelsen af, hvad der er "kloge" og "syge" kropssignaler, er et socialt fænomen, der formes af de livsbetingelser, som samfundet tilrettelægger, og af den kultur, vi er en del af, så må børn kunne siges at tilegne sig forklaringer på deres kropssignaler/symptomer i takt med, at de modnes og lærer om kroppens tegn, altså socialiseres til den givne kontekst - "*den lokale kosmologi kropsliggøres så at sige i børnene*" som Helle Samuelsen skriver (Samuelsen, 1998, p. 95). Det kunne derfor være interessant at se nærmere på to forhold. For det første: Hvordan oplever og forklarer børn, både med og uden en funktionel lidelse, selv deres kropssignaler/symptomer og eventuelle sygdomstilstand? Hvordan forklarer

¹ Omkring 6 % af den danske befolkning har en funktionel lidelse i en sådan grad, at det påvirker deres livskvalitet. Det svarer til ca. 300.000 danskere (Fink, 2018).

forældre og sundhedsfagligt personale barnets kropssignaler/symptomer²? For det andet: Hvilke forklaringer om kropslige fornemmelser er forældre og repræsentanter for sundhedssystemet med til at skabe for barnet?

Problemformulering

Hvilke fortællinger har børn, med og uden en funktionel lidelse, om egne kropssignaler? Og hvordan forhandles fortolkninger af funktionelle lidelser og kroppens signaler i mødet med forældre og sundhedsfagligt personale?

Undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvordan forklarer børn deres kropssignaler?
2. Hvordan forklarer forældre og fagpersonale børns kropssignaler?
3. Hvad sker der i mødet med sundhedssystemet og sundhedspersonalet under indlæggelsen?

Jeg vil udfolde disse undersøgelsesspørgsmål via indsamlet empirisk materiale sammenholdt med primært sociologisk og antropologisk litteratur på området, samt en kropsfænomenologisk og hermeneutisk tilgang. Masterprojektet skal vise, hvordan børn, forældre og sundhedsfagligt personale oplever og forklarer barnets kropssignaler, "når kroppen snakker"³, set i lyset af vor tids diagnosekultur. Jeg vil desuden vise, hvordan man via fortællinger om kropsgener og afvigelse kan sygeliggøre barnet, og slutteligt vil jeg beskrive, hvordan der kan skabes nye kropfortællinger, som kan være med til at af-sygeliggøre kropsgenerne.

Masterprojektets opbygning

Masterprojektet er opbygget således; efter indledning og baggrundsafsnit følger et afsnit med en beskrivelse af den kontekst, felten er en del af, samt et metodeafsnit. Derefter følger selve bearbejdningen og analysen af empirien med udgangspunkt i problemformuleringen og dens undersøgelsesspørgsmål. Således vil det første tema, der bearbejdes, omhandle børns forklaringer af deres kropssignaler, derefter forældres samt det sundhedsfaglige personales forklaringer, og slutteligt skildres de forhandlinger, der ligger i mødet mellem

² Ordet *kropssignaler* er ikke som *symptomer* medicinsk ladet og ordene kan derfor signalere forskellig typer lidelse/smerte. Begge ord vil blive brugt i opgaven, med vished om deres forskellig værdi.

³ I informationsmaterialet til børn som skal indlægges på Børne- og Ungeafdelingen (se indledning), skrives at når kroppen laver symptomer er det fordi den "snakker og gerne vil fortælle noget", derfor brugen af dette udtryk.

børn, sundhedssystem og personale. Projektet afsluttes med en konklusion, en perspektivering, samt et mindre afsnit om anvendelighed i egen praksis.

Kontekstualisering

I dette afsnit vil jeg belyse og fremtrække de kontekstuelle aspekter, der kan give læseren en baggrundsviden om temaer relateret til børn med funktionelle lidelser, til det at være barn i et europæisk velfærdssamfund og til det at vokse op i en "diagnosekultur". Derudover vil jeg kort skitsere, hvordan et kropsfænomenologisk syn kan gøre nytte i studiet af børn og deres kropssignaler.

Børn og unge med funktionelle symptomer er et velkendt fænomen i almen praksis: det anslås, at ca. 17 % af konsultationerne udgøres af børn med funktionelle symptomer. Skolebørnsundersøgelsen foretaget af Statens institut for folkesundhed fra 2014 viste, at ca. hver tredje pige og femte dreng i alderen 11-15 år havde mindst et symptom dagligt, fortrinsvis hoved- og mavepine, svimmelhed og rygsmerter. Undersøgelsen viste også en støt stigende forekomst af symptomer hos eleverne siden 1991 (Hulgaard, 2017). Funktionelle lidelser hos børn og unge optræder, som hos voksne, inden for et spektrum, der spænder fra lette, ofte forbigående, symptomer til lidelser med kroniske og invaliderende symptomer med udtalt funktionsevnepåvirkning. Professor i børne- og ungdomspsykiatri Charlotte Ulrikke Rask (2017) forklarer, at denne patienttype ofte falder mellem to stole. På somatiske sygehuse bliver udredningen således ofte afsluttet, når der ikke kan påvises en fysisk sygdom, der kræver medicinsk eller kirurgisk behandling. Og selv om flere af børnene og de unge kan udvikle symptomer på angst og måske depression, betragtes de ofte heller ikke som hørende til målgruppen i børne- og ungdomspsykiatrien, som består af børn og unge med svære psykiske problemer (Rask, 2017). På de store regionale sygehuse varetages udredning og behandling samt skole-hjemkontakt af tværfaglige teams, bestående af børnelæge, psykolog, fysioterapeut, socialpædagog og skolelærer. Indlæggelsesperioden er typisk 14 dage og mor eller far indlægges med barnet. Sundhedsstyrelsen arbejder i øvrigt med nye anbefalinger til udredning, behandling og rehabilitering af mennesker med funktionelle lidelser. Anbefalingerne forventes færdige i første halvår af 2018 (Redaktionen, 2018).

En funktionel lidelse kan være et udtryk for mistrivsel, som psykiater og antropolog Arthur Kleinman (1980) sandsynligvis ville kalde *Culture bound disorders*, som er sygdoms- og

lidelseserfaring, der er forbundet med unikke kulturelle mønstre og som er indlejret i universelle sygdomme. Altså symptommønstre, som kun kan forstås i en specifik kontekst af normer, symbolske meninger og sociale interaktioner (Kleinman, 1980). Han mener desuden, at konstruktion af sygdom beror på både personlig og social adaptiv respons. Og med *labels*, som en slags fortolkninger/ord der bliver sat på tilstande, bliver symptomer socialt konstrueret. Han opdeler *sickness* i to aspekter: *disease* og *illness*. *Disease* er sygdom, der bygger på en biologisk og/eller psykologisk dysfunktion, altså skader/fejl, der kan ses og måles, mens *Illness* ses som en lidelse, der opstår, som et resultat af psykosociale erfaringer af sygdom (Kleinman, 1980). Ud fra dette perspektiv ville Kleinman betragte en "funktionel lidelse" som psykosociale erfaringer af sygdom. Historisk har der været udtalt begrebsmæssig og terminologisk forvirring om fænomenet somatisering (som den funktionelle lidelse hører under i WHO's diagnosesystem), om tilstanden kan kaldes en sygdom eller en lidelse (Fink, 2006). Yderligere diskussion heraf er ikke inkluderet i denne opgave.

Jeg vil nu se nærmere på den kontekst og de kulturelle mønstre børn i Danmark vokser op i. Antropologerne Laura Gilliam og Eva Gulløv (2017) har med deres feltarbejde, både hjemme hos familier og ude i danske daginstitutioner og skoler, søgt at belyse børns opvækst i en velfærdsstat. Dette gør de med udgangspunkt i den tyske sociolog Norbert Elias *civiliseringsbegreb* (Gilliam & Gulløv, 2017). I sin beskrivelse af ændringer i omgangsformer, fra middelalderen til 1900-tallet i Frankrig og Tyskland ser Elias navnlig på civiliseringsprocessen, som i de Europæiske samfund har en særlig karakter på grund af statens centrale rolle. Historisk set har staten gradvis vundet monopol på opkrævning af skat og kontrol over udøvelse af vold, arbejdet er blevet mere opdelt og differentieret, og folk bliver i stigende grad mere internt afhængige. Hans pointe er, at forandringer i en samfundsorganisation og -struktur forandrer menneskets omgang, relationer og dermed psykiske konstitution. Han viser blandt andet dette gennem en analyse af opdragelsesforskrifter. Her fremgår det, hvordan forventningerne til det velopdragne barn gradvis øges med stadig større krav til selvbeherskelse og kropskontrol. I takt hermed bliver det stadig mere socialt stigmatiserende at give efter for sine drifter og følelser, og især vold, aggression og anden adfærd, som kan støde andre, bliver opfattet som tegn på utilregnelighed eller som ukultiveret adfærd (ibid. S. 7). Han illustrerer ligeledes, ved at se på nogle kropsrelaterede eksempler som fx bordmanerer, at dele seng, toiletvaner og slåskampe,

hvordan en stigende undertrykkelse af personlige karaktertræk, sideløbende med en opdeling i privat og intim kontra offentlig opførelse, har udviklet sig over årtier (ibid. S. 10).

Gilliam & Gulløv (2017) har med denne teoretiske civiliseringsvinkel set på opdragelsesidealer og praksisser i danske skoler og daginstitutioner, og i deres analyse peger de på disses konsekvenser. Under deres langvarige etnografiske feltarbejde i børnehaver, skoler og familier blev de især opmærksomme på, hvor mange kræfter der lægges i at lære børn og unge at kontrollere deres sprog og følelsesudtryk. I denne civiliseringsproces ser de et paradoks: de, der er optaget af at civilisere og integrere, kommer i samme bestræbelse til at markere en del adfærdsformer – og dermed de børn, der udøver disse – som problematiske og uciviliserede. Dermed risikeres det, i samme bevægelse, at stigmatisere og ekskludere en del af dem, det var hensigten at civilisere. De ser at nogle børn, der i særlig grad erfarer at de betragtes som uopdragne og upassende, vender sig imod det opdragende projekt. Civiliserende institutioner kan således på en gang være fremmede for bestemte omgangsformer og rumme kimen til udvikling af deres modsætning (Gilliam & Gulløv, 2017). Civiliseringsbegrebet kan altså bruges til at vise os noget andet og mere end beslægtede begreber som "opdragelse" eller "socialisering", som ellers umiddelbart kan bruges til at forklare den samme praksis. Man kan, så at sige, opdrages og socialiseres til hvad som helst – også asocial og ukontrolleret adfærd. Hvorimod idealet for et civiliseret menneske er det, hvad der i den bestemte kontekst defineres som det ypperste kultiverede menneske, hvis modstykke er det dyriske, barbariske, selviske og asociale menneske (Gilliam, 2010, p. 158).

At være uciviliseret og dermed afvigende, er en måde at se på normalitet og afvigelse i forhold til opførelse. At bruge "diagnosekulturen" som kontekst og begrebet *medikalisering* som en analytisk ramme, er en anden måde at se på normale eller afvigende kropslige tilstande.

Hvad der førhen ansås som almindelige og normale menneskelige problemer og nu ses på med medicinske forklaringer er steget enormt. Diagnoser bruges i tiltagende grad til at forstå tilværelsens problemer og mennesker der ikke passer ind i en mere og mere ensrettet norm. Livsvilkår sygeliggøres og diagnosticeres (Brinkmann, 2010). En medikalisering kan siges at have fundet sted. Begrebet *medikalisering* kan defineres som: "*Den proces at menneskelige forhold, tilstande og processer begrebsliggøres, defineres og behandles som sygdomme*" (Hvas, 1999, p. 5783). Sociolog Peter Conrad (2007), psykolog Svend Brinkmann og sociolog

Anders Petersen (2015) med flere, beskriver og problematiserer, hvordan afvigende opførsel, psykiske og kropslige tilstande nu har fået en medicinsk diagnose og en medicinsk behandling. De forklarer, hvordan hensigten er, og har været, at hjælpe, og hvilke, ofte komplekse, både individuelle og samfundsmæssige konsekvenser denne medikalisering kan have. Medicin Historiker Charles E. Rosenberg (2002) har beskrevet, hvordan diagnoser medierer en usynlig revolution. En revolution, fordi diagnosernes samfundsmæssige indtog har været epokegørende, og usynlig, fordi vi efterhånden har lært at tage diagnosernes tilstedeværelse og logik for givet (Rosenberg, 2002). Så givet, at vi i dag kan diagnosticere os selv ved at tage en test i et magasin, via selvhjælpslitteratur eller på internettet. Mange personlige træk og adfærdstyper, som førhen var normale menneskelige tilstande og problemer, fx sorg, melankoli, skyldfølelse, generthed, aggression osv. er nu konceptualiseret, som mentale lidelser, der kan diagnosticeres og behandles medicinsk og terapeutisk (Brinkmann, 2014). Sygdomsbeskrivelser og sygdomsforståelser som fx ADHD fortæller ikke kun noget om, hvad den enkelte person isoleret set fejler, men også noget om, hvordan dominerende normer og værdier i et samfund som det danske kategoriserer bestemte handlinger og tilstande som unormale og sygelige. Børn og unge med ADHD-diagnosen udpeges fx som forstyrrende og forstyrrede. Civiliserede samfund vil som udgangspunkt undgå at straffe børn, der opfører sig socialt uacceptabelt. Det betragtes derimod som mere "humant" at se dem der har behov for hjælp, som syge (Brinkmann, 2010). Ligeledes beskriver Christopher Lane (2007) i sin bog *Shyness, How normal Behavior Became a Sickness* (Lane, 2007), hvordan almindelige emotioner er blevet forvandlet til medicinske betingelser. Med bla. følgende citater "we used to have a word for sufferers of ADHD - we called them boys" samt "you're Not Shy, you're Sick", beskriver han tydeligt sin skepsis og problematiserer, at det, som vi førhen anså som normale følelser hos børn og teenager, nu er bange for og forventer "drugs to fix" (Lane, 2007, p. 8).

Hvornår er noget en følelse og/eller fx en psykisk/fysisk smerte? Hvidtfeldt Madsen og Mortensen (2015) understreger, med udgangspunkt i Morris bog *The culture of pain* fra 1993 karakteristik af det vestlige samfunds kunstige opdeling i fysisk og mental smerte, at smertefulde tilstande som går på tværs af det fysiske og det mentale, så som stress (og funktionelle lidelser), ganske simpelt ikke kan rummes indenfor denne dualisme. De antyder desuden, at binære smertekonstruktioner, som akutte kontra kroniske smerter, smerte som sansning kontra smerte som følelse, og smerte som et fysisk fænomen kontra smerte som et mentalt fænomen, kan læses som en konsekvens af det 20. århundredes medicinske

objektivering af kroppen. Smerten er derved blevet reduceret til et spørgsmål om smertens formål (Schilling, 2010). Alt i alt har den faglige definition af smerte medført en fremhævelse af det fysiske og sanselige på bekostning af det følelsesmæssige og mentale (Mortensen & Madsen, 2015).

Jeg vil med følgende afsnit kort beskrive et særligt fænomenologisk syn på kroppen, samt hvordan det biomedicinske paradigme fortsat har tendens til at adskille krop og psyke, - men forsøger, med multidimensionelle tilgange, at se det "hele menneske".

Fagvidenskaberne og filosofien har på mange måder påvirket dagligdagens diskurser, den måde, vi tænker og taler om verden og kroppen på. Hverdags sproget er således fortsat præget af en række dikotomier så som natur vs kultur, og krop vs bevidsthed (sjæl) (Thøgersen, 2004). Den franske filosof Merleau-Pontys fænomenologi om kroppen peger i en retning, hvor kroppen er mere end et biologisk fænomen. Han bruger bl.a. begrebet *egenkroppen*, som er den krop, som det enkelte menneske er, som menneskets eksistens er forankret i (Thøgersen, 2004). Han interesserede sig især for den kropslige tilstedeværelse i verden, hvor kroppen beskrives i sammenhæng med fænomener som perception, rumlighed og betydningsdannelse. Hans filosofi var baseret på et opgør med dualismen, som ifølge ham fokuserede på kroppen som et objekt, hvorimod han mente, at menneskets bevidsthed er forankret i *egenkroppen*. Ligeledes mente han ikke, at oplevelser i verden kunne opdeles i subjekt og objekt. Eller sagt på en anden måde, ifølge Merleau-Pontys så giver det ikke mening at tale om en krop, uden en verden at være krop i (Olesen, 2013). Hermed giver det mening at observere og snakke med børnene om deres krop og dens signaler, i den verden de er en del af. I denne opgave er det således børnenes skoleverden og sygehusverden som danner ramme om den kontekst, som børnenes *egenkrop* er en del af.

Fabrega et al (1990) hævder, at den lægelige kliniske praksis i vestlige lande fortsat domineres af det biomedicinske paradigme, hvor krop og psyke adskilles; fx reduceres barnets lidelse og funktionshæmning ofte til objektiv sygdom og patofysiologi (Rask, 2006). Denne opdeling har der historisk været forsøgt at tage højde for, med bl.a. en biospsykosocial tilgang i udredning og behandling, som Engel introducerede i 1977. Her forsøgte man med en mere "multidimensionel" tilgang til barnets lidelse at se på et kontinuum af hierarkiske naturlige systemer fra celle til samfundsniveau. Modellen er siden blevet udviklet til en "udviklingsorienteret biopsykosocial model", hvor genesen for

funktionelle symptomer ses som et skæringspunkt mellem forskellige risikofaktorer og udløsende faktorer, som skaber en forstyrrelse i kroppens ligevægt. Som eksempel kan opvækst i en familie med sygdom eller omsorgssvigt være en personlig risikofaktor, og dertil kommer, at udløsende faktorer kan være både biologiske (fx mave/tarm infektion) og/eller psykosociale forhold (fx skoleproblemer). Der er altså et dynamisk gensidigt påvirkende forhold mellem barn, familie, skole og sundhedssystem (Rask, 2006). Denne model tager med andre ord udgangspunkt i hele den kontekst som barnet er en del af, og både fortiden og nutiden inddrages. Smerten ses ikke her som værende et isoleret fysisk eller mentalt fænomen.

Med udgangspunkt i den nu etablerede forståelse af sundhedssystemets udviklingsorienterede biopsykosociale tilgang i udredning og behandling, dels skoleinstitutionernes generelle civiliserende tendens, og dels den såkaldte diagnosekulturs indvirkning, vil jeg således ud fra en kropsfænomenologiske tilgang til børnenes kroppe, analysere mine empiriske data.

Metode

Børns deltagelse i etnografiske studier

For at undersøge hvordan børn oplever og taler om deres krop, "når den snakker og gerne vil fortælle noget", måtte jeg indledningsvis gøre mig nogle metodiske overvejelser. For hvordan får man adgang til børns forklaringer og levede erfaringer af deres egne kropssignaler? At skulle udføre feltarbejde blandt børn synes på én gang ligetil og kompliceret. Vi har alle været børn og synes, at vi kender barndommen med hele vores krop – men samfundet har i mellemtiden ændret sig, og vi er selv blevet voksne. Antropologen må derfor være interesseret i og nysgerrige over for såvel det umiddelbart velkendte som det umiddelbart ukendte, som Eva Gulløv og Charlotte Palludan skriver (2010). Historisk har børn, ud fra en lang række forskellige social- og sundhedsvidenskabelige perspektiver, været gengivet som umodne, passive objekter af socialiseringen. Dette syn er dog blevet problematiseret gennem de sidste år, hvilket har ført til at børn i dag ses som kompetente aktive agenter, som ikke kun influeres af, men også influerer deres sociale verden (Geraldine, et al., 2015, p. 1). Antropolog Pia Haudrup Christensen (2004) beskriver, hvordan dialog og refleksivitet er vigtige parametre i forskningspraksis, når man ønsker at høre børns egne stemmer. Hun indskærper desuden, at man i feltstudiet af børn bør have øje for tre afgørende parametre: 1) dialogen i børns egen kommunikationskultur,

2) feltarbejderens rolle og forskningsrelation, 3) den magt, der kan være indlejret i forskningsprocessen (Christensen, 2004, p. 166). Jeg har via mange års arbejde med børn, i forskellige sammenhænge, en bred erfaring med at indgå i en dialog i børnehøjde, hvor spørgsmål bør formuleres præcist og konkret fremfor abstrakt eller hypotetisk. I denne sammenhæng skulle jeg dog indgå i et nyt felt, en børne- og ungeafdeling på et hospital og en folkeskole, hvilket krævede nye overvejelser. Jeg vil løbende komme ind på mine overvejelser i forhold til ovenstående punkter.

Fokusgruppeinterview, individuelle interview og deltagerobservation

Jeg valgte de klassiske antropologiske feltstudiemetoder: fokusgruppeinterview inklusiv partcipatoriske teknikker (brug af kropstegninger), semistrukturerede interview, samt deltagerobservation. Studiet er således et kvalitativt studie.

Indledningsvist delte jeg felten op i tre. Dels ønskede jeg at undersøge, hvordan børn selv forklarer deres egne kropssignaler, herunder børn med og uden diagnosen funktionel lidelse, og dels ønskede jeg at undersøge, hvilke forklaringer forældre og forskelligt sundhedsfagligt personale gav udtryk for. Til det formål blev mine feltstudier henlagt til for det første en Børne- og Ungeafdeling på sygehuset, hvor børn var indlagt med diagnosen funktionel lidelse, for det andet en almindelig folkeskoleklasse og for det tredje en sundhedsplejerskepraksis.

Jeg foretog fokusgruppeinterview i en 4. klasse med 14 deltagere (12 drenge og 2 piger), hvor det overordnede tema var "når kroppen snakker". Her fik jeg, som der også lægges op til med metoden (Susan Dawson, 1992), mulighed for at observere og opdage lokale termer, som børnene bruger, når de snakker om kroppen og dens signaler i forbindelse med sygdom. Som en del af fokusgruppeafviklingen skulle børnene tegne en skitse af deres krop med farvemarkeringer af områder, hvor de oplevede, eller tidligere havde oplevet, gode/rare fornemmelser og ubehagelige/smertende fornemmelser⁴. Denne partcipatoriske opgave gav anledning til snak, både eleverne imellem, som jeg kunne observere og med mig. Desuden foretog jeg fem individuelle interview af børn fra samme 4. klasse (3 drenge, 2 piger). Jeg havde derudover, i en frokostpause, en uformel samtale med to primærlærere i den aktuelle 4 klasse. I den samme 4. klasse foretog jeg deltagerobservationer. Her observerede jeg børnene i løbet af flere undervisningslektioner, og

⁴ Se tegning på forsiden af projektet. Gode/rare fornemmelser er gule. Ubekvæmlige/smertende fornemmelser er blå.

deltag i dele af undervisningen. I frikvartererne indgik jeg i dialoger med børnene, spiste madpakke med dem og observerede deres interaktioner, både i forhold til hinanden og i forhold til mig. Flere børn ville meget gerne fortælle om sig selv og søgte min opmærksomhed, andre så mere skeptisk til på afstand. Jeg drak kaffe på lærerværelset med klassens primærlærer og observerede deres måde at tale om børnenes kropssignaler.

På Børne- og Ungeafdelingen foretog jeg interview med 3 børn (2 drenge og 1 pige), herunder to interview med én af drengene, dels i begyndelsen og slutningen af hans indlæggelse (indlæggelsesperioden var to uger, så i uge et og uge to). Derudover lavede jeg interview med to mødre til børn der var indlagt, samt med tre repræsentanter for personalet på afdelingen: en fysioterapeut, en socialpædagog og en psykolog. Jeg havde desuden en aftale om at interviewe skolelæreren (fra det funktionelle team), hvilket desværre blev aflyst.

På Børne- og Ungeafdelingen foretog jeg observationer/deltagerobservation af forskellige aktiviteter: en forsamling hvor både psykolog, socialpædagog, skolelærer, barn og forældre deltog. Her blev der informeret om den kommende indlæggelse. Fagpersonalet og barnet samt forældrene fik her mødt hinanden og fik afstemt forventninger til indlæggelsen. En udskrivelsessamtale med barn og forældre samt fagpersonale, hvor indlæggelsens indhold, resultater og fremtidige tiltag tales igennem. En terapitime med socialpædagog og barn, hvor temaet var grundfølelser. Skoleaktiviteter med spil, hvor vi skulle sætte ord på billeder, samt diverse andre spil bare børnene og jeg. En frokostpause, hvor jeg spiste og snakkede med børnene. Tre børneundersøgelser af børn med maveproblemer, forestået af en børnelæge og en sygeplejerske. Det var desuden planen, at jeg skulle følge et barn til aktiviteter hos fysioterapeuten, som desværre blev aflyst pga. sygdom.

Jeg havde ydermere aftaler med to sundhedsplejersker. Hos den ene observerede jeg sundhedssamtaler og undersøgelser af seks 8. klasses elever, og hos den anden observerede jeg pubertetsundervisning i en 5. klasse. Jeg interviewede den ene sundhedsplejerske.

Alle interview blev, med voksne og børns samtykke, optaget og efterfølgende transskriberet. Varigheden af de forskellige interview varierede fra 7 min. – 45 min. og var delvis strukturerede efter temaerne: "når kroppen snakker", forklaringer af kropssignaler,

fortællinger om sygdom, diagnosens betydning, relationelle forhold, fx hvem der bestemmer, om man er syg eller rask. Desuden varierede jeg ordvalg og spørgeteknik, alt efter, om det var en voksen, eller et barn jeg talte med. Jeg var især meget opmærksom på, at børneinterviewene måtte få den længde og det indhold som barnet havde interesse og koncentration til. Når jeg fornemmede på barnets kropssprog at grænsen var nået, afsluttede vi vores samtale, uanset om jeg manglede temaer, og jeg takkede for deres hjælp.

Generelt gav de valgte forskningsmetoder adgang til besvarelse af mine undersøgelses-spørgsmål.

Fordele og begrænsninger ved valg af metode og empiri

Med de givne rammer og tidsperspektivet for dette masterprojekt, ser jeg både fordele og begrænsninger ved mine metodevalg. De delvist strukturerede interview gav mig et indblik i både børn og voksnes erfaringer og forklaringer om barnets kropssignaler. Tilsvarende gav observationer/deltagerobservationer også indsigt i børnenes livsverden. Cecilie Rubow (2010) argumenterer for, at interviewet og samtalen også kan betragtes som en form for deltagerobservation, men at interviewet, trods det, aldrig kan stå alene (Rubow, 2010). At involvere sig i mennesker i tid og over tid gør det muligt at skabe og udvikle sociale relationer, til de mennesker, man ønsker en indsigt i og derigennem erfare deres sociale liv, som Tine Tjørnhøj-Thomsen skriver (2010). Men med det forholdsvis korte feltstudieophold på samlet 14 dage havde det muligvis været en fordel ikke at gabe over forklaringer fra både børn, voksne (forældre, fagpersonale), og fagpersonale uden for sygehuset. I stedet kunne jeg have koncentreret mig om et mindre felt for derved at kunne opnå en dybere antropologisk erfaring og indsigt. Omvendt vil jeg ikke undvære de indsigter, som jeg har fået i de forskellige felter, da de har givet mig et alsidigt indblik i børnenes livsverdener.

Jeg mener, at masterprojektet med fordel kan bruges som et pilotprojekt for en mere tilbunds gående kvalitativ undersøgelse af feltet. Projektet kan betragtes som en afprøvning og vurdering af metoder, identificering af centrale tematikker samt en afsøgning af specielt antropologisk og sociologisk litteratur.

Adgang til felten og informanterne

Da jeg havde besluttet mig for at lave feltarbejde om børn med og uden en funktionel lidelse og deres forklaringer om kropssignaler, gjorde jeg mig overvejelser om, hvorvidt det

overhovedet ville give mening, både i forhold til den sundhedsantropologiske vinkel og feltens syn på relevansen. Jeg kontaktede derfor det funktionelle team på Børne- og Ungeafdelingen og præsenterede dem for min ide. De havde kun positive tilkendegivelser og gav ved samme lejlighed lov til, at jeg kunne afvikle dele af mit feltstudie hos dem. Med hensyn til børnene i folkeskolen havde jeg indledningsvis en ide om, at jeg kunne afvikle mit feltstudie ophold på min datters skole, da jeg her kendte især en lærer, som, jeg vidste ville værdsætte ideen. Jeg havde dog mine bekymringer i forhold til eventuelt at komme til at ligge inde med viden om nogle børn, som jeg kender – viden, som i værste fald kunne komme til at kræve en underretning til kommunen. Jeg forelagde skolelederen mine overvejelser, som gik på ikke at blande privat og faglig positionering, og blev dermed afklaret med min bekymring. Under min indledende præsentation af mit mulige projekt havde skolelæreren fra det funktionelle team på sygehuset ladet forstå, at hun gerne ville hjælpe med at formidle kontakten til en anden folkeskole, og dette tilbud tog jeg nu imod.

Pia Haudrup Christensen (2004) refererer til Clarke og Moss som argumenterer for, at forskning blandt børn bør udføres med sensitivitet og respekt. De skriver: *"It is not only a question of seeing the world from the children's perspectives but of acknowledging their rights to express their point of view or remain silent. We are keen that a participatory approach to listening is respectful of children's views and also of their silence"* (Christensen, 2004, p. 170).

At få adgang til især børnenes erfaringer og forklaringer krævede, at jeg fik skabt en tillidsfuld relation, hvor de havde lyst til at deltage i mit projekt og dermed også lade mig deltage i deres aktiviteter. Personalet på Børne- og Ungeafdelingen skabte i første omgang kontakten til de indlagte børn, derfra var det min egen opgave både at observere, lytte og med respekt lade både det sagte og tavsheden få plads, som Pia Christensen argumentere for. Ligeledes var det i mødet med folkeskolebørnene også min egen tilgang til dem og emnet, der ville vise, om de havde lyst og mod til at dele deres erfaringer med mig.

En sundhedsplejerske har den særlige funktion, at en del af hendes arbejde foregår i børnenes hjemlige familiekontekst, hun følger børn over tid og hun oplever børnene i skolen. En sundhedsplejerske har derfor et andet blik på børn end fagpersonalet på et sygehus traditionelt har, da de ikke, som udgangspunkt, kommer i børnenes hjem eller skole. Jeg kontaktede en sundhedsplejerske fra kommunen, som var meget åben for at deltage i mit projekt, og som gav mig adgang til sundhedssamtaler, pubertetsundervisning og interview.

Stedets betydning og min position i felten

Fysiske steder har sociale konsekvenser, som Eva Gulløv og Susanne Højlund (2010) skriver, steder er ikke kun fysiske rum, men også symbolske rum, der fremmer visse typer af adfærd og måder at omgås (Gulløv & Højlund, 2010). At skulle lave feltarbejde i to forskellige institutioner, i en skoleklasse samt på et hospital, måtte formodes at byde på to forskellige sociale miljøer og dermed positioner. En institution kan ifølge den norske antropolog Fredrik Barth (1994) anskues som en social organisation, som både har et relationelt og et funktionelt aspekt (Barth, 1994). I skolen er der et særligt kodex for, hvordan man interagerer med på den ene side sine klassekammerater og på den anden side med sine lærere. Den civiliserede opførsel, som tidligere beskrevet, vægtes. Funktionen her er, at børnene skal udvikle sig fagligt samt lære at opføre sig civiliseret. Jeg præsenterede mig selv som en elev, der også gik i skole, og forklarede, at hensigten med mit ophold var at lære noget mere om, hvordan børn forklarer deres kropssignaler. At jeg selv var elev og skulle lære ligesom dem, selvom jeg var voksen, synes de var lidt sjovt. Jeg oplevede, at det skabte en mere ligeværdig relation.

Sygehusinstitutionens relationelle ramme er en anden, her er der børn i alle aldre, som er mere eller mindre syge. Børnene skal også her være sociale, men som udgangspunkt kun i forhold til enkelte andre børn. Her kommer børnene, fordi de er syge og sygehuset og det sundhedsfaglige personales primære funktioner er at helbrede dem. Her fortalte jeg også børnene, at jeg gik i skole og var elev, men jeg fortalte tillige, at jeg til dagligt arbejder som fysioterapeut. Denne informationsdeling var ikke gennemtænkt inden mødet med børnene og deres forældre, jeg tror den kom automatisk i denne kontekst, fordi jeg, især over for forældrene, også havde brug for en sundhedsfaglig position, som var at sidestille med de andre professionelle voksne på afdelingen.

At møde børn i to forskellige "fysiske og symbolske rum", her folkeskolen og Børne- og Ungeafdelingen på sygehuset, giver desuden mulighed for et komparativt blik på deres måder at forklare deres egne kropssignaler på.

Min rolle, både i skolen og på hospitalet, var i kraft af min alder en "voksenrolle", men jeg forsøgte også at være en nysgerrig "elev", der skulle lære med og via børnene og deres kontekst. Jeg forsøgte desuden at bevæge mig rundt, både som aktiv deltager, som observatør og som interviewer. Med hensyn til magt, som var Pia Haudrup Christensens (2004) sidste parameter som man bør have øje for i forskningspraksis for at høre børns

stemmer (Christensen, 2004), oplevede jeg ikke mig selv som havende en markant magtposition. I kraft af min "voksenrolle" tog jeg ansvar for situationen og indholdet i mødet, men jeg var bevidst om ikke at forme interviewet for meget og lade den frie uformelle samtale fylde. På sygehuset havde jeg desuden ikke kittel på, som ville kunne skabe en fysisk mere tydelig magtfordeling. Ingen i det funktionelle team bærer kittel. Magten var således primært indlejret i forskningsprocessen og det fokus, som denne havde.

Om kropssignaler kan kategoriseres som fx at være sunde eller usunde er ikke noget, som det enkelte individ kan afgøre alene. Vejen til at forstå de tegn, som kroppen viser, er en proces, der er afhængig af kontekst og de involverede parter, som udtrykket skal forklares til og forstås af. Antropolog John M. Jantzen (1987) beskriver dette således: *"forvaltningen af terapi er en proces, hvor terapiforvaltningsgruppen, fx familie, venner, sundhedsperson, er en social kontekst for processen"* (ibid. s 82). At jeg i mødet med børnene umiddelbart er en "fremmed" voksen, en "elev"/antropologi studerende, der også er fysioterapeut, betyder altså også noget for børnenes forklaringer til mig. Deres forklaringer kunne have formet sig anderledes, hvis det havde været en anden, der deltog i mødet og dialogen.

Etiske overvejelser

Børns deltagelse i enhver undersøgelse bør ske på et informeret og frivilligt grundlag, ligesom anonymitet og en ikke diskriminerende udvælgelse er en forudsætning for, at en undersøgelse, der inkluderer børn, er etisk forsvarligt. Børn har krav på en særegen beskyttelse (Petersen, 2010). Jeg tilstræbte at efterleve denne anbefaling. Jeg afleverede to skriftlige informationsbreve til forældrene, henholdsvis et til forældre med børn i folkeskolen og et til forældre til børn, der var indlagt. Inkluderet var også et ønske om skriftligt samtykke til, at barnet måtte deltage i mine interview undersøgelser. Jeg præsenterede mig selv som antropologistuderende og fysioterapeut, og jeg oplyste dem om fokus og form i projektet og om fuld anonymitet. Årsagen til at jeg indhentede samtykke fra børnenes forældre, var overvejende etisk, idet min samtykkeanmodning tog udgangspunkt i et ønske om ikke at sætte barnet i en loyalitetskonflikt, hvis barnets forældre eller værger skulle være imod barnets deltagelse. På nær et barn blev der fra alle forældre/værger til børnene i folkeskolen givet samtykke til deltagelse. Flere havde dog glemt at medbringe deres samtykke, men kunne fortælle, at deres forældre, havde givet dem lov, og at de selv havde lyst til at deltage. At jeg ikke havde et fysisk bevis på samtykke, skabte umiddelbart tvivl om min ret til at lade dem deltage, men i samråd med lærerne i klassen gav jeg dem lov til at

deltage i den fælles fokusgruppeafvikling. Jeg lavede kun individuelle interview, med de børn som havde en samtykkeerklæring med.

At tale om kroppen og dens signaler vil måske for nogle børn være et sensitivt emne, som vil kunne skabe nogle efterfølgende reaktioner. Jeg forsøgte at tage højde for dette ved at være varsom, forsigtig og opmærksom på børnenes spontane reaktioner under samtalen. Jeg lavede desuden en aftale med klassens to primære lærere og læreren fra det funktionelle team (som også arbejdede på den pågældende skole) om, at hvis der kom en efterreaktion eller eventuelle spørgsmål til mit projekt, så var det deres ansvar at tage sig af det, herunder at give mig besked, hvis det krævedes. På Børne- og Ungeafdelingen virkede mine spørgsmål mindre sensitive, idet børnene her i forvejen havde fokus på deres kropssignaler og i forskellige sammenhænge indgik i dialog om disse. For at bibeholde børnenes og det sundhedsfaglige personales anonymitet er ingen nævnt ved oprindeligt navn, og samtlige repræsentanter for de forskellige faggrupper på Børne- og Ungeafdelingen er kaldt "fagpersonale". Som standardprocedure, når der udføres hverv på et sygehus, underskrev jeg sygehusets erklæring om tavshedspligt.

Afgrænsning og fravalg

At udvælge en målgruppe og kontekst betyder også, at man fravælger andre. Således har jeg fravalgt børnenes hjemlige kontekst, deres familieliv og fritidsliv, selv om disse felter uden tvivl også kunne give indsigter i forskellige forklaringer. Jeg har desuden valgt børn i folkeskolen med en alder på ca. 10-12 år af flere årsager; de har ikke helt nået teenagealderen endnu, hvor kroppen også giver "nye" signaler (og som kunne have været et fokus for sig), men de har samtidig en alder, hvor de er bevidste om deres kropssignaler og har et vist refleksionsniveau. På børne- og Ungeafdelingen kunne jeg ikke vælge en specifik aldersgruppe, idet jeg kun havde så forholdsvis kort et ophold, og derfor måtte jeg møde de børn, uanset alder, som var indlagt i den periode⁵. Med hensyn til sundhedsplejerskens målgruppe havde jeg i min indledende kontakt efterlyst folkeskolebørn, uanset alder, for at øge mine chancer for deltagelse i aktiviteter i min feltstudieperiode. Jeg ville gerne have lavet flere dobbelte interview af børn på Børne- og Ungeafdelingen (ved indlæggelse og ved udskrivning), men dette måtte fravælges på grund af manglende tid og begrænsede praktiske muligheder.

⁵ Der formodes at være forskel på børns sygdomsforklaringer, afhængigt af alder. Mere præcis gennemgang af udviklingsstrin og dermed kognitiv egen forståelse og forklaringsgrundlag, ligger uden for denne opgave.

Analyseprocessen

Størstedelen af min indsamlede empiri består af interview. Disse er alle blevet transskriberet i næsten fuld længde, hvilket har været en langvarig, men også nødvendig og meget interessant proces. Jeg har her kunnet genopleve både sproglige og tematiske nuancer samt stemninger. Mine observationsnoter er ligeledes blevet renskrevet, og genlæsning af både interview og observationsnoter har løbende givet anledning til nye overvejelser og nye spørgsmål. På den måde er nogle temaer, som jeg oprindeligt vægtede højt, blevet sat mere i baggrunden, til fordel for andre.

Materialet består af følgende kategorier: individuelle interviews, fokusgruppeinterview, partcipatorisk opgave (kropstegninger), observations/deltagerobservationsnoter og noter fra filmen "Inderst inde" (Inderst inde, 2015), som blev brugt som inspiration til samtaler om følelser på Børne- og Ungeafdelingen.

Den primære analyse af mit materiale er foretaget gennem kodning, inspireret af Dewalts analysemetode (DeWalt, 2002). At finde mønstre i både børns og voksnes forklaringer har indledningsvis været udfordrende. Jeg skulle være meget opmærksom på mine egne forudantagelser, fx mit biomekaniske fysioterapeutiske blik på kroppen, for at kunne se klare mønstre og være åben for nye vinkler. Analysearbejdet har derudover løbende bestået af overvejelser og refleksioner over empiri, teori og litteratur. Efter flere gennemlæsninger er temaerne blevet samlet til følgende: fortællinger om barnets kropssignaler, følelser, normalitet, diagnosers betydning og helbredelsesritualer. Disse temaer vil blive bearbejdet i følgende afsnit i henhold til mine undersøgelsesspørgsmål.

Analytisk tilgang og teoretisk grundlag

I det følgende vil jeg redegøre for min analytiske tilgang og det teoretiske grundlag for analyse og fortolkning af mit empiriske materiale, og dermed til besvarelsen af mine undersøgelsesspørgsmål. Disse spørgsmål vedrører, som nævnt, hvordan både børn, forældre og fagpersonale forklarer børns kropssignaler/symptomer og evt. sygdom, samt hvordan disse forhandles i mødet med forældre og sundhedspersonale på Børne- og Ungeafdelingen.

For at belyse aspekter af informanternes forklaringer vil jeg bl.a. bruge antropolog Mette Bech Risør's tilgang til brugen af begrebet "Idioms of distress", udviklet af Nichter.

I teksten "*Alternatives in the expression of psychosocial distress*" (Nichter, 1981) illustrerer antropolog Mark Nichter, hvordan en gruppe Harvik-kvinder i Sydindien, som har et svagt socialt netværk og begrænsede muligheder for at dele følelser og søge råd uden for hjemmet, giver udtryk for deres frustrationer via kropslige handlinger- og udtryk. Disse udtryk kan eksempelvis bestå i tavshed eller i klager over smerter. Han argumenterer for, at der, ved at se på etnopsykiatriske fænomener som *Idioms of distress*⁶, kan opnås et større perspektiv i forståelsen af forskellige kropslige udtryksformer. Antropolog Byron Good (1998), som primært studerer mentale lidelser, mener ligeledes, at med en analyse af sociale relationers *idioms* og en sideløbende fortolkning af sproglige mønstre, handlinger og erfaringer som relationerne kondenserer, vil der kunne blive givet karakteristika på typiske stressituationer. Disse sproglige mønstre, også kaldet "semantiske netværk", giver altså også mening til forståelsen af sygdoms- og helbredelsesprocesser (Good, 1998).

Risør (2009) definerer et idiom som: "*kropslige og/eller sproglige udtryk for lidelse, forstået som handlings-anvisninger, der er i fælles brug i et samfund, som formidler mening og virker som et ordforråd, og som skaber en situation på en specifik måde*" (Risør, 2009, p. 1). Hun kombinerer altså i sin definition, de kropslige udtryk og sproglige mønstre, som beskrevet af henholdsvis Nichter og Good ovenfor.

Ifølge Risør er det ikke nok at bruge Kleinman's Explanatory Model, som ellers kombinerer både den kontekstuelle verden og den kliniske virkelighed, hvori den specifikke sygdom skal forstås, da denne model ikke tager højde for følelsesmæssige, kropslige og kontekstuelle erfaringer (Risør, 2009). Hun understreger ligeledes, som Jantzen med sit begreb "terapi-managementgruppe" (Jantzen, 1987), at det er vigtigt at forstå symptomer som noget, der etableres i relationer mellem andre mennesker fx blandt familie, venner, kollegaer, lægen, og som opleves i processer. Sygdom er ikke sygdom i enhver situation – noget kan ignoreres eller overses, hvis situationen kræver det. Risør finder i sine studier af sygdomsforklaringer hos voksne med en funktionel lidelse belæg for at tale om fire forskellige idiomer: 1) det symptomatiske idiom, 2) det personlige idiom, 3) det sociale idiom, 4) det moralske idiom. (Risør, 2009). At kropslige erfaringer kommer til udtryk i handlinger og signaler/symptomer, vil ifølge Merleau-Ponty være en måde, hvorpå kroppen formidler en forståelse af tingene i verden; en forståelse, som forankres i vores vaner. Det er igennem

⁶ Udtryk for psykosociale følelsesmæssige spændinger i en bestemt gruppe i en bestemt kontekst - min oversættelse, med hjælp fra ordforklaringer fra psykologiensveje.systeme.dk.

kroppen, at vi sanser og forstår fænomenernes mening (Thøgersen, 2004, p. 23). I min analyse vil jeg bruge disse både kropslige og sproglige udtryk, som begreber til at kaste lys på børnenes kropslige erfaringer og sproglige forklaringer.

Idiomer kan siges at være relateret til narrative rekonstruktioner af sygdomsforståelse, så jeg vil desuden anvende en *narrativ* tilgang, inspireret af primært antropolog Cheryl Mattingly (1998).

Med begrebet "narrativ" henvises der ofte til konkrete fortællinger og en særlig analytisk forståelse af livet som levet over tid og i tid, i et samspil mellem individ og samfund, kontinuitet og forandring samt forudsigelighed og tilfældighed (Mogensen, 2005). Ifølge Mattingly (1998) er narrativer fordrejninger af erfaringer, så disse skaber mening, eller med andre ord en slags "tæmning" af erfaringer. Helbredelse, mener hun, er koblet til det at lære at fortælle den form for sygdomsberetning der skaber kohærens, hvor sygdom før medførte kaos. En narrativ analyse af det kliniske møde kan desuden ses som en serie af eksistentiel forhandling mellem patient og terapeut, hvor terapeuten/fagpersonen søger et *dramatisk plot*, som kan dirigere processen i en ønsket retning og transformere den smerteplagede situation. I enhver ny klinisk situation skal terapeuten spørge sig selv "hvilken historie er jeg i?" (Mattingly, 1998). Mattingly's tilgang gør, narrativer til noget, der ikke kun fortælles, men også handles og udføres. Altså kan vi både se på kroppens "handlinger" og forklaringerne om kropssignaler som narrative fortællinger.

Normalitet og afvigelse er kulturelle konstruktioner, og klassifikation af sygdom i form af diagnoser er en særlig form for konstruktion af afvigelse. Med udgangspunkt i begrebet *medikalisering* diskuteres normalitet og afvigelse.

Sociolog Peter Conrad (2007) skriver, at befolkningens tolerance over for milde symptomer er faldet, og der er sket en progressiv stigning i medikalisering af fysisk og psykisk stress og andre ukomfortable kropsfornemmelser. På den måde fortolkes isolerede symptomer nu som værende sygdomme (Conrad, 2007). At aspekter af hverdagslivet bliver transformeret til patologi, er hvad Svend Brinkmann og Anders Petersen (2015) vil kalde "diagnosekulturen". Denne kultur kan forklares som indebærende en forståelse, inden for hvilken, diagnoser cirkulerer og bruges af såvel fagfolk og lægfolk til at begribe stadig flere og flere former for lidelse, afvigelse og ubehag. Altså, hvor flere af tilværelsens områder

præges af en diagnostisk logik, når det konstateres, at mennesker har problemer (Brinkmann & Petersen, 2015, p. 7).

Med den beskrevne kontekst og med begreberne *idioms of distress*, *narrativ* og *medikalisering* belyses herefter mine empiriske data.

Børns kropssignaler

Overtrædelse af normer, kan sætte sig i kroppen

Til spørgsmålet, hvorfor tror du at maven gør ondt? svarede både Lise, Jens og Mads, som alle tre har en funktionel lidelse "det ved jeg ikke" eller "jeg har ingen anelse". Hvorimod børnene i folkeskolen havde mange forskellige forklaringer på mavepine. For eksempel Ane 11 år: "Nogen gange har jeg ondt i maven, fordi jeg har triste tanker om, hvad der sker, meget ked-af-det-tanker", eller Stine 11 år: "Jeg var rigtig syg i maven, sådan genert- agtig, fordi vi skulle spille teater, og jeg kunne bare ikke, så jeg kastede op i skraldespanden".

Umiddelbart har børnene generelt flere fælles temaer i deres forklaringer af kropssignaler. De bruger bl.a. forklaringer, der beskriver synlige signaler, fx opkast, usynlige følelsesmæssige forklaringer, fx "ked af det i maven", og forklaringer relateret til opførsel, fx ondt i maven, fordi de havde gjort noget forkert og var bange for at få skældud. Børnene med en funktionel lidelse havde, sammenlignet med børnene i folkeskolen, indledningsvis få eller næsten ingen forklaringer.

Risør (2009) ville kalde disse forklaringsudsagn for idiomer, altså kropslige og sproglige udtryk for lidelse, som formidler mening og virker som et ordforråd, der skaber en situation på en specifik måde (Risør, 2009). At have mavepine eller hovedpine på grund af "triste tanker" eller at være "lidt genert- agtig" udtrykker personlige fortolkninger af sygdom, kaldet det personlige idiom, som viser, at psykologiske og emotionelle aspekter af informantens situation kan være relevante for forståelsen. En anden type forklaring på mavepine kommer fra Per 11 år, der er en af informanterne fra folkeskoleklassen: "Man kan også få ondt i maven af dårlig samvittighed, hvis man har gjort noget forkert". Den dårlige samvittighed og deraf følgende mavepine kan også karakteriseres som et personligt idiom, nemlig det at have et samvittighedsfuldt karaktertræk. Men også det moralske idiom, som vi ser i det følgende eksempel, kunne inddrages som forklaring på hovedpinen. Thomas på 11 år, fra folkeskoleklassen, siger fx: "Jeg kan få hovedpine i skolen, når jeg gør noget galt, for så får jeg skældud". Da beskrivelser af ondt i maven eller hovedet som et resultat af noget

børnene følte de havde gjort forkert, går igen hos adskillige børn, kan det formidle en særlig fælles børneforståelse af, hvad der opleves som en "rigtig/civiliseret" opførelse. Disse udsagn ville Risør kalde moralske idiomer, som delvis fortæller om, hvad der anses som det gode liv – og her er det "gode/ordentlige liv" karakteriseret ved en afbalanceret civiliseret opførelse. Der udløses altså hos de pågældende børn et kropssignal, som opleves som et symptom, fordi de ikke har opført sig som foreskrevet. Disse forskrifter er ifølge bl.a. antropolog Eva Gulløv (2007), som skriver om civiliseringsprocessen i de danske institutioner, et resultat af en historisk proces, der i Europa har ført til, at beherskelse og selvkontrol er blevet stadig vigtigere markører af social status (Gulløv, 2007). Børn skal i dag lære at mestre en helt bestemt balance mellem det selvstændige og det hensynsfulde, det selvbeherskede og det frimodige. Helt konkret er det afbalancerede idealbarn, som Laura Gilliam og Eva Gulløv (2017) konkluderede ud fra deres materiale, "*et barn, der ikke taler for højt, men heller ikke for lavt; ikke bevæger sig for vildt, men heller ikke er for passivt; ikke kræver for megen opmærksomhed fra de voksne, men heller ikke "falder i med tapetet"; ikke fylder for meget med lyd eller krop, men heller ikke er for stille eller føjeligt*" (Gilliam & Gulløv, 2017, p. 12). Og afviger man fra disse forskrifter, er for genert, eller for ked af det, eller ikke har hørt efter, bliver man hurtig problematiseret som værende "uciviliseret" - og visheden om, at man har gjort noget forkert og har afvejet fra idealet/normen, som måske vil udløse en reprimande, kan give kropssignaler som hovedpine og mavepine.

Det moralske idiom tjener samtidig til at klarlægge, hvordan børnene/informanterne på et eksistentielt niveau forsøger at skabe mening og sammenhæng med sygdomssituationen. Hvad er godt for en? Fx siger Michael 11 år, fra folkeskoleklassen: "*Jeg fik migræne, og min krop sagde, at jeg skulle passe mere på mig selv*". Det moralske idiom peger altså ikke nødvendigvis direkte på årsagen til sygdommen, men bearbejder tilstanden eksistentielt og peger fremad (Risør, 2009). Dette udsagn kan også ses som et helbredende narrativ, et narrativ, der kan skabe orden, og hvis plot handler om at tage bedre vare på sig selv. Narrativet fortæller noget om samfundets almene normer og værdier (Steffen, 2005) - i dette eksempel, at individet selv aktivt skal tage vare på sig selv.

Med det sociale idiom lægges der vægt på at se sygdom som værende forårsaget af miljø, både socialt og fysisk, fx store mængder arbejde eller belastende sociale relationer. Ane på 11 år, fra folkeskoleklassen sagde, da vi snakkede om signaler, der kan skyldes sygdom: "*Altså kroppen gør ikke kun ondt, når man har slået sig eller sådan noget, det gør også*

ondt, når der er nogen, der siger onde ting mod en, det kan faktisk gøre mere ondt". En tydelig forklaring, der viser, at relationer kan give smerter, som kan opleves som sygdom. Et andet eksempel på et socialt idiom, Ib 11 år, fra folkeskoleklassen: *"Man kan også få mavepine fordi man har for travlt"*. Travlhed som både kan skyldes for mange gøremål og for mange krav.

Flere børn bruger de objektive symptomer, som Risør vil kalde det symptomatiske idiom, som en forklaring, der forstås af de voksne, fx: *"Når jeg hoster meget, så siger min mor, det er fordi at jeg er syg"*, *"når jeg kaster op, så ved min mor bare, at jeg er syg"*. Med det symptomatiske idiom antager personen, at symptomerne har fysiske årsager. Både Risør (2009) og Christensen (2008) (som nævnes i næste afsnit) konkluderer ud fra deres studier, at voksne kan have en tendens til at objektivisere kroppen, at oversætte barnets subjektive oplevelser til somatiske termer, hvilket begrænser forståelsen af kroppen og barnets subjektive oplevelse (Risør 2009, Christensen 2008).

Kulturelle modeller

Antropolog Pia Haudrup Christensen (1998) beskriver, hvordan børn (6-12 år) oplever sygdom og sundhed. Hun argumenterer for, at børns læring omkring sygdom er en kompleks fortolkende proces med tre væsentlige aspekter: det at lære at skelne sygdom fra andre begivenheder i hverdagen, at udforske egen krop og kombinere subjektive erfaringer med de kulturelle modeller, som de voksne giver, og at mestre dette både som individ og som en del af det kollektiv som en klasse er. En erfaring, der kan ses som repræsenterende en sådan kulturel forklaringsmodel, ses i følgende eksempel. Thomas er indlagt med en funktionel lidelse (primært mavepine). Han har lige haft en samtale med en fagperson om mavesmerter, inden han taler med mig. Jeg spørger, om han kan beskrive sin mavepine? *"Ja fra 1-10, så ved 1 er den ikke så slem, og så når den er ved 5 begynder det at prikke i maven, ved 7 prikker det hårdt, og ved 9 så begynder man at få tæsk i maven - og jeg har oplevet 9 sådan cirka 10 gange siden august"*. Thomas taler her tydeligt ud fra den forklaringsmodel om smerte, som han lige har tillært sig via dialogen med fagpersonen. Det var ligeledes tydeligt, at hvis der i klassen blev talt om en forklaring på et kropssignal, fx: *"At maven også snakker, når den er sulten"*, så blev forklaringen genbrugt og uddybet af flere af de andre børn fx: *"Jeg har også prøvet at have rigtig ondt i maven, fordi jeg var mega sulten - så gik det væk, da jeg fik noget at spise"*, *"ja det har jeg også prøvet, da ..."* osv. Eller *"man kan også være syg af vokseværk"*, *"ja, det har jeg også prøvet med mine"*

knæ...". I klassens kollektiv blev der altså skabt en kulturel model, en enighed om, at man godt kan have smerter i maven pga. sult eller være syg af voksevæk.

Karen Hvidtfeldt Madsen og Maria Mortensen (2015) argumenterer for, at smerte må forstås som et fænomen der findes i verden og kommer af verden – og ikke en tilstand, der er begrænset til forhold i kroppen, og som en tilstand, hvis betydning er afhængig af tid og sted (Mortensen & Madsen, 2015, p. 126). De påpeger desuden, at det er vigtigt at være opmærksom på flertydigheden i smerter. Særligt én dikotomi finder de væsentlig, nemlig forholdet mellem smerte som sansning og smerte som følelse. Smerte som sansning refererer tilbage til en medicinsk-psykologisk forståelse af smerte som et særligt neurologisk system i kroppen, hvorimod smerte som følelse peger på de kulturelle og sociale forhold ved oplevelsen af smerten. En dækkende forståelse, mener de og andre, bør findes mellem disse binære positioner, mellem sansning og følelse, krop og sind, kultur og biologi (Williams & Bendelow, 1995). Med andre ord bør det at have smerter på grund af sult, voksevæk, generthed, frustration eller dårlig samvittighed, forstås mellem disse binære positioner. For barnet kan kropssignalerne/smerterne desuden være en stemme, der forventer et svar, "pain begs a response", som antropolog Julie Livingston (2013) beskriver det i sine studier af den sociale smerte hos cancerpatienter i Botswana. Her forventes patienten at udholde stærk smerte i stilhed og som konsekvens tillægges palliation mindre betydning end compliance. Smerten er her et sprog, som skal læres, skriver hun (Livingston, 2013). Med udgangspunkt i Livingstons ord, kan det siges at børnenes kroppe snakker med og via smerterne, for at nogen skal lytte og svare - og det sprog kroppen, taler, skal læres.

At sygdom ikke er sygdom i enhver situation, som Risør skriver, betyder, at noget kan overses eller ignoreres, hvis situationen kræver det. Dette kommer også frem i børnenes forklaringer, fx Stine 12 år, fra folkeskoleklassen: *"Når jeg er syg, så siger jeg til min mor, at jeg er frisk, for jeg vil godt til svømning"* og Ib 11 år, fra folkeskoleklassen: *"Når jeg bare rigtig gerne vil til fodbold, så prøver jeg at se frisk ud"*. Eller, kunne det lyde med omvendt fortegn, Ane 11 år fra folkeskoleklassen: *"Når jeg godt vil prøve at slippe for matematikprøve eller sådan noget kedeligt noget, så siger jeg til min mor, at jeg er syg, og så lægger jeg en varm klud på panden, for så mærkes den varm"*. Her har Ane tydeligt en ide om, at objektive tegn som en varm pande, der signalerer feber, kan overbevise mor om, at hun er syg. Altså en ide om en kulturel model, hvor de synlige symptomatiske tegn vægtes.

Forklaringstomrum

Børnene, som var indlagt med en funktionel lidelse, havde i begyndelsen af deres indlæggelse ingen forklaringer, der kunne beskrive deres kropssignaler, hvilket kan skyldes flere ting. Som tidligere skrevet fremhæves i den biomedicinske verden den fysiske og sanselige smerte på bekostning af det følelsesmæssige og mentale. Dette må formodes at kunne afspejle sig både i lægens, sundhedspersonalets og evt. forældrenes tilgang og italesættelse af de kropslige gener. Mere herom i næste afsnit. Desuden har børnene inden deres indlæggelse været igennem mange forskellige undersøgelser, fx scanning og blodprøvetagning, som ikke har kunnet forklare deres symptomer/signaler. *"Børnene taler jo bare ind i det sprog, de er en del af"*, som en fagperson på Børne- og Ungeafdelingen siger. Med andre ord: Når de biomedicinske undersøgelser ikke har kunnet forklare børnenes symptomer, mangler de voksne forklaringer - og dermed mangler børnene også forklaringer. Børnene er her fanget i et forklaringstomrum, som subjekter i et system, hvor biomedicinske diagnoser optræder som det eneste sprog til at begribe sygdom og lidelse (Brinkmann, 2010), og hvor sygdom skal være synlig og lokalisierbar for at eksistere (Dalsgaard, 2005).

Mads på 14 år, der lider af hyppige migræneanfald og er indlagt med en funktionel lidelse, har en forklaring, der tydeligvis ikke kan rummes indenfor dikotomierne fysisk eller psykisk, sansning eller følelse, biologi eller kultur, men i stedet må, som Hvidtfeldt Madsen & Mortensen (2015) og Williams og Bendelow (1995) skriver, findes mellem disse binære positioner. *"Jeg er migrænebarn og er sur, arrig og flabet ... deromkring"*. Mads forklarer med det personlige idiom (sine emotioner og karaktertræk), det moralske/civiliserende idiom (opførsel) og med et narrativ der fortæller at han ér migrænen. Efter sin forklaring ser han spørgende på mig, som om han stadig er i tvivl og har brug for min bekræftelse på hans forklaring. Han famler og leder efter en fortælling, der kan skabe kohærens. Da jeg opfølgende spørger, hvordan han kan huske, at han altid har været migrænebarn, svarer han; "det kan jeg ikke huske, det siger min mor bare, at jeg er".

Nogle fortællinger skrives af forældre eller andre, der står den syge eller lidende person nær. I næste afsnit kommer jeg ind på, hvordan sundhedsfaglig personale og forældre forklarer børnenes kropssignaler - hvilke fortællinger, de tilskriver barnet.

Forældre og sundhedsfagligt personales forklaringer

Når unormale kropssignaler bliver til sygdom

Mads' mor og jeg sidder på Mads' stue, som består af en sygeseng, et TV og en lænestol med et lille bord. Mads' mor sidder i lænestolen, og jeg sidder overfor på en almindelig stol, telefonen ligger på et lille bord imellem os og optager. *"Har du lyst til at starte med at fortælle lidt om din og Mads' historie"* spørger jeg. *"Ja, men det var helt tilbage i børnehaveralderen, hvor moren ikke synes at han var ligesom alle de andre. Han var tvær og sur og irriteret og kunne ikke finde ro. Så allerede dengang var vi på børneafdelingen et par gange. Min mor, som selv led af migræne sagde, kan det være det? Der stillede de så diagnosen børnemigræne og det har han faktisk haft siden"*. Mads er samtidig ordblind, og Mads' mor fortæller om de mange lektier, han har for hver dag, og hvor mange frustrationer, det skaber, både for dem som forældre og for Mads. Hun fortæller også, at Mads er rigtig god til at spille håndbold, meget bedre end sin tvillingebror, og når han er til håndbold, så har han aldrig migræne. *"Når man er ordblind, så er man anderledes, og når man har migræne, så er man også anderledes på den konto, han vil jo bare gerne være lige så normal som alle andre"* (Mads' mor). Igen ses det, at sygdom ikke er sygdom i enhver situation, som Risør skriver, noget kan overses, hvis situationen kræver det. Der, hvor Mads er dygtig, og hvor han ikke frustreres, kommer migrænen ikke. Og det, at han ikke er ligesom de andre, er unormal, bliver en faktor, der kan forklares med en diagnose. Sagt på en anden måde: Frustration og vrede er almene grundfølelser hos os alle (mere herom i næste afsnit), og når de i Mads' tilfælde fører til migræne og en indlæggelse på Børne- og Ungeafdelingen, er der med Svend Brinkmans og Peter Conrads ord tale om en klar medikalisering af hverdagslivets problemer (Conrad 2007; Brinkman 2010).

Da jeg spørger til den generelle opfattelse af sygdom hjemme hos familien – hvornår er man syg og hvornår er man rask – svarer Mads' mor: *"Det er meget meget sjældent, at mine børn de er syge, og jeg har ikke haft en sygedag i tre år. Så opkast og diarré er ikke noget, vi har særlig tit. Mads' tvillingebror har af og til haft halsbetændelse, men han bliver ikke syg af det"*. Her forklarer Mads' mor sygdom med et symptomatisk idiom, hvor hun forklarer sygdom som noget, der kan ses (opkast, diarré), og som symptomer der har fysiske årsager. Det viser samtidig et stærkt familienarrativ, der handler om, at hos os er vi aldrig syge. Et eksempel der viser hvordan en lidelses tilstand med frustration, vrede og migræne tilskrives

en diagnostisk logik, samtidig med at der er et klart familienarrativ, der understreger, at sygdom ikke er noget, som vi plages af.

Jens på 11 år havde haft mavepine i et halvt år, og det funktionelle team var kommet frem til, at det med stor sandsynlighed skyldtes en kombination af flere faktorer, bl.a. en travl hverdag. Desuden blev det yderligere tillagt betydning, at Jens' far for ca. et halvt år siden også var indlagt med stærke mavesmerter. Jens' mavesmerter var altså også udtryk for bekymring og angst for sin fars sygdom. Jeg sagde til Jens' mor "*... det her med at Jens nu fortæller om skolepres, og at fagpersonalet fortæller, at der kan være noget i omgivelserne, der kan påvirke en og give mavepine, er det noget, i har været opmærksomme på tidligere?*". "*Nej, for Jens har ikke selv sagt noget, hvis bare han havde sagt noget*". Det er altså ikke naturligt for Jens' mor at tænke i relationelle og kropslige erfarede vilkår, som kan give kropssignaler. På mit spørgsmål om, hvilke signaler, hun fanger hos børnene, svarer hun derimod: "*Jeg kan altid se det på dem, Jens bliver helt hvid i hovedet, når han har ondt i maven*". Igen er det det symptomatiske synlige idiom der fremhæves, som Risør (2009) og Christensen (2008) også påpeger som det typiske for voksne.

Det funktionelle team bruger også det symptomatiske idiom fx: "*De er jo lige så hvide i hovederne som en væg, så de har det jo hamrende ubehageligt*", og "*på scanninger kan man jo se, at smertecentret er mere aktiveret på børn med funktionelle lidelser*". Fagpersonen siger dog i samme sætning: "*Vi skal holde fast i, at dette er komplekst, der er mange faktorer, der gør, at vi ser det her billede*". Det funktionelle team opfordrer til at mor eller far indlægges med barnet. Forældrene må gerne gå på arbejde i dagtimerne, men skal som udgangspunkt sove hos barnet og deltage i forløbet så meget som muligt. Fagpersonalet kan under indlæggelsen observere relationen mellem barn og forældre, og som en fagperson siger: "*Hvis vores smerteforklaringer giver mening for mor og far, smitter det af på barnet*". For det funktionelle team er det helt normalt, at kroppen laver kropssignaler/symptomer, når der er for mange belastninger i barnets miljø, og de understreger på samme tid, at det ikke er en sygdom, fx siger en fagperson: "*Kroppen fortæller at der er en ubalance, men det er ikke en sygdom*".

Til sundhedssamtale med en sundhedsplejerske og 8. klasseselever på en folkeskole, snakkes der trivsel med udgangspunkt i en skala fra 1-10, omhandlende bl.a. skoleliv, kost, motion, alkohol og rygning. Desuden bliver børnene spurgt om: "*hvor tit laver du noget som gør dig glad?*". Der bliver lavet høretest og synstest og målt højde og vægt. Resultaterne bliver

indtastet på en vægt- og højdeskala, som kan ansues som en kulturel model, hvor den unge kan se, om han eller hun ligger inden for normal området: *"du ligger ligesom de andre"*, siger sundhedsplejersken. Her er der altså også delvis fokus på det objektive/det synlige i vurderingen af, om den unge er normal eller afvigende.

Hvis terapimanagementgruppen (her forældre og sundhedsplejerske) primært har fokus på den objektive krop med en diagnostisk logik, kan det "raske" barn med den "kloge" krop formes til at have et medicinsk kropsnarrativ. Filosofen Ian Hacking (1998) ville kalde dette "making up people". Han argumenterer for, at diagnoser konstruerer nye måder at være menneske på (Hacking, 1998). Mennesker påvirkes af kategoriseringer, og som kategoriseringsredskab er diagnoser derfor ikke neutrale, men påvirker vores måde at tale om og opfatte os selv på. Klassifikationer interagerer med de klassificerede, og der sker en reciprok påvirkning mellem diagnose og individ, hvor individet spejler sig i selve diagnosen, ligesom diagnosen reflekterer den enkeltes symptomer, kaldet "looping effekt" (Nielsen, 2016, p. 212). At være frustreret og bekymret, som kan give kropssignaler/symptomer – som forklares med objektive/symptomatiske idiommer og klassificeres som unormale/sygelige, kan skabe kropsnarrativer præget af medicinske termer. Ligeledes kan det at blive kategoriseret som for høj eller for tung, være med til at skabe et kropsnarrativ, hvor kroppen opleves som afvigende fra det normale. Med andre ord, kan almindelige følelsesmæssige- og fysiske tilstande blive sygeliggjort.

En sundhedsfaglig person siger: *"Hvis jeg skal sige, hvad der er karakteristisk for de her familier, så er det måske, at de langt hen ad vejen har et sprog om sygdom. Man mærker rigtig meget hjemme i vores familier, og der snakkes rigtig meget sygdom"*. Hvis der hele tiden tales om sygdom, skabes sygdom, som Ian Hacking ville sige.

Grundfølelser

I et interview med sundhedsplejersken om hendes syn på børn og forklaringer på deres kropssignaler, svarer hun følgende, da jeg beder hende beskrive børn med somatiske smerter: *"Jeg tænker jo at det hænger sammen med følelser - og jeg kunne godt tænke mig, at vi var mere opmærksomme på, hvor meget man taler om følelser i familien ... Det er en af de ting jeg gør meget ud af, når jeg er ude ved familier med de små børn, at de skal sætte ord på de følelser, som børnene er i, fx at de er kede af det eller frustrerede, i stedet for at tisse det ned. Det er vigtigt at blive i de her forskellige følelser, så de kan lære at rumme sig selv. Når man kan rumme sig selv, så kan man også bedre rumme andre"*.

"Jeg ser jo små børn der har funktionelle lidelser ... dem, der har problemer med deres afføring eller vandladning". Jeg spørger: "Kan du beskrive det lidt mere?", "Ja, men det hænger jo også sammen med følelser, at du fx har en meget dominerende mor, der gerne vil hjælpe dig, men måske gør for meget ... og her tænker jeg jo, at der skal andre ting til, end at give dem movikol (afføringsmiddel)". Sundhedsplejersken bruger her det sociale idiom til at forklare, hvorfor nogle børn ikke vil af med afføring. For hende virker det helt naturligt, at forklaringer på børnenes kropssignaler ligger i følelseslivet i relationerne.

En fagperson fra det funktionelle team siger også, at følelser kan forklare børnenes kropssignaler: "Børnenes følelsesliv kan være med til at tricke smerten ... følelsen udløser altså mavepinen som vi kalder symptomet ... det er meget komplekst, det kan være, at mor og far skændes for meget, det kan være, at far lige har mistet sit job, der er måske en lærer der skælder ud hele tiden, eller de har ingen kammerater. Barnet fejler altså ikke noget, - børnene er bare symptombærer for deres virkelighed". En anden forklaring fra en sundhedsfaglig person: "Vi tænker, at kroppen fortæller, at der er en ubalance i barnets omgivelser, hvorimod børnene selv siger, at de fx har hovedpine eller mavepine, altså at det er noget med dem og i deres krop". Her bruger fagpersonerne det personlige og det sociale idiom til at forklare børnenes kropssignaler, hermed de emotionelle og de relationelle aspekter, og i forhold til det symptomatiske idiom, som fagpersonen hører børnene bruge, vises her, at den forklaring ikke ses som værende den rigtige. Fagpersonalet oversætter generelt ikke børnenes kropssignaler med medicinske termer.

Shelley M.C. van der Veek (2012) med flere har undersøgt, hvorvidt om hollandske børn med funktionelle mavesmerter er mindre bevidste om deres følelser og mindre opmærksomme på forskellige sanseindtryk end børn, der ikke har en funktionel lidelse. De konkluderede, at der var en signifikant forskel, dog mindre, på bevidsthed om følelser hos børn med en funktionel lidelse. Materialet viser dog forskellige modsatrettede resultater, og der diskuteres vigtigheden i at se på barnets relationer og miljø. Slutteligt efterlyses flere studier der ser på forholdet mellem bevidsthed om følelser og funktionelle lidelser (Shelley M.C. van der Veek, 2012).

Som en del af behandlingen/terapien på Børne- og Ungeafdelingen, underviser og taler fagpersonalet med børnene om "grundfølelser", som blandt andet er glæde, frygt, vrede, afsky og tristhed. Afhængig af det indlagte barns alder, bruges der fx små legetøjsfigurer med samme navn "glæde, frygt, vrede, afsky og triste" fra filmen "Inderst inde" til at tage

udgangspunkt i en samtale (Inderst inde, 2015). Som en fagperson sagde efter en terapiesession: *"Da Jens havde talt med xxx om sine følelser, var der hul igennem"*. Filmens og fagpersonalets pointe er, at alle følelser er normale og vigtige, for ellers mistes minder og der opstår ubalance i hovedkontoret, som de kalder det i filmen. Sagt på en anden måde, så opstår der ubalance i *egenkroppen og eksistensen*, hvis ikke alle følelser anerkendes. Men ser vi på civiliseringsidealet, skal de ukultiverede "dyriske, barbariske, selviske og asociale" følelser nedtones til fordel for den civiliserende opførsel og de civiliserede følelser (Gilliam, 2010) - ellers afviger man fra normalen!

En diagnose, selvom barnet har en klog og sund krop

"Vi tænker jo grundlæggende, at de her børn reagerer med en sund krop, at der ikke er noget galt med dem ... men børnene er symptombærere, på ikke alene det der sker i familien, i skolen, men også det der sker i samfundet" (fagperson). Hvad fagpersonen her berører, er Nancy Scheper-Hughes og Margaret M. Lock's (1987) tredeling af perspektiver, hvormed vi kan anskue kroppen: 1) *Body-self*, den individuelt erfarede krop, 2) *Social-body*, kroppen som et symbol på, hvordan der tænkes relationer og kultur, 3) *Body-politic*, et artefakt skabt af social og politisk kontrol. De understreger i deres beskrivelse af "The mindful body", at i interaktionen imellem de tre *bodies* skabes sygdom og lidelse, og at følelser er mediatorer for de tre *bodies*: *"Without culture we would simply not know how to feel"* (Scheper-Hughes & Lock, 1987, p. 28). Med udgangspunkt i dette tredelte perspektiv på kroppen tegner der sig altså, hos børnene med en funktionel lidelse, et billede af børn, der med deres *body-self*, erfarer og bærer smertende kropssignaler, som af omgivelserne, *social-body*, betragtes ud fra objektive/symptomatiske idiomer og anses som en afvigelse i barnet, og som fra sundhedssystemet, *body-politic*, udstyres med en label i form af en diagnose, som kommer til at regulere og kontrollere den "normale" krop. På alle tre niveauer forsøger fagpersonalet at formidle og transformere perspektiver. Med en diagnose gives der adgang til hjælp, som både har fokus på den individuelt erfarede barnekrop og den *socialle krop* - samt på børnenes følelser.

Da jeg spørger en fagperson til diagnosens betydning, svares: *"Ja rent lægeligt så giver vi jo barnet en diagnose, men det er jo også fordi, at vi er en del af et system ... diagnosen er jo kun til for at få en forståelsesramme og for at kunne trække de rigtige redskaber ned fra hyldeerne"*.

Antropolog og sociolog Nanna Mik-Meyer (2011) beskriver, hvordan diagnoser er magtfulde, idet de har handlingspotentiale. De giver fx tilladelse til, at man i en periode ikke forsørger sig selv, de afspejler herskende forståelser af, hvad der er sundhed og sygdom og de forandrer menneskets måde at se sig selv på (Mik-Meyer, 2011). Antropolog Mikka Nielsen (2016) med flere beskriver desuden, som Scheper-Hughes & Lock også beskriver med *the body politic*, at diagnoser anvendes i moderne velfærdsstater som en slags regulerings-mekanisme i forhold til tildeling af privilegier og ressourcer – herunder adgang til behandling og legitim sygdomsadfærd (Nielsen, et al., 2016). Uden en diagnose, er der således ingen mulighed for hjælp fra systemet, eksempelvis i form af indlæggelse på Børne- og Ungeafdelingen. Med andre ord: skønt børnenes kroppe er sunde og kloge og "ikke fejler noget", som vi hørte indledningsvist, udstyres de alligevel med en diagnose, så de kan få hjælp.

En diagnose er i sig selv også en slags fortælling. En fortælling, der siger noget om fortiden og om fremtiden og om årsagen til, at tingene er, som de er (Hvas, 2015). I tilfældet med diagnosen "funktionelle lidelser", hvor symptomerne ikke biomedicinsk kan lokaliseres og forklares, og i en tid, hvor biomedicinen betegnes, som et kulturelt dominerende narrativ, kan patienten ofte stå med en følelse af at bevæge sig i ingenmandsland (Dalsgaard, 2006). Et forklaringsrum, som tidligere beskrevet. Der er ingen klare forklaringer, ingen klar fortælling om fortiden og om fremtiden. Men med en diagnose og dermed mulighed for en indlæggelse og et møde med det funktionelle team, forsøger man at skabe en ny fortælling. Kun ved at forandre sin fortælling, sit narrativ, kan individet omforme sin fremtid. Mere herom i følgende afsnit.

Mødet med det funktionelle team

Nye fortællinger

"Hvis den fortælling, man går rundt med er, at jeg er faktisk sådan et lille PJOK, eller jeg er ikke NORMAL, ligesom min bror eller de andre børn, fordi det er den fortælling, man har hørt, ja så bliver det jo også den livsfortælling, man skriver videre på" siger en af fagpersonerne på Børne- og Unge afdelingen. "Jeg vil gerne være med til at give dem et anderledes narrativ, du har godt nok en klog krop og du reagerer sørme godt på dine vilkår - at man får lavet en fortælling om, at der er budt barnet for meget, altså at fjerne den der 'det er også dig'". Her siger fagpersonen det samme som speciallæge og tidligere medlem

af Det Ethiske Råd Lotte Hvas (2015), der skriver om retten til at være rask i en diagnosekultur. Hun skriver bl.a. *"hvis fortællingerne om den enkeltes uformåen gentages og gentages, udelukkes muligheden for, at man kan se på symptomet som en sund reaktion på usunde krav"* (Hvas, 2015, p. 331). En anden sundhedsfaglig person fra Børne- og Unge afdelingen siger: *"Det vi tilstræber er at lave sådan en form for externalisering, altså at få barnet til at forstå, at fx hovedpinen eller mavepinen ikke er dem, men et symptom på noget andet, som er i uorden udenfor dem"*. Her fremhæves altså ikke, som ellers i den biomedicinske verden, den fysiske smerte på bekostning af den følelsesmæssige- og mentale smerte.

Antropologerne Antze og Lambek (1996) forklarer, hvordan mennesket trækker på erindringen for at skabe narrativer om sit liv, og hvordan identiteten skabes af disse narrativer. Der vil således være et punkt, hvor personens liv og de fortællinger, der fortælles begynder at sammensmelte (Antze & Lambek, 1996). I denne sammensmeltning tager identiteten form og konstituerer sig. I Mads' tilfælde, som tidligere beskrevet under børns forklaringer, har hans fortælling lydt fra mor og mormor, at: *"Du er et migrænebarn"*. Han kan ikke selv huske, hvordan han oplevede det som yngre, men han kan huske fortællingen om sig selv som værende et "migrænebarn". En fortælling, han muligvis har fået fortalt igen og igen. Under indlæggelsen ønsker det sundhedsfaglige personale at externalisere migrænen, så denne smertefulde tilstand, som kan være et kropssignal/symptom på de frustrationer som Mads har, ikke længere skal være den fortælling, der skaber hans identitet. Mads skal lærer, et nyt narrativ, hvor han ikke er et migrænebarn.

Ifølge sociolog Elisabeth H Bringewatt (2013) kan narrativer ses som socialt konstruerede historier, der former forståelse og definition af helbredelsesproblemer. Som Antze og Lambek (1996), skriver hun at narrativer kan defineres som "identitetsfortællinger", der kan forme børns forståelse af egne erfaringer. I sine studier af voksnes erfaringer med at være blevet diagnosticeret som barn med fx ADHD, depression, angst eller bipolare lidelser, så hun hvordan multiple, og nogle gange konkurrerende narrativer havde påvirket børnene. Hun så også, hvordan disse narrativer ikke blot var blevet absorberet af børnene, men at de var indgået i forhandling om disse. Narrativet kunne derved også ændres over tid og udvikles i processer. Samlet forholder Bringewatt sig kritisk til den øgede tendens til medikalisering af bestemte følelser (Bringewatt, 2013). At børnene indlagt på Børne- og Ungeafdelingen *"ikke fejler noget"*, og at deres kroppe er kloge, er et stærkt konkurrerende narrativ til den diagnose, som systemet giver dem (fordi de ikke er normale) for at kunne

hjælpe. I mødet med det sundhedsfaglige personale på Børne- og Ungeafdelingen forhandles og skabes der således nye narrativer – Narrativer, der ikke vægter de symptomatiske idiomer, men personlige idiomer omhandlende kloge og sunde kroppe, der siger STOP og kroppe der ikke *ér* symptomet. Det medicinske system prøver at fjerne den medikalisierende tilgang til børnenes kropssignaler.

"Børn skal ikke nødvendigvis bare have en pille eller lægge sig ned, hvis de har hovedpine eller mavepine, det kan være, at de skal ud at løbe en tur. Altså de skal lære, at man kan bruge kroppen til at fjerne symptomet" (fagperson). Som en del af indlæggelsen på Børne- og Unge afdelingen er børnene aktive med fx tur i svømmehallen, tur på skøjtebanen, eller de cykler om kap mod hinanden. Dette kan ses som eksempler på det handlede narrativ, som Mattingly ville have kaldt det: Her fortælles der med aktiviteter, at barnet, med sin *egenkrop*, kan mere og er mere, end fx et hovedpine- eller mavepinebarn. Kroppen bliver her inddraget i behandlingen med visheden om, at eksistensen og bevidstheden forankres i kroppen, som Merleau-Ponty ville sige.

Jens, som i starten af sin indlæggelse svarede *"det aner jeg ikke"* på spørgsmålet "hvorfor tror du maven gør ondt?" Fortæller efter en uges indlæggelse, at han ikke har haft ondt i maven imens han var indlagt. Han fortæller livligt om de forskellige aktiviteter han har været en del af sammen med de forskellige fagpersoner, *"det var rigtig sjovt at skøjte og at svømme ... det var dejligt at snakke med xxx, for der var det meget lettere at tale om følelser. Hun havde sådan nogle figurer fra filmen Inderst inde som jeg har set, og det var sådan nogle følelser agtig, og så var det lettere at tale om ... så kan man bedre forstå hvorfor man føler sådan inde i kroppen. Jeg har været vred og trist og nogle gange nervøs og bange – og det gør ondt i maven"*. Jens har fået nye fortællinger, der kan forklare de følelser, som har givet ham mavepine. Sagt på en anden måde så har Jens fået nye kropsnarrativer, der har skabt kohærens frem for kaos. Han har fået oversat de symptomatiske idiomer til kropsnarrativer, der har fokus på normale følelser - og hans tilstand kan hermed siges at være blevet afsygeliggjort.

"Vi ser tit, at når børnene er indlagt hos os, så falder de i symptom, eller de forsvinder helt, og når vi så nærmer os udskrivelse, så stiger de i symptom igen ... og her er det vigtigt, at vi får fortalt barnet, at vi har hørt og set dig, og nu skal de voksne hjælpe dig med at få en bedre hverdag" (fagperson). Der bliver altså fra fagpersonalet taget ansvar for den fremtid,

der venter, fortællingen om "at vi er her stadig og vil hjælpe dig" taler ind i fremtiden og giver barnets egenfortælling kohærens.

Mors hånd på maven og en seng på hospitalet

Til spørgsmålet, om børnene oplever, at der er noget der kan afhjælpe deres ondt i maven, svarer både børn med og uden en funktionel diagnose "mors hånd på min mave", "at sove hos mor og far", "at dele det med en, man kan li" eller "at tage en pille". Disse handlinger kan ses som en slags helbredelsesritualer.

Antropolog Ann Ostefeld-Rosenthal (2007) skriver om "embodied" symbolsk healing⁷. Med udgangspunkt i voksne patienter med medicinsk uforklarede symptomer (funktionelle lidelser), ser hun på kropsligt erfaret mening under healing. Hun understreger at "*healing betyder jo blot helbredelse*" (Ostefeld-Rosenthal, 2007, p. 146). Hun skriver, at et ritual kan være en katalysator for en transformationsproces, og med reference til den amerikanske symbolforsker, Clifford Geertz, beskriver hun, at et helbredelsesritual samtidig påvirker erkendelse, mening, ønsker og følelser. Med begrebet "embodiment", der bygger på den fænomenologiske antagelse, at kropslig sansning er menneskets grundlæggende tilgang til verden, beskriver hun ritualets kraft med inddragelse af hele kroppen og dens sanser, følelser og bevidsthed i den rituelle handling (Ostefeld-Rosenthal, 2007). Begrebet "embodiment" og Merleau-Pontys begreb "egenkrop" har umiddelbart det samme fokus på kroppen som værende betydningsdannende via perception og forankring af bevidsthed.

Næsten alle informanterne i hendes studie fortalte om healere som omsorgsfuld, medfølelse, rummelig og empatisk. "*Han ser mig som et helt menneske*", sagde en af informanterne. Og Ostefeld-Rosenthal konkluderer, at healere er som en fødselshjælper for transformationsprocessen.

At børnene næsten enstemmigt sagde, at fx: "*Mors hånd på maven*" kan lindre, kan ses som et i et børneunivers delt og fælles "kropsligt ritual", hvor følelser og sanser transformeres og dermed helbreder. Der gives ikke medicin eller behandles på anden vis, der lægges en hånd på maven, som skaber en kropslig erfaring. En kropsligt erfaret omredigering, der skaber meningsfuld orden. Mattingly ville kalde hånden på maven et handlende narrativ, der fortæller at mors hånd lindrer. Ligeledes kan det at sove mellem mor og far være en

⁷ Symbolsk healing defineres som "helbredelse som ikke baserer sig på fysiske eller farmakologiske behandlinger ift. effekt, men på sprog, ritual og manipulation af kraftfulde kulturelle symboler (Helman, 1994).

kropslig erfaret omredigering der skaber orden. At være indlagt med mor eller far, med muligheden for at sove ved siden af hinanden, uden at dette opfattes som uciviliseret. Og at være i et miljø, hvor vigtigheden og effekten af "mors hånd på maven" anerkendes, kan måske i sig selv være starten på en transformation.

Efter en forsamtale med fagpersonale, forældre og et barn, som havde haft mavesmerter i et år, taler fagpersonalet om, at barnet og forældrene virkede ressourcestærke. Barnet har gode veninder, virker glad, har gode familierelationer osv, og barnet er dermed ikke et typisk barn med en funktionel lidelse. Fagpersonalet bliver nu alligevel enige om, at det giver mening med en indlæggelse for at bryde et smertemønster. Her kan indlæggelsen ses som et ritual, hvor selve sygehusinstitutionen er et stærkt symbol på en katalysator for en transformationsproces: "*Jeg glæder mig til at sove i en sygehusseng ... og mor skal sove ved siden af*" siger Lise, 8 år. Henvisningen til indlæggelsen/recepten til behandlingen, udstedt af lægen og anerkendt af fagpersonalet, kan også ses som en symbolsk handling som kan "do magic work on people", som Susan Reynolds White skriver (2002). Symboler har den enestående kapacitet, at de – når de bringes i spil i et ritual – sammensmelter krop, sansning, følelser og mening (Ostenfeld-Rosenthal, 2007). Med Mattinglys ord kan siges, at indlæggelsen er et narrativt ritual med en "*beginning, middle and end*" (Mattingly, 1998, p. 65). "Beginning" er henvisning og forsamtale, "middle" er begivenheder og erfaringer i løbet af indlæggelsen og til sidst "end" med udskrivelsessamtalen og den fremadrettede plan.

Flere fagpersoner sagde, "*at det vigtigste er at skabe en tillidsfuld relation*", og "*når tilliden er der, så får de det faktisk også bedre*". At der er et tillidsfuldt forhold mellem "provider and patient", kan have en direkte terapeutisk effekt (Gilson, 2003, p. 1459). Så når folkeskoleeleven Per siger: "*Jeg har altid ondt, jeg aner ikke hvorfor ... og jeg siger det ikke til nogen*", og skolelæreren fortæller, at drengen kommer fra et hjem med få ressourcer, henleder det til smerter, der ikke forsvinder, da de ikke kan deles med en tillidsfuld anden, samt til et kropsnarrativ med en fortælling om smerter, der bliver internaliseret frem for forløst og helbredt i den delte fortælling. Måske en dreng, der senere tildeles diagnosen funktionel lidelse, så han kan få hjælp til at skabe et nyt kropsnarrativ, og via nye fortællinger og ritualer helbredes.

Ritualer kan altså være, især hvis de deles med en tillidsfuld, empatisk anden, et væsentligt supplement til helbredelse, netop fordi barnet sanser og er en del af den symbolske handling. Helbredelsesritualet konstruerer i fænomenologiske termer et helbredt menneske.

Samlet, ifølge Mattingly, kan siges, at de rituelle dramaer, bestående af indlæggelsen og de nye kropsnarrativer som uadskillelige størrelser, skaber helbredelsen.

Konklusion

Med afsæt i forklaringer af børns kropssignaler, hentet hos børn både med og uden en funktionel lidelse, samt hos forældre og sundhedsfagligt personale, var det dette masterprojekts formål kvalitativt at undersøge fortællinger om børns kropssignaler, samt at belyse, hvordan fortolkninger af børnenes forklaringer forhandles i mødet med forældre og fagpersonale på en Børne- og Unge afdelingen.

Børn i folkeskolen har generelt en bred vifte af forklaringer, både med brug af sociale, moralske, personlige og symptomatiske idiomer. Børnene, der er indlagt med en funktionel lidelse, havde derimod ingen eller få forklaringer i begyndelsen af deres indlæggelse. Beskrivelser af ondt i maven eller hovedet, som et resultat af noget børnene følte de havde gjort forkert, går igen hos adskillige børn, og kan dermed formidle en særlig fælles børneforståelse af hvad der opleves som en "rigtig/civiliseret" opførsel. Ud over brugen af idiomer, som kan ses som kulturelle modeller, bruger børnene også andre tillærte kulturelle modeller til at udtrykke sig ud fra. Disse modeller var præget af objektive/symptomatiske idiomer fx trivselsmåling og smertemåling ud fra tal samt vurdering af kroppen på en skala fra normal til afvigende.

Ikke at have fortællinger, der kan forklare ens kropssignaler/symptomer, kan skabe et forklaringstomrum, hvor et barn fanges i et system, hvis biomedicinske diagnoser optræder som det eneste sprog til at begribe sygdom og lidelse. Med andre ord kan det siges at barnet er fanget i et "forklaringstomrum" hvor de mangler et narrativ til at skabe kohærens frem for kaos. For at få en dækkende forståelse af kropssignaler/smerte, bør man ikke alene se på smerte som sansning, men også smerte som følelse. Generelt opnås en større indsigt i barnets situation hvis der ses imellem de klassiske dikotomier som sansning og følelse, fysisk og psykisk og kultur og biologi.

Forklaringer af kropssignaler der domineres af medicinske termer og symptomatiske idiomer, kan via "looping effekt" skabe "new kind of people" hvor personlige træk, adfærdstyper og almindelige menneskelige problemer opleves som unormale og sygelige.

Både forældre og andre, der står barnet nært, samt det biomedicinske system kan være med til at skabe kropsnarrativer om og for barnet. Forældre bruger oftest symptomatiske idiomer til at forklare børnenes kropssignaler, hvor fagpersonalet primært bruger de personlige følelsesmæssige idiomer, og de sociale idiomer.

I børnenes møde med det funktionelle team på Børne- og Ungeafdelingen forsøger fagpersonalet at udfylde de føromtalte "forklaringstomrum". De forsøger at skabe nye kropsnarrativer omhandlende sunde og kloge kroppe, narrativer, der fortæller, at der er noget i barnets omgivelser, der ikke er rimeligt, samt at alle følelser, også de "uciviliserede", er normale og vigtige. Denne transformation forhandles både via talte og handlende narrativer, med henblik på at skabe kohærens, hvor der førhen var kaos. Den rituelle indlæggelse, hvor barnet sanser og er en del af den symbolske handling, er et supplement til transformationen. Her kan den tillidsfulde relation til fagpersonalet og anerkendelsen af effekten af "mors hånd på maven" være med til at skabe en terapeutisk effekt. Samlet set "afsygelligøres" barnets kropssignaler så at sige i transformationen.

Sygdom/lidelse er altså ikke en isoleret hændelse, men som også Scheper-Hughes & Lock siger, er det en form for kommunikation – kroppens kommunikation, hvor igennem natur, samfund og kultur taler simultant.

Perspektivering

Der ses et paradoks i det forhold at systemet giver barnet en diagnose som et sygdoms label på en tilstand i barnet, samtidig med, at fagpersonalet understreger, at barnet ikke fejler noget, og at den primære forklaring på kropssignalerne/smerterne ligger i omgivelserne. Ligeledes ses et dilemma i forståelsen af og tilgangen til følelser. Fagpersonalet taler om vigtigheden af alle følelser, hvorimod børnene i skolen civiliseres til at nedtone visse af dem. Følelser er ifølge Scheper-Hughes & Lock *mediator for the three bodys*, den individuelle, sociale og samfundspolitiske krop. Følelser, der giver smerter, ville måske ikke behøve "råbe så højt", hvis de ikke skulle gemmes væk!

At "gemme" naturlige følelser er en ting, at "gemme" den naturlige krop er måske en anden, eller? Nogen vil mene, at vi er blevet mere kropsforskrækkede, unge mennesker springer over badet til idræt, fordi de er usikre på deres egen (naturlige) krop, toiletforhold bliver konstrueret, så der hverken kan høres eller lugtes hvad sidemanden laver, der laves plastiske operationer for at gemme/fjerne de uønskede former osv. Det kunne være

interessant at undersøge, om der kan være en sammenhæng mellem det at skulle nedtone følelser, gemme kroppen og måske dermed miste evnen til at mærke og forstå sine kropssignaler.

Har vi fået et samfund med en smertefobisk kultur (eller følelsesfobisk kultur!), som psykolog Peter Damgaard-Hansen (2018) skriver, hvor vi fortrænger den simple, men ubehagelige kendsgerning, at menneskelig lidelse ikke alene er et uundgåeligt fænomen, men et regelmæssigt tilbagevendende fænomen i det helt normale menneskelige liv? (Damgaard-Hansen, 2018). At lide og have følelser er ikke det samme som at være syg!

Faglig anvendelighed

Jeg håber med dette masterprojekt at kunne medvirke til en øget opmærksomhed og bevidsthed om forskellige forklaringer og fortolkninger af kropssignaler. Og at vi fysioterapeuter, i tilgangen til børn, bliver mere opmærksomme på at høre børnenes egne forklaringer med "børnenes egne stemmer" og ikke udelukkende mors, fars eller andre voksnes forklaringer.

Vi har som faggruppe ofte fokus på den objektive/symptomatiske krop og de symptomatiske idiomer, men for at få et bredere perspektiv på "det hele menneske" skal vi også være opmærksomme på de personlige, sociale og moralske idiomer. Ligeledes skal vi være opmærksomme på, at forskellige målinger/test, hvor barnets funktionelle niveau og evne, eller form, vurderes, kan fortælles på forskellige måder, og at disse fortællinger (narrativer) kan være med til at give barnet en oplevelse af, at være *normal* eller *afvigende*. Dermed kan vi være med til at skabe et sygeliggørende eller afsygeliggørende narrativ.

Desuden skal vi som faggruppe være bedre til også at forstå smerter som følelser, og turde tale om disse, samt være åbne for at grundfølelser kan give kropssignaler/symptomer, som børnene kan opleve som en sygdom. Slutteligt er det væsentligt, at vi ved, at en diagnose ikke er en neutral størrelse, men at den har handlekraft og kan skabe fortællinger, på godt og ondt.

Referencer

- Antze, P. & Lambek, M., 1996. Introduction: Forecasting Memory. In: *Tense Past. Cultural Essays in Trauma and Memory*. s.l.:Routledge.
- Barth, F., 1994. *Manifestasjon og prosess*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bringewatt, E. H., 2013. Negotiating narratives surrounding children's mental health diagnosis: Children and their contribution to the discourse. *Children and Youth Services Review*, 35, pp. 1219-1226.
- Brinkmann, S., 2010. *Det diagnostiserede liv. Sygdom uden grænser*. 1. ed. Aarhus: Forlaget Klim.
- Brinkmann, S., 2014. language of suffering. *Theory & Psychology*, Vol. 24 (5), pp. 630- 648.
- Brinkmann, S. & Petersen, A., 2015. *Diagnoser, Perspektiver, kritik og diskussion*. 1. bogklubudgave, 1. oplag ed. Klim: Klim.
- Børnerådet, 2018. *Børnerådet.dk*. [Online]
Available at: <https://www.boerneraadet.dk/media/9380/Generelle-betragtninger-om-boerneinddragelse.pdf>
[Accessed 26/4 april 2018].
- Christensen, P. H., 1998. Om den sociale og kulturelle konstituering af børns sårbarhed. *Antropologi*, nr. 38, pp. 79-94.
- Christensen, P. H., 2004. Children's Participation in Ethnographic Research: Issues of Power and Representation. *Children & Society*, Vol 18, pp. 165-176.
- Conrad, P., 2007. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. 1. ed. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Dalsgaard, T., 2005. *If only I had been in a wheelchair. An anthropological analysis of narratives of sufferers with medically unexplained symptoms. Ph.d. afhandling*, Århus: Fællestrykkeriet for Sundhedsvidenskab, Århus Universitet.
- Dalsgaard, T., 2006. Symptomers sociale betydning og sygdomsnarrativer i medicinsk uforklarede lidelser. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, Årg. 3 nr. 5, pp. 127-141.
- Damgaard-Hansen, P., 2018. *Dansk psykolog forening. Psykologernes fagmagasin, debatforum - psykiske lidelser er ikke sygdomme*. [Online]
Available at: <http://www.dp.dk/p-psykologernes-fagmagasin/debatforum/psykiske-lidelser-er-ikke-sygdomme/>
[Accessed Maj 2018].
- DeWalt, K. M. o. D. B., 2002. Analyzing Field Notes. In: *Participant observation. A Guide for Fieldworkers*. Lamham: AltaMira Press, pp. 163-194.
- Fink, P., 2006. Funktionelle lidelser og symptomer. Dilemma omkring klassifikation og begreber. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 5, pp. 45-65.
- Fink, P. K., 2018. *Funktionelle lidelser.dk*. [Online]
Available at: <http://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/>
[Accessed 14/4-2018 April 2018].

- Geraldine, B., Lowe, P. & Lauritzen, S. O., 2015. Connecting a sociology of childhood perspective with the study of child health, illness and wellbeing. In: S. G. C. W. S. The Atrium, ed. *Children, Health and Well-being. Policy Debates and Lived Experience*. Oxford: Book Compilation, pp. 1-12.
- Gilliam, L., 2010. Den gode vilje og de vilde børn. Civiliseringens paradoks i den danske skole. *Tidsskriftet Antropologi*, nr. 62, pp. 153-174.
- Gilliam, L. & Gulløv, E., 2017. *Children of the Welfare State, civilising practices in schools, childcare and families*. 1. ed. Aarhus: Pluto Press. London.
- Gilliam, L. & Gulløv, E., 2017. Civilisering og distinktioner. *Tidsskrift for professionsstudier*, nr. 24, pp. 6-14.
- Gilson, L., 2003. Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 56, pp. 1453-1468.
- Good, B., 1998. The heat of what's the matter: the semantics of illness in Iran. *Art of Medical Anthropology*, pp. 56-79.
- Gulløv, E., 2007. Opdragelse er blevet en samfundsopgave. *Magasinet Asterisk*, nr. 37, pp. 20-21.
- Gulløv, E. & Højlund, S., 2010. Konteksten. Feltens sammenhæng. In: K. Hastrup, ed. *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. s.l.:Hans Reitzels Forlag, pp. 343-364.
- Gulløv, E. & Palludan, C., 2010. Børn som deltagere. Antropologi og feltarbejde. In: A. Petersen, ed. *Den lille bog om metode. Sådan undersøger du børnekultur og børns perspektiv*. Århus, København: ViaSysteme, pp. 40-48.
- Hacking, I., 1998. *Mad Travelers: Reflections on the reality of transient mental disorders*. Charlottesville: University Press of Virginia.
- Helman, C., 1994. *Culture, Health and illness*. London: Butterworth & Heinemann.
- H, F., 1990. The concept of somatization as a cultural and historical product of Western medicine.. *Psychosomatic Medicine*, 52, pp. 653-672.
- Honkasalo, M., 1999. What is chronic is ambiguity. Encountering Biomedicine with long lasting pain. *Suomen Antropologi*, 4/24, pp. 75-93.
- Hulgaard, G. D.-L. & D., 2017. Funktionelle lidelser hos børn og unge. *Månedsskrift for almen lægepraksis*, Januar, pp. 7-18.
- Hvas, C., 1999. Sygeliggørelse og "medikalisering". *Ugeskrift for læger*, 161/42, pp. 5783-5785.
- Hvas, L., 2015. Retten til at være rask i en diagnosekultur. In: A. P. Svend Brinkman, ed. *Diagnoser. Perspektiver, kritik og diskussion*. Klim, Germany: Gyldendals bogklubber, pp. 319-360.
- Inderst inde*. 2015. [Film] Directed by Pete Docter. USA, Californien: Disney Pixar.
- Jantzen, J. M., 1987. Therapy Management: Concept, Reality, Process.. *Medical Anthropology Quarterly*, Mar. Vol 1, No 1., pp. 68-84.
- Kleinman, A., 1980. Patients and healers in the context of culture. In: *Culture, healthcare systems, and clinic reality*. Berkeley: University of California Press, pp. 24-70.

- Lane, C., 2007. *Shyness, How Normal Behavior Became a Sickness*. 1. ed. New York: Vail-Ballou Press, Bringhamton.
- Livingston, J., 2013. The Next Epidemic Pain and the Politics of Relief in Botswana's Cancer Ward. In: *When People Come First: Critical Studies in Global Health*. Princeton: Princeton University Press, pp. 182-204.
- Mattingly, C., 1998. *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. 7. (2007) ed. New York: Cambridge University Press.
- Mattingly, C., 2005. Den narrative udvikling i nyere medicinsk antropologi. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, Årg. 2 nr. 2, pp. 13-40.
- Mik-Meyer, N., 2011. Diagnosers magt. *Social Politik. Tidsskrift for social politisk forening.*, 4, pp. 5-8.
- Mogensen, H. O., 2005. Det narrative omdrejningspunkt. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, 1 (2), pp. 5-11.
- Mortensen, M. & Madsen, K. H., 2015. Når smerte er for det fælles bedste. Et kultur analytisk casestudie. *Kultur og Klasse*, Årg. 43, nr. 120, pp. 125-145.
- Nichter, M., 1981. Idioms of distress: Alternatives in the Expression of Psychosocial Distress. A Case Study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12, pp. 379-408.
- Nielsen, M., 2016. ADHD: Når følelser og reaktioner bliver symptomer på en diagnose. In: *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. Leck Germany: Gyldendals bogklubber, p. 223.
- Nielsen, M., Petersen, A., Risør, M. B. & Rønbjerg, M., 2016. Diagnoser: Organisation, kultur og mennesker. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, Årg. 13 (25), pp. 5-14.
- Olesen, J., 2013. Sansning, følelser, krop og bevidsthed. *Nordisk Psykologi*, 55:3, pp. 235-264.
- Ostenfeld-Rosenthal, A., 2007. Symbolsk healing 'embodied'. Krop, mening og spiritualitet i danske helbredelsesritualer. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, Årg. 4 nr.6, pp. 129-150.
- Petersen, A., 2010. Etik. In: *Den lille bog om metode. Sådan undersøger du børnekultur og børns perspektiv*. Århus: ViaSysteme, pp. 38-39.
- Rask, C., 2006. Funktionelle somatiske symptomer hos børn. En udviklingsorienteret biopsykosocial tilgang i klinikken. *Sygdom og Samfund*, 5, pp. 91-11.
- Rask, C. U., 2017. *MIDT. Region Midtjylland*. [Online]
Available at: <http://www.rm.dk/om-os/aktuelt/nyheder/nyheder-2017/januar-17/bedre-hjalp-til-born-og-unge-med-funktionelle-lidelser/>
[Accessed 28. April 2018].
- Redaktionen, 2018. *Propatienter. Rettigheder. Viden. Inspiration*. [Online]
Available at: <http://propatienter.dk/helbred/smerter/1017-hospitalsdirektor-vi-har-ikke-behandlet-patienter-med-funktionelle-lidelser-godt-nok.html>
- Risør, M. B., 2009. Illness explanations among patients with medically unexplained symptoms: Different idioms for different contexts. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Medicine*, Vol. 13 (5), pp. 505-521.
- Risør, M. B., 2009. Kulturelle Idiomer. *Månedsskrift for praktiserende lægegering*, 87. årgang, pp. 1-11.

- Rosenberg, C., 2002. The Tyranny of diagnosis: Specific Entities and individual Experience.. *The Milbank Quarterly*, nr. 2 Vol 80, pp. 237-260.
- Rosendal, M., 2006. Lægens usikkerhed i relation til behandling af Medicinsk Uforklarede Symptomer. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 5, pp. 113-126.
- Rosendal, M., 2017. *DSAM - Dansk selskab for almen medicin*. [Online]
Available at:
http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=652&gotoChapter=652#chapter_670
[Accessed d. 30 November 2017].
- Rubow, C., 2010. Samtalen. Interview som deltagerobservation. In: R. a. K. Hastrup, ed. *Ind i verden, en grundbog i antropologisk metode*. s.l.:Hans Reitzels forlag, pp. 227-245.
- Samuelsen, H., 1998. Åndebørn. *Tidsskriftet antropologi*, nr. 38, p. 10.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. M., 1987. The Mindful Body: A Prolegomenon to future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, Mar. Vol. 1 nr. 1, pp. 5-41.
- Schilling, P. M. & C., 2010. Saved from pain or saved through pain. Modernity , instrumentalization and the religious use of pain. *European journal of Social Theory*, 13 (4), pp. 521-537.
- Shelly M.C. van der Veek, H. D. E. d. H. M. A. B. F. B., 2012. Emotion awareness and coping in children with funktionel abdominal pain: A controlled study. *Social Science & Medicine*, 74., pp. 112-119.
- Steffen, V., 2005. Erfaringspolitik - om brug af fortællinger i medicinsk antropologi. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, Årg. 2 nr. 2, pp. 103-116.
- Sundhedsdatastyrelsen, 30. jan. 2017. *Sundhedsanalyse, Lægemiddelstatistik og sundhedsdataprogrammet. Sag: 17/01406*. s.l.:Sundhedsdatastyrelsen.
- Susan Dawson, L. M. & V. L. T., 1992. *The Focus Group Manual*. Social and Economic research ed. s.l.:s.n.
- Sydvestjysk sygehus, 2017. *Funktionelle lidelser - til børn og unge*. [Online]
Available at: <http://www.sydvestjysksygehus.dk/wm437986>
- Thøgersen, U., 2004. *Krop og fænomenologi. En introduktion til Maurice Merleau-Pontys filosofi*. 1. ed. Århus: Systime.
- Tjørnhøj-Thomsen, T., 2010. Samværet. Tilblivelser i tid og rum. In: R. a. K. Hastrup, ed. *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*. s.l.:Hans Reitzels Forlag, pp. 93-116.
- White S.R., V. d. G. S. H. A., 2002. Prescribing physicians: medicines as communication. In: *Social lives of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 117-129.
- Williams, S. J. & Bendelow, G. A., 1995. Transcending the dualisms: towards a sociology of pain. *Sociology of Health and Illness*, Vol. 17 issue 2, pp. 139-165.
- Wind, G. & Brix, T. K. S., 2016. Den rummelige forskningsdiagnose. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, årg. 13 nr. 25, pp. 37-56.

Resumé

Dette masterprojekt omhandler forklaringer på børns kropssignaler, hvordan henholdsvis børn med og uden en funktionel lidelse, forældre, og sundhedsfagligt personale, forklarer børns kropssignaler. Samt, hvordan børn med en funktionel lidelse forhandler deres forklaringer i mødet med forældre, sygehussystem og det funktionelle team på Børne- og Ungeafdelingen. Studiet er baseret på deltagerobservationer i en 4. klasse og på en Børne- og Ungeafdeling, delvist strukturerede interview af 3 børn indlagt på Børne- og Ungeafdelingen, 2 forældre (til indlagte børn), 5 børn fra en 4. klasse, samt interview af forskelligt sundhedsfagligt personale. Det drejer sig om en psykolog, en fysioterapeut, en socialpædagog og en sundhedsplejerske.

Med begreberne *idioms of distress* og *medikalisering* belyses forskellige aspekter af forklaringerne og med baggrund i "diagnosekulturen" og en civiliserende skolekultur som kontekst belyses forskellige syn på følelser, smerter, diagnoser og normalitet. Da forklaringerne tager form som fortællinger, ses der desuden på disse med et *narrativt* analytisk blik.

Børn fra folkeskoleklassen har alsidige forklaringer på deres kropssignaler, hvorimod børn der er indlagt med en funktionel lidelse, har få eller ingen forklaringer. Forældre forklarer kropssignalerne med medicinske termer, hvorimod fagpersonalet bruger emotionelle og relationelle årsager som forklaringer.

Materialet viser, at objektive/symptomatiske idiomer, samt fortællinger om afvigelser kan medvirke til at sygeliggøre kropssignaler, og at følelser kan skabe kropssignaler der opleves som smerter og sygdom. Desuden viser materialet, at børnene i mødet med det funktionelle team og deres nye narrativer, og via den rituelle indlæggelse, forhandler og transformerer deres kropsnarrativer. Med andre ord afsygeliggøres børnene i transformationsprocessen.

Abstract

This master project is primarily concerned with explanations of children's body signals. How children, with and without a functional disorder, parents and healthcare professionals, explain the child's body signals in proportion to illness. Including how children with a functional disorder negotiate their explanations in the clinical meeting with the hospital and the functional team.

The study is based on: participant observations in a 4th grade class in primary school, on a children and youth unit at a hospital, partial structured interviews of three children who are hospitalized with functional disorder, two parents (to the children hospitalized), five children from a 4th grade, and different healthcare professionals (one psychologist, one physio-therapist, one social-pedagogue and one health visitor).

With the terms *idioms of distress and medicalization* illustrates different aspects of explanations. Moreover, due to the "culture of diagnoses" and the civilized school culture as context, I expose different views on emotions, pain, normality and diagnoses. As the explanations take the form of a story, shows in addition, that the explanations have a *narrative analytical glance*.

Children from the primary school have comprehensive explanations of their body signals whereas children that are hospitalized have few or no explanations. Parents explain the body signals with medical terms, whereas the healthcare professionals explain the body signals with emotional and social causes.

The data material shows that *symptomatic idioms* and stories about deviation from the normal, can contribute to a state of sickness and that emotions can create body signs that are experienced as pain and sickness. Furthermore, the data material shows that when children with functional disorder meet the functional team from the children and youth unit, they negotiate new body narratives, and together with the ritual hospitalization, they transform their body narratives. In other words they de-medicalise in the transformation.