

Neuro-entusiasme på handicapområdet

På Videnscenter for Bevægelseshandicap har vi gennem den seneste tid observeret og forholdt os til forandringer i måden at forstå og håndtere bevægehandicap på. I den henseende har opmærksomheden forskudt sig op til og ind i hjernen, og neurovidenskaben har fået en mere central rolle. Spørgsmålet er, hvilken betydning det har for børnehandicapområdet? Konsulent Morten Kurth vil med et perspektiverende diskussionsoplæg sætte denne udvikling i et kritisk-konstruktivt lys. Sammen kan vi diskutere, hvilke implikationer det har eller bør have for praksis.

Udgangspunktet for oplægget i dag er, at menneskets biologi og kultur er ikke modsætninger, men de kan heller ikke reduceres til hinanden. Det samme gælder for det, man i filosofien kalder *mind-body* dikotomien. Eller i set i forhold til det vi skal diskutere i dag – forskellen mellem min hjerne og ”mig”. Neurovidenskaben skaber uden tvivl megen værdifuld viden, men den er også ved at ændre balancerne mellem viden og vidensformer – på handicapområdet såvel som samfundet generelt.

Så jeg vil med dette diskussionsoplæg ikke grave grøfter eller skabe nye dikotomier. Jeg vil heller ikke sige så meget om neurologi eller neuropsykologi som sådan, synapser, transmitterstoffer, ionkanaler, receptorer og så videre. Det er det helt sikkert flere af jer, der ved mere om end jeg. Men jeg vil prøve at anskueliggøre nogle af de aktuelle forskydninger i handicapretorikken og -forståelsen, og dels se disse bevægelser i en lidt større sammenhæng, dels søge nogle forklaringer herpå, og dels lægge op til en afsøgning af de konsekvenser det kan have.

Jeg vil kort komme ind på:

- Tendenser på bevægehandicapområdet
- Handicapforståelser – det individuelle, det sociale og det relationelle
- Neurologi i tiden
 - Rose: biopolitik, biomedicin og biomagt
 - Kritik: Schmidt, Nepper Larsen m.fl.
- Oplæg til debat

Tendenser på bevægehandicapområdet

Bevægehandicappets forskydning op i hjernen, jf. det aktuelle fokus på kognitive og neuro(psyko)logiske problemstillinger på bevægehandicapområdet, blev for alvor skudt i gang i Spastikerforeningen af daværende direktør Peder Esben med ”Ny CP – cerebral parese med nye øjne 2” fra 2005. Siden har paradigmet mere eller mindre spredt sig til alle bevægehandicapgrupper. Det er ikke noget, vi har undersøgt endsige kan bevise. Det er nogle iagttagelser og refleksioner, vi har gjort os ud fra vores almene orientering i området. Men vi kan se, at neurodiskussioner, oplysninger om og italesættelser af fx kognitive problemstillinger fylder mere og mere i faglige debatter, artikler i handikaptidsskrifter, kurser etc. Jeg har taget nogle eksempler med for at illustrere, hvordan og hvor meget det fylder på de enkelte områder:

- Cerebral parese: Problemer med kognition og perception er en del af definitionen på CP. Stort fokus på kognitive aspekter i Spastikerforeningens informationsmateriale. CP rykker ind mod hjerneskadeområdet.
- Muskelsvind: fx Forskningsartikel fra Journal of Child Neurology (2008): ca. 20 % af Duchenne drenge har ADHD, autismespektrum-forstyrrelser eller OCD. På Muskelsvindfondens hjemmeside skriver de, at ”25-30 % af drengene er mentalt retarderede i lettere eller svær grad.”
- Rygmarvsbrok: Mette Stine Thorndal, Solbakkens Rådgivningscenter, udtaler i VfB’s publikation ”Skjulte Sider”: ”ca. 70 % af mennesker med rygmarvsbrok oplever kognitive vanskeligheder”.
- Sclerose: Da jeg kontaktede en psykolog fra Scleroseforeningen spurgte han: ”Er sclerose et bevægehandicap?”. De væsentligste vanskeligheder anses nu at være de kognitive funktionsnedsættelser og især træthed.
- Rygmarvsskader: Her oplever vi i mindre grad et ”neurofokus” – derimod et stort fokus på anatomi og fysiologi, *men også sociale og socialpolitiske problemstillinger.*
- Gigt: mindre neuro-fokus – dog på smerter og det at leve med gigt. Men stort fokus på anatomiske, fysiologiske og dertil hørende medicinske og kirurgiske behandlinger.
- Uden for VfB’s område er nogle begyndt at tale om ”ADHD-epidemien”:
 - Et skøn fra ADHD-foreningen: Mellem 85.000 og 170.000 personer har ADHD i DK.

- Forbruget af Ritalin til børn i DK er steget med 2054 % de seneste 10 år. Tallene gælder børn mellem 5 og 19 år og er fra professor i sociologi ved Lunds Universitet, Thomas Brante. Han forsker bl.a. i medicinalindustriens betydning for udbredelsen af diagnoser. Se fx ”Den nye psykiatri” i *Diagnosens magt* (2007) eller artiklen ”Medicinalindustrien har brug for diagnoser som ADHD” fra DPU’s magasin *Asterisk*.
 - Hertil skal lægges børn ned til 1 år og voksne (sidstnævnte er den nyeste fokusgruppe). Fx peger forskellige undersøgelser på, at mellem 25 og 50 % af indsatte i fængsler har ADHD.

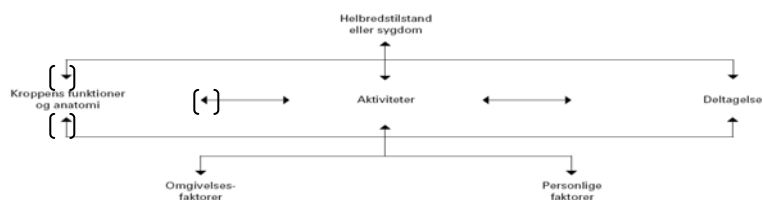
I forlængelse heraf har vi på specialundervisningsområdet set en udvikling, hvor antallet af specialundervisningselever er steget med 48 % (set i forhold til en stigning i elevtallet på 18 %) fra 1997 til 2007. Langt de fleste indenfor områderne: generelle indlæringsvanskeligheder, adfærds- og psykiske vanskeligheder, AKT og ADHD. Det vil sige, at det er hjernen, ”den er gal med”. Stigningen er fordelt på 72 % drenge og 28 % piger.

Også VISO har gjort mig opmærksom på, at der ofte er udtalte ønsker om neuropsykologiske tests med den forventning, at det er her nøglen til både forklaringen og løsningen ligger.

Jeg har taget et aktuelt eksempel med fra Københavns kommune. Eksemplet illustrerer, hvor vigtig hjernen er blevet i argumentationen på handicapområdet:

Sagen handler om, at Københavns kommune i årevis har undladt at give borgere med handicap tilbud om undervisning og sociale aktiviteter. En neuropsykolog udtaler: ”Det er totalt i modstrid med vores viden om hjernen, at hun sidder der uden at få tilbud om aktiviteter” (om en kvinde på 36 år, der i 19 år ikke har fået tilbudt aktiviteter i dagtilbud). Hvad ligger der i det udsagn? At vi skal tilbydes sociale og undervisningsmæssige aktiviteter, ”fordi det er godt for vores hjerne”. ”Skal vi ikke gå i biografen i aften – det vil øge vores antal af synapser og transmitterstoffer”. Er det vores motivation for aktivitet? Ikke rigtigt. Og hvad med begreber som: diskrimination, ensomhed, omsorgssvigt, livskvalitet, solidaritet, rettigheder, medmenneskelighed, samhørighed, intimitet, venskab, fællesskab etc. Neurologen vil sikkert være enig. Det kan også være, at hun *har* sagt disse ting, men journalisten har valgt at trække ”hjerne-argumentet” frem i artiklen. Men pointen er, at

”hjerne-argumenter” fylder mere og mere på handicapområdet, og måske – måske ikke – mere end det egentlig er belæg for. Og med konsekvenser som måske ikke er at foretrække. Det er et eksempel på det, Nikolas Rose kalder biopolitik, altså at politiske initiativers formål er at forme, skabe og optimere vores kroppe og hjerner. Og at det er ”hjernens behov” vi må tage udgangspunkt i, når vi politisk skal skabe det gode samfund. Nikolas Rose vender jeg tilbage til.



Men lad os prøve at se på en model, som I alle sikkert kender. WHO’s internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand – ICF. Min pointe er, at vores måde at forstå handicap eller helbredstilstand netop her fået en slagside. ”Krop-siden” er begyndt at vægte mere – i hvert fald i vores forståelse af problemet. Derfor har jeg sat parentes om pilene, som går fra aktivitet og deltagelse mod kroppen. Vores forståelse af funktionsnedsatte menneskers aktiviteter og deltagelse udgår fra kroppen/hjernen, og i mindre grad den anden vej. Men interventionerne foregår faktisk den anden vej – fra aktiviteter og deltagelse og mod kroppens funktioner og anatomi. Det vil sige, når vi skal intervenere foregår det gennem terapi og andre former for aktiviteter rettet mod kroppen/hjernen. Men man kan få indtrykket af, at det er i mangel på bedre. Hvis bare vi havde en pille mod social isolation.

Jeg har taget ICF-figuren med, fordi den som udgangspunkt trods alt understreger, at vi i vores forståelse af helbredstilstande lægger vægt på, at der er en vekselvirkning mellem krop og omgivelser. I forhold til neuroparadigmet på handicapområdet understreger figuren således de to grundfortællinger om hjernen, der er i omløb: Én hvor hjernen er plastisk og kompleks, og som vi kan forme fra vugge til grav. Hjernen skal trimmes, udvikles, gøres genstand for politikker og interventioner (jf. Rose senere). Hermed åbner der sig også en verden for at intervenere på baggrund af risici og sårbarhed (dvs. ”endnu-ikke-sygdom og mulige fremtider). Hjernen er i denne forståelse social og formbar, ikke skæbne. Hjernen er resultatet af vores handlinger og levede liv. I den anden fortælling fremstilles hjernen som statisk og stationær, og som det faste holdepunkt hvorudfra vi kan udlede hvem vi er, eller hvad problemet måtte være. Hjernen er årsag til det levede liv.

Fortællingerne vikles ind i hinanden på forskellige måder og til forskellige formål. Hjernen er både årsag og resultat, og derfor kan fortællingerne bruges strategisk og politisk.

Hjernen som selvstændig og eneste årsag giver imidlertid ikke mening og er selvmodsigende. Neuroner og synapser som endegyldig årsag. Hjernen ændrer sig derimod hele tiden i forhold til uforudsigelige psykologiske, sociale og kulturelle processer. Hjernen er ikke en maskine og kan ikke sammenlignes med fx en computer. Historien viser, at vi har en tendens til at forstå mennesket i lyset af samtidens dominerende teknologier – fra hjulet, over hesten, dampmaskinen, computeren og til internettet. Hjernen er ikke det samme som en computer eller internettet.

Steen Nepper Larsen og Lars-Henrik Schmidt fra forskningscentret GNOSIS ved Århus Universitet er blandt de fremmeste kritikere. ”Er jeg det samme som min hjerne?” har Nepper Larsen spurgt i en artikel fra 2008. Og nej, det er hverken Nepper Larsen eller vi andre langt fra. Lars Henrik Schmidt sammenligner neurovidenskaben med 1800-tallets frenologi. Nu måler vi blot ”buler” inde i og ikke uden på hovedet. Problemet opstår, når vi på den måde tror, vi kan forklare alt om mennesket – inklusive vores personlighed. Han kalder scanninger for ”døds kategorier”, hvis vi forestiller os, at de kan fortælle os, hvem vi er – fordi de i så fald slukker vores håb. Håbet handler om, at vi ikke orienterer os efter risikokalkuler og døden, men efter chancer og livet.

Samtidig har vi en officiel dansk handicappolitik, der understreger, at vi i Danmark arbejder med et miljørelateret eller et relationelt handicapbegreb. Dvs. handicap er en relation mellem et menneske med funktionsnedsættelser og dets omgivelser. Handicap = funktionsnedsættelser + barrierer i omgivelserne. Derfor er det i princippet lige så meningsløst at tale om ”mennesker med handicap”, som det er at tale om ”mennesker med diskrimination”. På nogle områder har vi således forstået den retoriske pointe, men altså endnu ikke helt på handicapområdet.

I England taler man i den forbindelse om *disability* og *impairment* og har en lang tradition for at fastholde et stærkt fokus på omgivelsernes betydning for handicap. De taler om det sociale handicapbegreb. Dét fokus er med til at fastholde en meget kritisk, oppositionistisk og aktivistisk handicapbevægelse i England, herunder også den del af den britiske handicapforskning, der går under navnet *Disability studies*. Englænderne er dog begyndt at kigge lidt mod den skandinaviske handicapforståelse, med Tom Shakespeare i spidsen. Han har bl.a. skrevet bogen *Disability Rights*

and Wrongs. Det er dog en proces, der langt fra foregår uden heftige sværdslag. Shakespeare er uglest i nogle engelske handicapkredse. Samtidig er det sociale perspektiv med til at gøre ”handicap” mere attraktivt som (forsknings)område, fordi det ikke udelukkende handler om ”dem” men også ”os”.

Den 11. september 2009 lanceredes Servicestyrelsens målgruppeklassifikation af handicap og udsatte voksne. Den har jeg taget med her. Den er nok meget svær for jer at læse, men jeg har med mine bokse prøvet at illustrere, hvori den består. Det øverste går mest på aldersafgrænsninger. Den blå boks nederst er fysiske og psykiske funktionsnedsættelser af forskellig art. Den røde boks i midten er sociale problemer. Så kunne man så tro, at man *har* inddraget de sociale aspekter ved handicap. At man har taget højde for den officielle danske relationelle forståelse af handicap – men nej. Kigger man nærmere på indholdet af ”sociale problemer”, viser der sig et andet billede.

De første seks bokse fra venstre relaterer sig mest mod udsatteområdet (misbrug, hjemløshed, prostitution, kriminalitet, vold, seksuelt misbrug). Herefter kommer der tre bokse, der altså her defineres som sociale problemer, men mest af alt er camouflerede (neuro)psykologiske problemstillinger hos den enkelte person. Det drejer sig om *nedsat evne* til følelsesmæssige relationer, *nedsat evne* til at indgå i sociale relationer og *den enkeltes følelse* af isolation. Og til sidst to bokse med reelle sociale problemstillinger: manglende omsorg samt manglende økonomiske ressourcer. Samlet har vi altså et billede, der reducerer sociale problemstillinger på handicapområdet til disse to forhold, omsorg og økonomi. Man må i den grad undre sig over, hvor vi har noget så centralt som manglende tilgængelighed? Fordomme? Diskrimination? Manglende rummelighed? Listen er lang.

Neuro-forventninger

Men er det ikke bare ordkløveri? Jo og nej. Vores handicapforståelse er med til at fastlægge, hvad der er problemet – og derfor også hvad der er løsningen eller behandlingen. Der knytter sig ganske enkelt meget tætte bånd mellem biologiske problemstillinger og medicinske løsninger – logisk nok. Og med dette også en masse forventninger til såvel udviklingen af både neurologien som farmakologien. Det er man i ”neuro”-kredse også udmærket klar over – og i stigende grad også bekymrede for. I et interview til Weekendavisen i juni i år gør neurologen Antonio Damasio, University of Southern California, utvetydigt opmærksom herpå:

”[Vi] rider på en bølge af neuro-entusiasme... Jeg forudsiger et kolossalt bagslag, og jeg skal sige dig hvorfor. Selvom interessen er svinget fra sygdomme til sociale sammenhænge, er der stadig fokus på, at hjerneforskningen skal helbrede noget. Nu gælder det bare sociale patologier – psykopatisk vold, bandekriminalitet, kollaps på de finansielle markeder. Men når håbefulde økonomer og politikere finder ud af, at hjerneforskningen ikke kan levere en kur mod disse onder, risikerer vi, at de slår bak og mister interessen.”

Albert Gjedde, professor og leder af Institut for Neurovidenskab og Farmakologi, KU, der kommer som oplægsholder ved vores konference til november 2009 havde samme pointe i P1 morgen og i radioprogrammet Apropos den 27. august 2009:

”Der er nogen, der har været meget begejstrede, men jeg tror, det er ved at vende nu.... Historien har vist os, at har vi én gang en målemetode, så vil den blive brugt. Spørgsmålet er, hvor vi skal sætte grænsen.”

Neuro-samtid

Vi ser således præfikset ”neuro” blive koblet på flere og flere fænomener, blandt andet neuropsykologi, neuropædagogik, neuromarketing, neuropolitik, neuroøkonomi, neuroantropologi, neurorådgivning og flere til. Så den neuro-udvikling vi ser på handicapområdet er ikke enestående. Det er ikke kun her, vi ser ”neuroficeringen”. Især Nikolas Rose har forsket i denne overordnede udvikling set i et samfundsmæssigt perspektiv. Nikolas Rose er professor i sociologi ved London School of Economics og leder af BIOS – Centre for the study of Bioscience, Biomedicine, Biotechnology and Society, og er orfatter til bl.a. *The Politics of Life Itself* (Livets politik) – en deskriptiv analyse af aktuelle samfundsmæssige tendenser. Nikolas Rose er oprindeligt uddannet sig indenfor biolog og psykologi.

Han har studeret, hvordan biologisering og herunder neurolisering, ændrer vores måder at forstå på. Vores forståelse af os selv, af vores kroppe, af sundhedspraksis, af vores samfund og dermed også hvad der bør være genstand for politik, statslig styring og borgernes selvstyring. Vi ser det måske ikke helt så meget i Danmark – endnu. I USA og Storbritannien er tendensen mere udtalt.

Neuroparadigmet på handicapområdet skriver sig således ind i en større udvikling, hvor vores forståelse af os selv og vores medmennesker netop nu transformeres i biologiens navn.

Rose forsker i den hypotese, at de biologiske videnskaber, herunder neurologien og genetikken, i stigende grad påvirker vores forståelse af os selv. Biologien overtager i den henseende den dominerende position som psy-videnskaberne har haft i den 20. århundrede. Rose beskæftiger sig ikke med handicapområdet som sådan, men det er egentlig heller ikke så væsentligt.

Handicapområdet er som skitseret ovenfor ikke et felt, der eksisterer afgrænset og isoleret fra "samfundet". "Samfundet" er handicapområdet, og handicapområdet er "samfundet". De spiller ind i og påvirker hinanden, så hvad der foregår af bevægelser i det omgivende samfund har stor betydning for, hvordan vi anskuer og interagerer med mennesker med handicap.

Roses påstande er:

- Psykologien var den dominerende referenceramme for det 20. århundrede. Biologien ser ud til at afløse denne i det 21. århundrede.
- 5 centrale punkter i den aktuelle udvikling:
 - **Molekylærisering:** Det menneskelige liv forstås nu på molekylært niveau. Og på dette niveau er intet ved vores liv mystisk eller uforståeligt – hvad som helst og alting synes i princippet at være forståeligt og åbent overfor bevidste interventioner, som kan tjene vores ønsker om, hvem vi selv og vores børn skal være.
 - **Optimering:** Vi orienterer os mod optimering af det menneskelige liv. Vi er fremtidsorienterede. Vi går fra, at ville "være normale til at forme os selv efter eget ønske".
 - **Subjektifikation:** Nye værdier og forventninger til hvordan vi skal leve vores liv, der giver det kropslige en central plads. Altså vi vil leve i overensstemmelse med, hvad der er godt for vores krop og vores hjerner.
 - **Ekspertise:** Vi ser en fremvækst af nye bio- og neuroeksperter til at vejlede den enkelte. Og ikke bare vejlede – eksperterne tillægges en forudsigelseskraft, der kan indikere forskellige former for sandsynligheder for livets fremtidige udvikling.
 - **Bioøkonomi:** Medicinalindustri, biovirksomheder, bioteker m.fl. spiller en stadigt større samfundsmæssig rolle. Gener, molekyler, stamceller, teknologier m.m. handles og bliver forretning, der skal producere overskud til aktionærer.

- Vi ser i stigende grad os selv som biologiske og ”neurokemiske selver”. Min krop/min hjerne er mig.
 - Det, der her er drømmen, er at diagnosticere gennem hjernen – altså at fx kognitive funktionsnedsættelser kan måles direkte i hjernen, anatomisk og/eller fysiologisk – i stedet for at diagnosticere gennem symptomer og sygdomsforløb.
 - Hvis man kan lokalisere kognitive funktionsnedsættelser til anatomiske/genetiske strukturer eller fysiologiske processer, åbner det ikke bare mulighed for medicinsk behandling, men også for forebyggelse ud fra analyser af, hvor disponeret man er for bestemte funktionsnedsættelser.
 - Rose ser ikke den nye psykofarmaka som noget, der skal isolere, hæmme eller begrænse ”patienten”. Medicinen bliver derimod italesat som nødvendig for at ”finde ind til sig selv” og kunne leve et godt liv, fx som vi ser det med ADHD og Ritalin til børn. Ritalin er ”nødvendig for at barnet kan være sig selv”.
 - Fra 1990 til 2000 voksede værdien af det psykofarmakologiske marked i USA med 638 %. I USA er det tilladt at reklamere for receptpligtig medicin.
- Rose siger intet om, hvordan fremtiden så kommer til at se ud. Fremtiden er derimod åben for diskussion. Rose er ikke pessimist. Som udgangspunkt er han end ikke kritisk. Han konstaterer blot.

Nikolas Rose var i Århus i november 2008. Her trak han bl.a. dette eksempel frem fra den britiske regerings tænketank, Government Office for Science. Det drejer sig om et udspil fra 2008 om, hvordan vi (her englænderne) skal forme fremtidens politik – nemlig på baggrund af neurovidenskaben. Vi skal lave et samfund, der er godt for vores hjerner. Rose taler i den forbindelse om neuropolitik. I udspillet har de bl.a. udarbejdet en pendant til ”6 om dagen” (frugt og grønt), som skal forbedre borgernes ”mentale kapital”: skab netværk, være aktiv, vær opmærksom, livslang læring og giv til andre.

At forandring og begrundelsen for forandring på denne måde skal komme indefra, ser vi også på handicapområdet. På videnscentret får vi jævnligt reklamemateriale om kurser i kognitiv coaching og handicapcoaching. Her kan man bl.a. lære klienten med at ”få ro i sindet”, ”mindske bekymringer og negative tanker”, ”forøge lavt selvværk og forbedre selvopfattelsen”. Også her handler det om at ”få fat på” og optimere borgerens hjernefunktioner.

Hvorfor er neurovidenskab forførende?

- Først og fremmest fordi den løser nogle problemer på handicapområdet. Løsningen af *visse* problemstillinger bliver mere præcis og effektiv. Men den forklarer og løser ikke *alle* problemer. Hvad med tilgængelighed, diskrimination, inklusion etc.? At neurologien alligevel breder sig ind på andre områder kan være, fordi den giver os *en følelse af* at have løst problemerne.
- Teknologisk udvikling som gør, at vi kan se problemet – blandt andet på farverige scanningsbilleder og forskellige former for tests. Lysende pletter på billedet af en hjerne og talværdier har det med at virke mere overbevisende.
 - Nikolas Rose: ”Øjet (hjernescanninger) fortrænger øret (psykologien)”.
 - Det aktuelle fokus på dokumentation og evidens forstærker ønsket om korte, præcise og alment tilgængelige ”beviser” for vores intervention.
 - Rose beskriver et eksempel med en unge kvinde, der havde en depression og fik antidepressiva. Efter en tid ønskede hun ikke længere medicinen, men efter nogen tid begyndte symptomerne at komme igen. Men hun ønskede ikke at få medicin igen, fordi hun forbandt den med ”deprimerede mennesker”. Sådan så hun ikke sig selv, og hun ønskede ikke at have den etiket på sig. Lægen bestilte en hjernescaning, og ved at pege på forskellige steder, der ”lyste op”, blev hun overbevist om at tage medicinen igen.
- Neurologien kan tilvejebringe og opfylde vores behov for entydige forklaringer og løsninger – der også appellerer til medierne? Neurologi er blevet formidlingsvenligt: Lone Frank, Morten Kringelback m.m.
- Biologisk problemstilling giver forventninger om ”lette”, medicinske behandlinger – en ”pille”-løsning.
- Medicinalindustrien er en økonomisk og politisk magtfaktor – industrien er afhængig af at skabe og udvikle sine markeder. Og vi er afhængige af medicinalvirksomhederne, som næsten er de eneste til at investere den risikovillige kapital i udviklingen af nye lægemidler.
- Neurologien minimerer risiko gennem forebyggelse, fosterdiagnostik, handicapcoaching m.m., som det fx kommer til udtryk i den britiske regerings udspil “Mental Capital and Wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st century”. Sociologen Ulrich Beck har udfoldet parallelle tanker i sin teori om risikosamfundet.

- Neurologien harmonerer med en generel individualisering i samfundet. Neurologi frikender ”os andre”, fx forældrene til børn med handicap, diskriminerende omgivelser eller manglende kapacitet i det offentlige system. Den norske ph.d. studerende Ingunn Ellingsens skelner i den forbindelse mellem skyld og skam. Forældre til anbragte børn med diagnoser føler ofte skyld, men ikke skam. Skyld, fordi de føler at have svigtet egne idealer i forhold til at være en god forælder. Men ikke skam, fordi det i ”virkeligheden” ikke er deres skyld, men sygdommens eller den manglende støttes skyld. Skam er således et socialt fænomen, der udspiller sig mellem forældrene og omgivelserne.
 - Neurologien kan omvendt også frikende den handicappede selv. ”Det er ikke ”mig”, der er problemet. Det er min hjerne”. Fx fremfører marketingseksperter Martin Lindstrøm, der er forfatter til succesen ”Buy-ology” og som er med på TIME’s liste over verdens 100 mest indflydelsesrige personer i 2009: ”Bevidstheden spiller en mindre rolle for, hvordan jeg handler og forbruger. Hjernen virker bag om vores rationalitet”. I det lys kan handicapet måske blive mindre stigmatiserende.
- Neurologien kan være attraktiv af systemiske eller strategiske grunde. Diagnoser og dokumenterbare funktionsnedsættelser åbner op for ressourcer både for privatpersoner, fagpersoner og institutioner. Neurologien åbner op for kontinua frem for en kategorisk skelnen mellem normalitet og afvigelse. Det vil sige, åbner kampen om at være handicappet nok til at modtage offentlige ydelser.
- Neurologien giver håb. Hjernen er ”uopdaget land”, der kan pege på plausible årsager, og, som vi håber, kan løse mange flere (måske alle) problemstillinger, hvis vi bare leder lidt mere i hjernen.

Som jeg ser det, tydeliggør neurovidenskaben imidlertid i sig selv, at tværvenskabelighed og tværfagligt/-organisatorisk er nødvendigt. Ingen videnskab, intet perspektiv kan i sig selv forklare og løse problemerne for mennesker med handicap. Det vil de fleste sikkert være enige i, også neurologer, neuropsykologer, neuropædagoger m.fl., men er det også det, vi handler efter?

Oplæg til diskussion

Tanker, kommentarer og spørgsmål.

- Fordele og ulemper ved den aktuelle udvikling?
- Kan en scanning eller en test tage fejl?

- Hvad gør vi så?
- Hvordan forholder vi os til manglende omsorg, eksklusion, diskrimination, social ulighed/ligebehandling, social isolation, manglende anerkendelse og respekt, manglende tilgængelighed, sektoransvar etc. i en neurovidenskabelig samtid?
 - Er disse fænomener et problem, fordi de giver ”dårlige” hjerner? Eller er der noget andet på spil? Donna Reeve er med hendes psyko-emotionelle *disablism* måske på vej ind på det spor.
- Hvordan stiller neurologien borgerinddragelse og empowerment?
 - Med en hjerne der virker ”bagom ryggen” på os, bliver det måske mindre vigtigt. I hvert fald mindre vigtigt end at få genoptrænet eller optimeret vores hjerner. Det er hjernen, der fortæller os sandheden, og ikke hvad vi siger.
 - Og hvis ”hjernen er mig”, hvordan stiller det så vores opfattelser af personlig frihed, rationalitet, ansvar, skyld, vilje etc. ”Jeg gjorde det ikke, det var min hjerne”.
- Neurologi og biomagt. Neurologiske årsagsforklaringer fører ikke sjældent automatiske løsningsmuligheder med sig.
 - Hvad kan man medicinere sig ud af – hvad ikke?
 - Og kan man afslå en ”neurologisk” løsning – og til hvilken pris?