

BACHELOROPPGÅVE

Korleis kan det sosialkonstruksjonistiske perspektivet kaste lys over bruken av AD/HD-diagnosen?

av

14 – Lise Marie Bakkebø

Barnevern
BA530 201
Mars 2007

**Korleis kan det sosialkonstruksjonistiske perspektivet
kaste lys over bruken av AD/HD-diagnosen?**

Innholdsliste

| | |
|---|-------|
| 1.0 Innleiing | s. 1 |
| 2.0 Diskursanalyse | s. 2 |
| 3.0 Det sosial konstruksjonistiske perspektivet | s. 6 |
| 3.1 Konstruering av sosiale problem | s. 9 |
| 4.0 Symptom, årsaker og utbreiing av AD/HD | s. 11 |
| 5.0 AD/HD og den aukande medikaliseringa | s. 13 |
| 5.1 Medikalisering og den diagnostiske kultur | s. 14 |
| 5.2 AD/HD og omsorgssvikt | s. 17 |
| 5.3 AD/HD og definisjonsmakt | s. 21 |
| 6.0 Avslutning | s. 24 |

Litteraturliste

1.0 Innleiing

Stadig fleire barn vert diagnostisert med lidinga AD/HD. Mange av desse barna kjem til å få behov for tiltak frå barnevernet. I følge SSB sin statistikk danna barnet si åtferd, herunder kriminalitet og sosialt avvik, bakgrunnen for over 1500 barnevernstiltak i 2005 (www.ssb.no). Den aukande diagnostiseringa fører med seg ei auke i medisineringa av barn med AD/HD-diagnosen, då diagnose er ein føresetnad for at barn skal kunne medisinerast for lidinga. Den aukande bruken av diagnosar og medisinar vert kalla medikaliseringsprosessen. Diagnosar er kategoriar som vert brukt for å definere ulike fenomen. Dette er eit sentralt element innan det sosialkonstruksjonistiske perspektivet. Dette perspektivet ser på sosiale problem som sosialt konstruerte. AD/HD-lidinga kan reknast som eit sosialt problem. Den vert definert som eit problem og kategorisert som ei lidinga som krev behandling. Eg skal nytte det sosialkonstruksjonistiske perspektivet som rammeverk i oppgåva mi.

FN sitt kontrollorgan for narkotika gjekk i byrjinga av 2006 ut og sa at dei var bekymra for den auka medisineringa av barn med AD/HD i Noreg. Noreg ligg i dag, som i fjor, på verdstoppen i bruk av AD/HD-medisin. Frå 1985 til 1990 var talet på barn som vart medisinererte mot AD/HD-lidinga firedobla. Sidan 1996 har talet vorte meir ein tidobla. I 2006 var det over 11000 barn som brukte AD/HD-medisin (www.fmr.no). Dette viser ei sterk auke i bruken av denne medisinen, noko som eg meiner kan vere interessant å analysere. Eg har på bakgrunn av dette valt å sjå nærare på dette fenomenet, og har konstruert følgjande problemstilling:

korleis kan det sosialkonstruksjonistiske perspektivet kaste lys over bruken av AD/HD-diagnosen?

Gjennom heile oppgåva vil eg ha det sosialkonstruksjonistiske perspektivet som teoretisk rammeverk. Det sentrale i denne tilnærminga er at sosial fenomen oppstår gjennom sosial aktivitet. Eg skal byrje oppgåva med å gje ein presentasjon av kva metode er. Eg har i mi oppgåva valt ei kvalitativ tilnærming, og eg har utført ein diskursanalyse i tråd med det Halvorsen skriv om i si metodebok frå 2002. Eg vil òg drøfte ulike metodiske problem eg møtte undervegs i arbeidet med oppgåva. I den neste delen skal eg gje ein presentasjon av det sosialkonstruksjonistiske perspektivet, der eg forklarar dei mest sentrale omgrepa og prosessane som er relevante for mitt prosjekt. Eg vil her komme inn på dei tre prosessane eksterialisering, objektivisering og internalisering. Desse prosessane er sentrale i høve

menneska si konstruering av verkelegheita. I tillegg vil eg gje forklaring på omgrepa definisjonsmakt, språk og ressursar. Dette er sentrale omgrep i dei tre prosessane og er såleis sentrale element i menneska si konstruering av verkelegheita. Vidar følgjer ein presentasjon av AD/HD-lidinga, der eg tek føre meg ulike symptom på AD/HD-lidinga og diagnosekriterium som er lista opp i dei ulike diagnosesystema.

På bakgrunn av det eg har kome fram til i dokumentstudien har eg delt analysedelen inn i ein diskusjon av tre kategoriar. Den første kategorien omhandlar den aukande medikaliseringa i samfunnet. Eg forklarar dei ulike delprosessane i medikaliseringsprosessen og ser på heile prosessen gjennom eit sosial konstruksjonistisk perspektiv. I den andre kategorien i analysedelen drøftar eg likskapstrekk mellom AD/HD og symptoma på at barn vert utsett for omsorgssvikt. Eg viser likskapstrekk mellom konsekvensar av omsorgssvikt og AD/HD-diagnosen og korleis det sosialkonstruksjonistiske perspektivet kan kaste lys over dette. Den siste kategorien har eg valt å kalle AD/HD og definisjonsmakt. Der skal presenterer ulike grupper som har definisjonsmakt i høve defineringa av AD/HD som ei liding. Eg vil vidare drøfte kven som har interesse av at AD/HD vert definert som ei liding. Det er stor usemje blant fagfolk om bruken av diagnosen AD/HD. Mange hevdar det ikkje er haldepunkt for å diagnostisere personar som har symptoma som vert lista opp i diagnosekriteria. Andre ekspertar hevdar det motsette, at AD/HD heilt klart er ei liding som bør diagnostiserast og behandlast. Eg har difor i mi oppgåve valt å utføre ein diskursanalyse av innhaldet i ulike dokument og artiklar for sjå kva diskursar som er gjeldande i samfunnet i dag.

2.0 Diskursanalyse

Eg har analysert innhaldet i ulike dokument som omhandlar bruken av AD/HD-diagnosen for å finne fram til kva diskursar som er gjeldande. Eg skal no gjere greie for ulike metodiske omgrep som er sentrale innan denne forma for analyse. Kva kontekst forfattaren var i då han skreiv teksten er sentralt her. Eg vil òg komme inn på omgrep som reliabilitet og validitet.

Metode er ein framgangsmåte for å komme fram til ny kunnskap, og vert definert som læra om dei verktøy ein kan nytte seg av for å samle inn informasjon. Metode er læra om å samle inn, organisere, bearbeide, analysere og tolke sosiale fakta på ein systematisk måte.

Informasjonen vi samlar inn vert kalla data og dei innsamla data vert kalla empiri (Halvorsen, 2002). Ein kan skilje mellom to ulike undersøkingsmåtar. Kvantitativt orientert metode er ei førehandsstrukturert informasjonssamling. Data samla inn etter ein kvantitativt orienterte

metodar kan uttrykkjast ved tal. Den vanlegaste måten å innhente kvantitative data på, er ved spørjeskjema. Eg har i mi oppgåve valt å samle inn data etter ein kvalitativt orientert metode. Kvalitativt orientert metode er ei meir open form for informasjonsinnsamling, der dei innhenta dataa seier noko om dei kvalitative eigenskapane ved objektet ein undersøker. Dette gjeld om ein analyserer informasjon innehenta frå intervjuobjekt, dokument eller observasjon av feltet. Eg har i mitt prosjekt analysert ulike dokument. Ein annan måte å hente inn informasjon på, er å utføre ustrukturerte og uformelle intervju som gjev oss informasjon som kan framstillast i tekst (Halvorsen, 2002).

Innhaldsanalyse av skriftlege dokument kan utførast både ved bruk av kvalitativ og kvantitativ framgangsmåte. Eg har i mi oppgåve valt å analysere dokument kvantitativt. Det betyr at eg er interessert i å undersøke meiningsinnhaldet ved mellom anna å studere utsegn i dei ulike dokumenta. Metoden ein vil nytte seg av må veljast med utgangspunkt i mellom anna problemstilling, føremålet med undersøkinga og eigne føresetnader. Eg ville i mitt prosjekt fokusere på bruken av AD/HD-diagnosen og nytte det sosialkonstruksjonistiske perspektivet til å kaste lys over denne bruken. Eg valte då å analysere innhaldet i ulike dokument og utføre ein diskursanalyse. Eit dokument vert av Scott (1990) definert som ein skriven tekst. Han skil òg mellom dokument som er produsert på initiativ frå forskaren og dokument som er produsert uavhengig av forskaren. I mi oppgåve har eg valt ulike typar dokument. Dokumenta eg har valt er produsert uavhengig av meg, og er meint for befolkninga generelt. Eg har analysert artiklar i tidsskrift, offentlege dokument og vitskapelege tekstar.

Når ein utfører ein diskursanalyse vil ein prøve å finne ut kva fortolking av verkelegheita teksten representerer. Ein tek ikkje for gitt det som står i teksten, men prøver å finne ut kva grunnar forfattaren har til å skrive det han skriv, kven han skriv det til og kva føremålet med å uttale seg er (Halvorsen, 2002). Forfattaren av dokumentet vil ved bruk av argument prøve å overtale mottakaren. Når ein skal analysere dei ulike dokumenta må ein prøve å plassere dokumentet i den samanhengen det oppstod i. Ein må tenke på kva kontekst forfattaren var i då han skreiv teksten, altså konteksten rundt prosessen dokumentet vart produsert i (Fossaskåret, Fuglestad og Aase, 1997). Eksempelvis er artiklane eg har valt å analysere i mi oppgåve, skriven i ein annan kontekst enn bøkene eg har analysert. Artiklane er henta frå ein debatt om bruken av AD/HD-diagnosen og er meint for andre psykologar og fagpersonar som les tidsskriftet. Bøkene er derimot skrivne for alle som kjem i kontakt med AD/HD-fenomenet. Ein må vidare vurdere om dokumentet er produsert for offentleg eller privat bruk.

Har ein med ein vitenskapleg tekst å gjere, eller arbeider ein med for eksempel ei stortingsmelding eller eit lovverk. Då må ein samtidig sjå på kva stadium i prosessen dokumentet vart skriva, om det er eit utkast eller den endelege teksten. Eg har mellom anna valt å analysere ein rettleiar frå Sosial- og helsedirektoratet. I analyseringa av denne teksten må eg ta omsyn til at det som er skriva i dette dokumentet presenterer det offentlege sitt syn på AD/HD-fenomenet i 2005. Artikkane eg har analysert er på den andre sida uttrykk for subjektive meininger, der berre forfattaren kan stå ansvarleg for det som er skriva.

Fossaskåret et al. (2005) seier at talet på opphavspersonar kan vere med på å avgjere kor stor lit vi festar til innhaldet. Idealet i arbeidet med å analyse skriftlege kjelder er å ha ein fullstendig tilgang på relevante kjelder. Kjeldene må òg vere uavhengige av kvarandre. Samtidig må utveljinga av dokumenta vere så representativt som mogleg (Fossaskåret et al., 2005). Det vil sei at mitt utval av dokument viser både for- og motargument i diskusjonen rundt bruken av AD/HD-diagnosen, og skapar eit nyansert og heilskapleg bilete av debatten. Ein oppnår god validitet i prosjektet dersom utveljinga av dokument er representativ. I Halvorsen (2002) vert definisjonsmessig validitet definert som om det er samsvar mellom den teoretiske definisjonen av ein eigenskap og den operasjonelle definisjonen av eigenskapen som skal målast. Det betyr at det må vere samsvar mellom det vi har funne ut og det vi opphavleg ynskte å undersøke. At prosjektet har god validitet betyr at dokumenta ein har valt ut seier noko om det ein har tenkt å skriva om. Det vil sei at dokumenta ein har analysert er med på å hjelpe ein å svare på problemstillinga. Eg vurderer det til at validiteten i prosjektet mitt er relativt god. Eg har funne relevante dokument som seier noko om tendensen i samfunnet i høve bruken av AD/HD-diagnosen. Eg har funne fagbøker om emnet, artiklar frå ein debatt om bruken av AD/HD-diagnosen, samt eit offentleg dokument som seier noko om behandling og diagnostisering av AD/HD-lidinga. På same tid har det vore vanskeleg å finne nøytrale dokument som har eit meir nyansert syn på bruken av AD/HD-diagnosen. Dette kan ha vore med på å svekke validiteten noko.

Eg har i mi oppgåve valt å ta utgangspunkt i fleire tekstar av ulike forfattarar, samt fleire tekstar av same forfattarar. Dette for å få eit breiare bilete på dei ulike synspunkta rundt bruken av AD/HD-diagnosen. Eg vil sjå kva diskursar dokumenta ber preg av. Eg har gjort eit utval av forfattar som både er for og mot den aukande bruken av diagnosen AD/HD, samt eit offentleg dokument utvikla av Sosial- og helsedirektoratet. Tekstane er skrivne av psykologar eller anerkjente ekspertar på området, noko som skal vere med på å underbygge reliabiliteten

til dokumenta. Reliabilitet betyr pålitelegheit og betyr av ein kan stole på dei metodane som har vorte brukt i produksjonen av data (Schieffloe, 2003). I mitt tilfelle vil det sei i produksjonen av dokumenta. Eg har brukt nokre innlegg frå ein AD/HD-debatt som har gått i Tidsskrift for Norsk Psykologforening i 2006, samt ein artikkel frå Noregs Barnevern i 2006. Dette er for å setje meg inn i diskursane rundt bruken av AD/HD-diagnosen. Dette feltet er under stadig endring, og nye undersøkingar og rapportar gjev oss ny kunnskap kontinuerleg. Difor vurderte eg det som viktig å ta utgangspunkt i nokre relativt nye innlegg i eit anerkjent tidsskrift.

Gjennom arbeidet med dokumenta fann eg ut at det var eit klart skilje mellom dei som er for bruken av AD/HD-diagnosen og dei som er i mot denne bruken. Dette fører til at det vert lite eller ingen konsensus, då dei ulike fagfolka har ulikt syn på bruken av diagnosen.

Forkjemparane for bruken av AD/HD-diagnosen meiner AD/HD er ein arveleg nevrobiologisk utviklingsforstyrning i hjernen, eller at ein eventuelt har erverva skaden gjennom komplikasjonar under svangerskapet eller fødsel. Dei meiner psykososiale forhold eventuelt berre er ein medverkande faktor som i verste fall forsterkar lidinga. Motstandarane av bruken av AD/HD-diagnosen meiner AD/HD-lidinga korkje er nevrologisk eller biologisk forankra, men at årsakene ligg i tidlege relasjonsskadar, mindre bra omsorg, understimulering og andre risikofaktorar hos foreldre eller i familien. Dei to ulike grupperingane skriv om same lidinga, men er usamde om det i det heile er snakk om ei lidinga og om kva som eventuelt er årsaka til den same lidinga.

Eg såg at det kom til å bli eit problem å finne ”nøytral” informasjon om AD/HD.

Forkjemparane for bruken av diagnosen er dei som skriv bøkene, då motstandarane ikkje meiner det er ei lidning i det heile. Dei skriv følgjeleg ikkje bøker om ei lidning dei ikkje meiner eksisterar. Eg tenkte at for å finne meir nøytrale dokument kunne eg sjå på staten sine utarbeida rettleiarar og liknande, då eg tenkte at dei måtte ha eit meir nøytralt syn på saka og liggje ein plass midt i mellom dei to ulike grupperingane. Det viste seg at staten sine dokument er utarbeida hovudsakleg av forkjemparane for bruken av AD/HD-diagnosen. Dei som har vore med å utarbeide dokumenta er alle kjente psykologar eller ekspertar på området så dokumenta har høg impact factor, altså at kjeldene er gode, men samtlege er positive til AD/HD-diagnosen. Det er så langt eg har klart å finne ingen motstandarar eller andre som er skeptisk til bruken av denne diagnosen som har vore med på utarbeide desse dokumenta. Staten sin rettleiar er difor lite nyansert og fremjar berre eit synspunkt på saka. Dette fører

igjen til at det er denne diskursen som vert sett som den mest gjeldande, då dette er det offentlege sitt syn på saka. Eg vil i mi oppgåve sjå på dei ulike diskursane gjennom eit sosial konstruksjonistisk perspektiv. Eg meiner dette perspektivet kan vere med på å gje ny innsikt i høve denne debatten.

I analysen av dokumenta har eg òg måtte ta omsyn til at mange av artiklane er teke frå ein pågåande debatt. Dette betyr at konteksten forfattaren var i då han skreiv artiklane er ein annan enn om eg hadde teke informasjonen ut frå ei bok. Eg ser at det er ein meir opphissa stemning i artiklane og forfattarane angriper ofte motstandarane sine på ein meir direkte måte. Øgrim (2006) skriv i sin artikkel mellom anna at eit tidlegare innlegg minner han om ”dei lite ærefulle sider av klinisk psykologi og barnepsykiatriens historie der nær sagt alle utviklingsrelaterte, psykiske og atferdsmessige problem hos barn ble forklart ut frå tidlige mor-barn relasjonar eller andre psykososiale faktorer” (Øgrim, 2006:270). Dette er ein av diskursane som er gjeldane i debatten. I bøkene som forkjemparane har skriva står det ingenting om den andre diskursen som er gjeldane i debatten; den psykososiale forståinga av AD/HD-lidinga. I bøkene nemnast dei psykososiale forhold berre som i verste fall ein forsterkande faktor. Slike forhold er ting eg må ta omsyn til i analysinga av dokumenta. Eg må sjå på kva kontekst forfattaren var i då han skreiv dokumentet og kva samanheng dokumentet var meint til. Er det ei bok skriva av ein forkjempar eller er det ein artikkel skriva av ein motstandar av bruken av AD/HD-diagnosen? Det sosialkonstruksjonistiske perspektivet ser på verkelegheita som sosialt konstruert. Eg vil i det følgjande avsnittet gje ein presentasjon av dette teoretiske perspektivet.

3.0 Det sosialkonstruksjonistiske perspektivet

Den sentrale ideen i dette perspektivet er at sosiale problem oppstår gjennom sosial aktivitet. Det er tre prosessar som er sentrale i denne konstrueringa av verkelegheita: eksternalisering, objektivisering og internalisering. Eg skal gje ei skildring av desse, samt komme inn på andre sentrale omgrep. Språket er mellom anna eit sentralt element i konstrueringa av verkelegheita. Språket er eit viktig verkemiddel i høve å få aksept og tilhøyre for sine definisjonar.

Sosial konstruksjonisme har sin teoretiske bakgrunn frå Berger og Luckmann si bok frå 1966; ”The Social Construction of Reality”. Den grunnleggjande tanken i boka er at store delar av verkelegheita er samfunnsskapt, altså sosialt konstruert (Wadel, 1990). Berger og Luckmann (1966) definerer verkelegheit som ein kvalitet som er knytt til fenomen som vi erkjenner har

ein eksistens uavhengig av vår eigen vilje. Vidare definerer dei den sosiale verda i tre ledd: samfunnet er eit menneskeleg produkt, samfunnet er ei objektiv verkelegheit og mennesket er eit sosialt produkt. Samfunnet og normaliteten er konstruert av mennesket og er såleis eit menneskeleg produkt. Men samfunnet verkar på same tid tilbake på mennesket. På den måten vert òg mennesket eit samfunnsmessig produkt, då det ikkje kan eksistere uavhengig av samfunnet.

Wadel (1995) seier at individ vert menneske gjennom sosiale prosessar i samfunnet. Denne prosessen består av tre ledd; eksternalisering, objektivisering og internalisering. Desse tre prosessane forklarar den sosiale konstruksjonen av verkelegheita. Delprosessane føregår på same tid og kontinuerleg. Eksternalisering vil sei at menneske byggjer opp si eiga verd. Dei konstruerer ei verkelegheit som dei etablerer eit forhold til. Mennesket byggjer òg denne verda saman med andre menneske. Denne konstruksjonen er det vi kallar samfunn og kultur, og vert danna og halde vedlike av samhandlande menneske (Wadel, 1995). Kultur og samfunn er bunde til tid og stad. Kva som vert rekna som kultur varierar mellom dei ulike samfunna og til ulike tider. Berger og Luckmann (1966) hevdar at mennesket ikkje oppfattar at vi sjølv skapar vår eiga sosiale verd. Mennesket trur samfunnet er uavhengig av menneskeleg handling, slik som naturen og naturlovene. I høve bruken av AD/HD diagnosen vil det slik eg tolkar det bety at folk ikkje oppfattar at diagnosar og lidingar er sosialt konstruerte. Menneske ser på desse som fenomen som uavhengige av dei sjølv. Dei ser ikkje at desse konstruksjonane opphavleg er produsert av menneska og opprettheldt av oss. Eksternaliseringsprosessane viser likevel at samfunnet er eit menneskeskapt produkt (Wadel, 1995).

Objektiviseringsprosessane fører til at den menneskeleg produserte verda, altså samfunnet og kulturen, framstår som ei objektiv verkelegheit. Desse menneskeleg konstruerte objekta påverkar i neste omgang menneska. Menneska skapar for eksempel sine eigne verdier og moralske reglar, og føler skuld om dei seinare bryt desse. På same måte er språket menneskeleg konstruert, men språket har sine eigne reglar og grammatikk som menneska må følgje. Desse objekta har vorte konstruert gjennom ulike eksternaliseringsprosessar. Dei vert gjort verkelege for menneska ved at dei vert anerkjente og nytta av mange andre menneske. Wadel (1995) seier at objektiviteten i samfunnet ofte framstår som tvang. Slik eg tolkar det er bruken av diagnosar eit eksempel på dette. Diagnosar vil for menneska framstå som påtvungne kategoriar som dei plasserast inn i. Det objektive viser altså sin objektivitet

gjennom at det har moglegheit til å pålegge menneske handlingar mot deira eigen vilje. Denne tvangen ligg i at samfunn og kultur formar seg sjølv som verkelegheit. Samfunnet og kulturen gjev menneske identitet i tillegg til roller og posisjonar. Menneske vert for eksempel pålagt å vere ei mor, ikkje berre å handle som ei mor. Knytt opp til mitt prosjekt vil for eksempel menneske verte pålagde både å vere sjuke og handle som ein sjuke personar.

Berger og Luckmann (1966) seier at internalisering er ”den umiddelbare forståelsen eller tolkningen av en objektiv hendelse som noe som uttrykker mening, del vil si som en manifestasjon av en annens subjektive prosesser som derved vert subjektivt meningsfylt for meg” (Berger og Luckmann, 1966:135). Sagt på ein annan måte er internalisering når den objektiverte sosiale verda vert ført tilbake til bevisstheita gjennom sosialiseringa.

Internaliseringsprosessane viser at mennesket er eit samfunnsmessige produkt. Den utgjer grunnlaget for å forstå medmenneska sine og for oppfatninga av verda som ei meningsfylt og sosial verkelegheit (Berger og Luckmann, 1966). Internaliseringsprosessen består av sosialisering, herunder primærsosialisering og sekundærsosialisering. Schiefloe (2003) definerer sosialisering som den prosessen der individ lærast opp til å verte fungerande medlem av samfunnet gjennom tileigning av kultur. Primærsosialisering er den grunnleggjande sosialiseringa og føregår hovudsakleg innan familien. Sekundærsosialiseringa føregår på ulike arenaer og i ulike samanhengar, som for eksempel skule og arbeid.

Berger og Luckmann (1966) seier at barna gjennom sosialiseringa lærer dei objektiviserte meiningane i samfunnet. Barna vil seinare identifisere seg med desse meiningane og gjere dei til sine egne. Barna sjølv deler ikkje denne oppfatninga i byrjinga, men gjennom sekundærsosialiseringa vert dei ulike oppfatningane gjort til deira egne. Eit eksempel kan vere den kollektive oppfatninga om at ein skal oppføre seg roleg og vere disiplinert på skulen. På bakgrunn av dette vert barn med AD/HD sett på som problematiske. Fenomenet vert kategorisert som eit sosialt problem og får ein diagnose. Kva som internaliserast gjennom primærsosialiseringa varierar frå samfunn til samfunn. Wadel (1990) meiner at sosialiseringa vert som indoktrinering. Han seier at internalisering kan sjåast på som ein langvarig konversasjon, der mennesket sjølv er deltakar. Mennesket er ein medprodusent av den sosialt konstruerte verkelegheita. Gjennom at mennesket ”snakkar tilbake” til samfunnet, vil dette vere med på å vedlikehalde samfunnet som verkelegheit.

Berger og Luckmann (1966) presenterer i boka si tanken om at subjektive definisjonar er

kjelda til sosiale problem, og ikkje objektive forhold. I høve mitt prosjekt betyr det at AD/HD-fenomenet ikkje er ei verkeleg lidning, men menneske si subjektive meining og definisjon av det. AD/HD vert altså definert som eit sosialt problem. Ikkje på grunn av lidinga i seg sjølv, men på grunn av symptoma og dei problema desse symptoma fører med seg. Berger og Luckmann (1966) seier at sosiale problem skapast gjennom diskursive og sosiale praksisar. Denne ideen gjeld ikkje berre for sosial problem. Tanken er at alle sosial fenomen oppstår gjennom sosial aktivitet (Halvorsen, 2002). I denne meiningsutvekslinga er språket sentralt. Språket gjev makt til å få anerkjenning for sine tolkingar. Eg skal komme nærare inn på språket si rolle i konstrueringa av sosiale problem seinare.

3.1 Konstruering av sosiale problem

At eit sosialt problem er samfunnsmessig skapt, betyr at opphavet til det sosiale problemet er å finne i samfunnsstrukturane. Eit sosialt problem er difor òg ei subjektiv forståing av eit fenomen, og kjem av at nokon har interesse av å framstille det som eit sosialt problem. Eit fenomen må altså definerast som eit sosialt problem før det vert eit sosialt problem. I høve mitt prosjekt vil det bety at nokon må sei at AD/HD er eit sosialt problem og problematisere symptoma, før det vert rekna som eit sosialt problem.

Halvorsen (2002) seier at sosiale problem vert konstruert og definert av menneske som i kraft av sin posisjon i samfunnet har definisjonsmakt. Definisjonsmakt er altså makt til å kunne setje saker på dagsorden og definere dei som sosiale problem. Dette er personar med ressursar og kompetanse, og som gjennom bruk av språket får fremja sine synspunkt. Personar med definisjonsmakt kan vere politikarar, forskarar og media. Psykologar som snakkar om AD/HD, og definerer det som ein sjukdom, altså eit sosialt problem, er eit eksempel på personar med definisjonsmakt. Norvoll (2004) seier at makt er moglegheit til å realisere og få gjennomslag for egne interesse, ynskje og verdiar. Ho seier vidare at den personen som har mest makt i denne meiningsytringa, er den som har størst sjanse til å få gjennomført sin vilje.

Det er viktig å beherske språket for å få gjennomslag for sine definisjonar. Språket vert av Berger og Luckmann (1966) framstilt som ei kjelde til makt. Dei seier at språket sitt sjølvstende ligg i evna det har til å uttrykke meiningar som ikkje er direkte uttrykk for subjektivitet. Språket kan brukast til å referere til andre verkelegheiter. Det gjev òg moglegheit til å kategorisere opplevingar. Ein gjev ting namn og plasserar dei i ulike kategoriar. Norvoll (2004) seier at kommunikasjon og språk er grunnlaget for makt i sosiale

relasjonar. Dei med definisjonsmakt i samfunnet brukar språket til få sine tema på dagsorden. Gjennom omfattande ordforråd og gode språklege formuleringar framstiller dei synspunkta sine, i forsøk på å gå gjennomslag for sakene dei er opptekne av. Dette vil eg komme nærare inn på i analysen, der eg skal sjå på ulike grupper si interesse for å definere AD/HD som ei lidning.

Ressursar er òg ein viktig del av det å ha definisjonsmakt. Personar med ressursar kan bruke desse ressursane til å få sine tema og deira syn på saker på den politiske dagsordenen. Det kan vere snakk om både pengar og kunnskap. Ressursane ein person sit inne med, er med på å avgjere om defineringa av problemet lukkast. Definering av sosiale problem er altså knytt til interesserer, ressursar og eigeomsforhold. Eigeomsforholdet gjer seg gjeldane etter problemet er etablert og har fått offentleg aksept. Dei med eigeomsrett til problemet er dei som har ansvaret for og retten til å arbeide med det. Dei som får denne eigeomsretten er dei som har makt til å få gjennomslag for sine forståingar og definisjonar (Halvorsen, 2002). Eit eksempel på dette er legar som har eigeomsrett til kategorien somatiske sjukdomar.

Det sentrale i det sosialkonstruksjonistiske perspektivet er prosessane som leier til at noko vert definert som eit sosialt problem. Halvorsen (2002) skriv at det difor er problemdefinisjonane, og ikkje sjølve problema som fører til at styresmaktene oppfattar eit fenomen som eit sosialt problem som det må gjerast noko med. Det er nokre faktorar som gjer seg gjeldande når ein skal konstruere eit sosialt problem. Ein må først vise at dei grunnleggjande verdiane i samfunnet er trua av dette problemet. Dei som definerer noko som eit sosialt problem prøver å overbevise det offentlege om at det sosiale problemet truar samfunnet. Kategorisering er eit viktig verkemiddel i denne prosessen (Halvorsen, 2002). Ved at ein kategoriserar problema vert det lettare å setje dei opp mot "normaliteten". Normaliteten er som nemnt sosialt konstruert, både av dei vanlege menneska og dei med definisjonsmakt. Kva som er normalt vert definert ut frå kva som ikkje er normalt, altså utifrå den motståande kategorien. Kriminelle og lovlydige er eksempel på motståande kategoriar. Avvikarane har difor ein funksjon i samfunnet. Dei understrekar normaliteten, og er med på å oppretthalde normstrukturane. AD/HD er eksempel på ein annan kategori. Då personar med AD/HD vert sett på som sjuke, er frisk den motståande kategorien. Denne aukande kategoriseringa av lidingar vert kalla medikalisering. No skal eg presentere symptoma på AD/HD-lidinga, og gjere greie for dei ulike årsaksforklaringane.

4.0 Symptom, årsaker og utbreiing av AD/HD

Eg vil byrje med å ta føre meg symptoma som kan leie til ein AD/HD-diagnose og kva årsakene til AD/HD-lidinga kan vere. Dette er for å gje eit bilete på kva diagnosen AD/HD inneber. I sosial- og helsedirektoratet sin rettleiar for diagnostisering og behandling av AD/HD frå 2005 står det at AD/HD vert rekna som ei nevrobiologisk utviklingsforstyrring. Konsentrasjonsproblem, impulsivitet og hyperaktivitet er kjernesymptoma, men overaktivitet, rastløyse, uro og svak impuls kontroll vert òg nemnt som symptom på AD/HD (Smith, 2006). Konsentrasjonsproblema viser seg mellom anna ved vanskar med å halde på konsentrasjonen over lengre tid. Strand (2004) og Zeiner (2004) skriv i sine bøker at personar med AD/HD òg vil ha problem med delt merksemd, det vil sei å halde på med fleire oppgåver samtidig. Zeiner (2004) hevdar at impulsiviteten kjem som eit uttrykk for at personen har fleire impulsar enn det som er føremålsteneleg. Personen klarar ikkje å gjennomføre oppgåvene han byrjar på, og avbrota forstyrrar det adekvate samspelet med vaksne og jamaldringar.

Det sosialkonstruksjonistiske perspektivet skal danne rammeverket rundt analysen av problemstillinga mi. Dette perspektivet ser på sosiale problem som sosialt konstruerte. Med utgangspunkt i dette perspektivet kan eg stille spørsmål ved kven som definerer det å vere impulsiv som ein del av ei liding. Barna med AD/HD diagnosen har for eksempel små problem med å halde på konsentrasjonen i lek dei likar. Skulen, som er ein stor institusjon i samfunnet, har definisjonsmakt. Eg tolkar det slik at dei vil kunne tene på å definere AD/HD som ei liding. Impulsive barn skapar uro i klassen, men om impulsiviteten vert definert som ei liding legitimerer det skulen sitt ynskje om å medisinerer dei impulsive og hyperaktive barna. Personar med AD/HD er òg hyperaktive. Strand (2004) seier at dette kan komme til uttrykk gjennom fysisk uro, eller ein indre uro som er meir vanleg hos jenter med AD/HD. Denne hyperaktiviteten fører til at personen har problem med å tilpasse åtferda til den aktuelle situasjonen. Zeiner (2004) understrekar at det først er snakk om hyperaktivitet når aktivitetsnivået er klart over det som er vanleg i høve kjønn og alder. Barn med AD/HD vil difor leve i noet, vere impulsive og utan evne til å utsetje behovstilfredsstilling. Dei vil heller ikkje lære av erfaring og grensesetjing som andre barn (Snoek, 2002).

Eg har som nemnt gjort ein innhaldsanalyse av ulike dokument som omhandlar diskusjonen rundt bruken av AD/HD-diagnosen. Eg fann at det er ulike diskursar som er gjeldande og det er såleis usemje blant fagfolk om kva som er årsaka til AD/HD. Fagfolka har ulike hypotesar om kva som kan vere med på å påverke utviklinga av denne lidinga. Den medisinske

diskursen er den mest framtreidande og fremjar synspunktet om at AD/HD-fenomenet har medisinske årsaker. Sosial- og helsedirektoratet skriv i sin rettleiar for diagnostikk og behandling av AD/HD frå 2005 at genetiske faktorar har mykje å seie for utvikling av AD/HD. Duvner (2004) skriv i si bok at 80 % av barn med AD/HD har nære slektningar med liknande problem. Zeiner (2004) opererer med tal frå ein amerikansk studie der dei har funn som tilseier at det er 25 til 40 % sjansje for at søsken og foreldre til barn med AD/HD òg har denne lidinga. Komplikasjonar i samband med svangerskap og fødsel er òg nemnt som ein faktor som aukar risikoen for å utvikle AD/HD. Sosial- og helsedirektoratet (2005) seier det er vist overhyppigheit av AD/HD-symptom hos premature barn samanlikna med fullborne barn. Eksponering for ulike miljøgifter kan òg vere ei mogleg årsaksforklaring. Zeiner (2004) hevdar at mor si røyking eller bruk av alkohol under svangerskapet er med på å auke risikoen for utvikling av AD/HD. Duvner (2004) framhevar at barn som har vore utsett for bly i form av bileksos har vist seg å ha auka førekomst av AD/HD-symptom.

Psykososiale risikofaktorar er nemnt som faktorar som kan forverre eller forsterke lidinga. Sjukdom hos foreldre, krangling og usemje, dårleg økonomi og låg utdanning er nemnt som ulike risikofaktorar (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 og Strand, 2004). Duvner (2004) og Strand (2004) understrekar at psykososiale risikofaktorar ikkje kan gje AD/HD, men at sosiale misforhold og mangelfull foreldreevne kan vere med på å forverre tilstanden og utviklinga. Snoek (2002) seier det er viktig å erkjenne at barnet har eit individuelt problem, der dysfunksjon av sentrale nevrobiologiske funksjonar påverkar sjølvreguleringa av åtferda. Dei psykososiale forholda si betydning for utvikling av AD/HD er relevant sett ut i frå ei sosialkonstruksjonistisk perspektiv. Dette perspektivet er oppteke av dei sosiale prosessane som leier til at fenomen vert definert som lidingar. Eg skal difor komme nærare inn på dette i analysen.

Ein reknar med at 3-5 % av barn i skulealder i Noreg har forstyrningar i tråd med kriteria for AD/HD (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). AD/HD førekjem tre til seks gonger hyppigare hos gutar enn jenter (Zeiner, 2004). Førekomsten avhenger av kva diagnosesystem ein nyttar seg av. ICD-10 (International Classification of Diseases, versjon 10) er utvikla av Verdens Helseorganisasjon (WHO) og er det diagnosesystemet som vert nytta i Noreg. DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versjon 4) reviderast og utgjevast av den amerikanske psykiaterforeininga. Dette er eksempel på sosiale konstruksjonar. Systema er lister med fenomen som vert definert som helseproblem som kan utløyse behov for

profesjonell hjelp (Lian, 2006). Dei er konstruerte av legar for at dei lettare skal kunne kategorisere ulike lidingar og plassere menneske i ulike grupper. Stadig fleire tilstandar vert klassifiserte som sjukdomar, medan svært få forsvinn frå desse diagnosesystema (Lian, 2006). Halvorsen (2002) seier at i den første internasjonale klassifikasjonen av sjukdomar frå 1855 var det nemnt 138 diagnosar. I dag inneheld ICD-10 om lag 10000 ulike diagnosar.

ICD-10 krev at krava for både merksemdssvikt, impulsivitet og hyperaktivitet må vere oppfylt for at ein skal kunne stille diagnosen hyperkinetisk forstyrning (AD/HD). I DSM-IV må seks av ni symptom på merksemdssvikt og seks av ni symptom på impulsivitet og hyperaktivitet vere oppfylt for at ein skal kunne stille ein diagnose. DSM-IV ser altså impulsivitet og hyperaktivitet under eitt, og eg tolkar det slik at det difor vil vere lettare å oppfylle kriteria ved bruk av dette diagnosesystemet. Førekomsten av AD/HD diagnostisert med ICD-10 vil liggje på mellom 0,8 til 1,7 %, medan AD/HD diagnostisert med DSM-IV liggje mellom 2,4 til 4,0 %. Felles for begge diagnosesystema er at lidinga må ha debutert før sjuårsalder. Det må òg vere klart svekka sosial og skulefagleg fungering, samt at symptoma må vere direkte observert i minst to ulike situasjonar (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Smith (2006) hevdar at kravet om tilstadeværing av symptom i ulike situasjonar vert teke lettare på i DSM-IV og at dette er ein av dei viktigaste årsakene til den ulike rapporteringa av førekomst av AD/HD. Eg nemnte at diagnosesystema er sosialt konstruerte. Dette vil mellom anna sei at dei har vorte konstruert av personar som har interesse av å kategorisere menneske med ulike lidingar. Dette kan vere interesser i retning av økonomiske fordelar for legemiddelindustrien eller lærarar sitt ynskje om ro i klassen. Når eg no skal analysere problemstillinga vil eg byrje med å drøfte den aukande medikaliseringa og eg skal diskutere dette i lys av det sosialkonstruksjonistiske perspektivet. Dette utgjer den fyrste kategorien min.

5.0 AD/HD og den aukande medikaliseringa

Medikaliseringsprosessen fører til at helseprofesjonane får større rolle i samfunnet, og større delar av menneska sine liv vert sjukeleggjort. Dette fører meg seg ulike konsekvensar, mellom anna at folk vert pressa inn i roller som sjuke.

5.1 Medikalisering og den diagnostiske kultur

Medikalisering vert av Lian (2003) definert som ein prosess der ein brukar medisinsk terminologi for å skildre eit problem og medisinsk rammeverk og tiltak for å forstå og handskast med det. Norvoll (2004) seier at medikalisering er ein prosess der medisinen og den profesjonelle kunnskapen har fått ei stadig større rolle i samfunnet. Den vaksande trua på vitskapen og ekspertar har ført til at terskelen for å oppsøke profesjonell hjelp er lågare enn tidlegare. Lian (2003) hevdar at medisinen sitt ansvarsområde har auka på bakgrunn av folk sine auka forventningar til eiga helse og kva helsevesenet kan utrette. På same tid har større delar av mennesket sitt liv vorte sjukeleggjort. Dette fører igjen til at tilstandar som før vart rekna som "normale", no vert diagnostiserte som sjukdom og underlagt medisinsk behandling (Norvoll, 2004).

Det er viktig å merke seg at kva som vert rekna som helse og sjukdom varierar mellom ulike kulturar og til ulike tider (Lian, 2006). Dette meiner eg viser til eit sentralt trekk ved det sosialkonstruksjonistiske perspektivet. Berger og Luckmann (1966) hevdar som nemnt tidlegare at kva som vert rekna som kultur varierar mellom ulike samfunn og til ulike tider. På same måte vil kva som vert rekna som sjukdom variere i takt med endringar elles i samfunnet. Eit eksempel på dette kan vere AD/HD-lidinga som i den siste tida har fått ein kraftig vekst i talet på diagnostiserte. Det kan diskuteras om dette er grunna auka førekomst eller at ein har vorte flinkare til å identifisere problemet. Sagt på ein annan måte vil det sei at ein har fått ein auka bruk av dei medisinske termene, og har vorte flinkare til å finne femomen som kan passe inn i dei ulike medisinske definisjonane. Lian (2003) hevdar at det veks fram ein medisinkultur der stadig fleire menneske tek medisinar. Det har vorte ein auka bruk av legemiddel både i Noreg og resten av verda. Lian (2003) opererar med tal som viser ei auke i omsetnaden av legemiddel i Noreg. Frå 1990 til 2000 auka omsetnaden med 150 prosent. I 2000 hadde kvar enkelt av oss eit forbruk av medisinar som i gjennomsnitt låg på 2550 kroner. Dette er i samsvar med aukinga i høve bruken av AD/HD-medisin som eg nemnte tidlegare har vorte tidobla sidan 1996 (www.fmr.no).

Lian (2006) hevdar at medikaliseringa kjem til uttrykk på tre ulike område. Det første er aldring og andre naturlege prosessar som tidlegare vart rekna som naturlege, men som i dag vert sett på som sjukdom eller problem som krev medisinsk intervensjon (Lian, 2006). På det andre området vert sosiale problem og personlegdomstrekk omdefinert til medisinske

tilstandar. Definisjonen vert endra slik at fenomena passar inn i medisinske termar. Diagnosen AD/HD kan eksemplifisere dette òg. Barn med denne lidning passar ikkje inn i samfunnet si organisering av skulen, der disiplin og orden er sentrale krav. Barna får difor medikamentell behandling som dempar symptoma, utan at dei vert heilt friske av det som vert diagnostisert som ei lidning. Det siste området er det som går på identifisering og framtidig sjukdom og omhandlar genteknologien. Dette vil eg ikkje komme nærare inn på i denne oppgåva. Eg finn at dei to førstnemnte områda av medikaliseringsprosessen omhandlar to sentrale tema i det sosialkonstruksjonistiske perspektivet. Kva som vert sett på som sjukdom varierar mellom ulike samfunn og til ulike tider (Berger og Luckmann, 1966). På same tid vert sosiale problem og trekk ved personlegdomen underlagt konstruerte diagnosar for at dei skal passe inn i ulike kategoriar. Dette vert gjort på bakgrunn av at dei sosiale problema truar dei grunnleggjande verdiane i samfunnet. Kategoriane ”sjuk” og ”kriminell” vert konstruerte for å oppretthalde normstrukturane. Dette skjer ved at normaliteten vert understreka når ein tydeleggjer det ”unormale” ved å kategorisere avvika. Sett gjennom eit sosial konstruksjonistisk perspektiv vert difor medikaliseringsprosessen eit eksempel på at menneska konstruerer ei medisinsk verkelegheit.

Norvoll (2004) hevdar at medikaliseringsprosessen har ført til at medisinen ligg til grunn for forståing av sjukdom og helse i samfunnet i dag. Legeprofesjonen og helsevesenet sit med stor makt, og har moglegheit og ressursar til å definere kva som reknast som normalt eller sjukdom. Dette meiner eg viser til eit sentralt element innan sosial konstruksjonisme, og dette fenomenet vert kalla definisjonsmakt (Halvorsen, 2002). Helseprofesjonane har gjennom kunnskap og posisjonen deira makt til å kunne definere kva som skal reknast som sjukdom (Lian, 2003). Sett i samband med problemstillinga mi vil det sei at legeprofesjonane og helsevesenet er med på å definere AD/HD som ei lidning. Desse profesjonane sit med ei form for dobbel makt. Dei har både makt til å konstruere lidinga og makt til å ”spreie” lidinga ved hjelp av makta dei sit med i høve å diagnostisere pasientar (Lian, 2006). Dei er med andre ord med på å konstruere kategoriane vi brukar til å definere dei sosiale problema, for i neste omgang å nytte kategoriane i diagnostisering av pasientar. Medikaliseringa bidreg til at vi intensiverer arbeidet for normalisering gjennom at vår toleranse for avvik vert mindre (Lian, 2006). Ho hevdar vidare at det er lønsamt for helseprofesjonane å definere folk som sjuke, då rekruttering av nye pasientar er ein førestand for at pasientbehandling skal vere lønsamt. Helseprofesjonen kan difor først konstruere nye lidingar, som AD/HD, og i neste omgang rekruttere nye pasientar ved bruk av dei nye diagnosane.

Lian (2006) fortel om ein diagnostisk kultur, der diagnosar og diagnostiske kategoriar brukast til å forklare ulike typar problem og handlingar. Halvorsen (2002) snakkar om ein diagnoseinflasjon som er basert på symptom som han hevdar er verknadar av årsaker som er delvis ukjente. Dei sosiale problema vert gjennom diagnostisering omforma til individuelle lidingar. Årsaka til og løysingane på handlingane og problema vert plassert hos kvart enkelt individ. Dette gjenspeglar ein sentral idé i det sosialkonstruksjonistiske perspektivet. Dei sosiale problema oppstår gjennom sosial aktivitet, og er såleis ikkje individuelle fenomen. Norvoll (2004) seier at stadig fleire sosiale problem og avvik vert sett på som behandlingstrengande sjukdomar. Dette fører igjen med seg medisinerer for å behandle lidinga. Lian (2003) hevdar at medisin vert nytta som ein samfunnsmessig reaksjon og kontroll på avvik. Eksempel på dette kan vere AD/HD hos barn og kriminalitet. Medikaliseringa plasserer på denne måten årsaka til problemet og løysingane på problemet i individet sjølv, og kamuflerer dei sosiale forholda. Medikaliseringa individualiserer samfunnsproblem og helseprofesjonane tilbyr individuelle medisinske løysingar på desse opphavelge sosiale problema (Lian, 2006). Eg meiner AD/HD-diagnosen er eit eksempel på dette. Lian (2003) hevdar at det er ein mangel på sosial kontekstuell forståing av psykiske lidingar hos barn. Dei sosiale forholda som skapar åtferdsproblema får ikkje merksemd. Dette fører til at kompleksiteten ved fenomenet ikkje kjem fram (Norvoll, 2004).

Det er både fordelar og ulemper med å få ein diagnose. Fordelen kan vere at stadig fleire av velferdsgodane kviler på medisinske avgjersler. For å få bistand frå hjelpeapparatet må ein ha ein diagnose (Halvorsen, 2002). Diagnosar utløyser ulike rettar, og kan i følgje Lian (2003) gje legitimitet og moralsk aksept både til plagene og handlingane til menneska. Tidlegare fordømte tilstandar, som for eksempel alkoholisme, vert no sett på som lidingar. På denne måten kan personane fråskrive seg ansvar for tilstanden og handlingane sine. Samtidig kan det verte lettare for personar å leve med plagene når dei har fått eit namn. Dei negative følgjene av å få ein diagnose er likevel mange. Lian (2006) hevdar at når ein tek i frå personar statusen som ansvarlege personar krenkar ein samtidig deira autonomi, og såleis reduserer menneskeverdet deira. Diagnose kan på same tid føre til stigmatisering. Goffman (2000) definerer eit stigma som ein eigenskap ved ein person som er miskrediterande. Når personar vert stigmatiserte fokuserer dei andre menneska berre på det spesielle stigmaet og ser ikkje resten av personen. Dei andre samfunnsmedlemmane ser ikkje anna enn avviket. Dei stigmatiserte understrekar på denne måten dei "friske" sin normalitet. Goffman (2000)

nemner at det er viktig å merke seg at avvik er ein eigneskap ved folk sine reaksjonar på ei handling, og ikkje eit karaktertrekk ved personen. På den måten vert kategoriane ”normale” og ”stigmatiserte” perspektiv som oppstår i sosiale situasjonar. Lian (2003) hevdar at dei mest stigmatiserande sjukdomane kan føre med seg både manglande empati og medkjensle. Stigmatiseringa kan føre til at personen mistar kredibiliteten sin, eller truverdet sitt, i ulike sosiale samanhengar. Halvorsen (2002) hevdar og at ein diagnose òg verte sjølvoppfyllande, då ein lett kan forsterke plagene ved å overspele dei. I følgje Goffman (2000) kan diagnosen òg føre til at ein vert pressa til å gå inn i ei rolle som den stigmatiserte eller den sjuke. Dette meiner eg kan samanliknast med eksternaliseringsprosessen i det sosialkonstruksjonistiske perspektivet. Personar med AD/HD-diagnosen kan slik eg ser det verte pressa inn i ei avvikarrolle som uroleg og utagerande. Dette er fordi at det er desse kjenneteikna folk flest set i samband med denne diagnosen.

Medikaliseringsprosessen viser til at sosiale problem vert definerte som lidingar, noko som er med på å kamuflere andre og kanskje viktigare forhold. Det sosiale ved fenomenen kjem i skuggen av den medisinske definisjonen. Dette kan vere med på å kaste lys over bruken av ulike diagnosar, som AD/HD-diagnosen. I diskusjonen av innhaldet i neste kategori skal eg mellom anna komme inn på korleis diagnosen AD/HD er med på å skjule dei sosiale tilhøva som ligg bak fenomenet.

5.2 AD/HD og omsorgssvikt

Eg skal no diskutere likskapstrekk ved AD/HD-diagnosen og symptoma på at barn vert utsett for omsorgssvikt. Desse to fenomenen har mykje av dei same symptoma. Eg vil vise korleis omsorgssvikt kan vere årsaka til symptoma som i neste omgang kan verte diagnostisert som AD/HD. Dette er for å få fram usikkerheita som ligg rundt bruken av diagnosen AD/HD, og korleis ein kan bruke både biologiske og miljømessige faktorar som årsaksforklaring. Eg skal nytte det sosialkonstruksjonistiske perspektivet til å kaste lys over dette.

Omsorgssvikt vert av Killén (2004) definert som ”når foreldre, eller de som har omsorgen for barnet, utsetter det for psykiske og/eller fysiske overgrep eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller fysiske helse og utvikling er i fare (Killén 2004:16). Omsorgssvikt delast av Killén inn i fire kategoriar. Barn som har vorte utsett for vanskjøtting er den første og mest vanlege forma for omsorgssvikt. Killén (2004) hevdar at denne forma for omsorgssvikt er ein av dei største truslane for barnet si kognitive, kjenslemessige, sosiale og

åtfærdsmessige utvikling. Den psykomotoriske utviklinga og språkutviklinga, samt kontaktevna vert forseinka grunna manglande respondering og understimulering. Barn som skadast ved aktiv handling eller manglande tilsyn hamnar under kategorien barn som utsettast for fysiske overgrep. Psykiske overgrep mot barn, som er den tredje kategorien, vert definert som ei kronisk haldning eller handling hos foreldre eller omsorgsgjevar, som er øydeleggjande for eller forhindrar utviklinga av eit positivt sjølvbilete hos barna. Det inneber eit vedvarande, kronisk åtfærdsmønster ovanfor barnet, som vert eit dominerande trekk ved barnet sitt liv (Killén, 2004). Den fjerde kategorien er barn som vert utsett for seksuelle overgrep.

Barn si tilknytning til omsorgspersonen er avgjerande for utviklinga vidare i livet. Tilknytingsåtfærd kan observerast i situasjonar der barnet er stressa, har vondt, er trøtt eller i andre situasjonar når det føler seg usikker. Tilknytingsåtfærd vert av Killén (2004) definert som den åtfærd barnet viser når det føler seg trua, for å oppnå eller vedlikehalde kontakten med tilknytingspersonen. Ho delar tilknytninga inn i fire kategoriar, trygg, utrygg/unnvikande, utrygg/ambivalent og desorganisert tilknytning. Trygg tilknytning oppstår ved at barnet får responderande omsorg i heimen det første leveåret. Mor er sensitiv og tilgjengleg og gjev barnet aksept. Den utrygge og unnvikande tilknytingsåtfærd oppstår når mor si åtfærd har vore prega av tilbaketrekking og kjenslemessig utilgjengelegheit. Dersom mor si åtfærd ovanfor barnet er uføreseieleg og tilbaketrukken utviklar barnet utrygg og ambivalent tilknytingsåtfærd. Den fjerde typen tilknytingsåtfærd, desorganisert, oppstår når barnet er redd for mor eller annan omsorgsgjevar. Omsorgsgjevaren er altså kjelda til barnet si fortvilning og frykt. Denne typen tilknytingsåtfærd oppstår dersom omsorgsgjevar utset barnet for psykiske, fysiske eller seksuelle overgrep.

Killén (2004) hevdar at trygg tilknytning legg grunnlaget for god mental helse og hjelper barnet til å forhalde seg til ulike utfordringar og belastningar. Barn med AD/HD-diagnosen manglar nettopp denne evna til å forhalde seg til endringar og uføresette hendingar (Zeiner, 2004). Dette kan vere med på å underbygge meininga om at AD/HD er eit utslag av dårleg eller mangelfull omsorg. Barn som har utvikla trygg tilknytning har evna til å forhalde seg variert og fleksibelt til utviklingsmessige utfordringar. Desse barna er tillitsfulle og utforskar aktivt i leik og samhandling med barn og vaksne. Barn som har vore utsett for omsorgssvikt utviklar utrygg tilknytning og vil ha vanskar med å etablere tillit til andre. Ho hevdar vidare at mangel på trygg tilknytning disponerer barnet til å verte impulsiv, overaktiv og valdeleg.

Spedbarn som ikkje har sensitive vaksne som oppfattar det som ein person egne tankar og ynskjer, har større sjanse for å utvikle åtferdsvanskar ved 5 års alderen.

Eg ser her likskapar mellom konsekvensar av omsorgssvikt og symptoma på AD/HD. Impulsivitet vert av Killén (2004) nemnt som ein konsekvens av manglande trygg tilknytning. Impulsivitet er òg ein av hovudsymptoma på AD/HD-lidinga og vert nytta som ein klar indikasjon på at ein har lidinga. Diagnosekriteria er mellom anna at barna har vanskeleg for å vente på tur og avbryt andre. Overaktivitet som Killén (2004) meiner er ei anna følgje av mangel på trygg tilknytning kan sjåast i samanheng med hyperaktivitet. Dette er som nemnt tidlegare eit anna symptom på AD/HD-lidinga. Urolege hender og føter, vanskar med å halde på med roleg leik og fritidsaktivitetar, samt problem med å sitje på plassen sin i klasserommet er nemnt som ulike kriterium for diagnosen AD/HD. Dette er åtferd som eg meiner kan gå under nemninga overaktiv. Valdeleg åtferd kjem til uttrykk hos barna med diagnosen AD/HD. Dette ser eg på som eit resultat av den urolege åtferda, kombinert med for eksempel problem med å vente på tur. Dette resulterer altså i valdeleg åtferd, som Killén (2004) nemnte som eit kjenneteikn på barn som ikkje har utvikla trygg tilknytning.

Killén (2004) seier at barn som vert utsett for omsorgssvikt vert utsett for kaotisk og inkonsistent oppvekst. Eg ser dette i samanheng med den uroleg oppførselen til desse barna, der åtferda speglar oppvekstforholda. Dei er sjølve urolege og opplever ei form for indre kaos, samtidig som dei har inkonsistent og lite adekvat åtferd i høve omgjevnadane. Killén (2004) hevdar at barn som har vorte utsett for omsorgssvikt ofte har avgrensa evne til å etablere og vedlikehalde positive gjensidige relasjonar. Ho seier vidare at det er i dei nære relasjonane at ein lærer gjensidig kjærleik og at vi lærer om oss sjølv og andre. Zeiner (2004) hevdar at det var impulsiviteten som forstyrre det adekvate samspelet med vaksne og jamaldringar. Eg tolkar det slik at det kan vere den manglande trygge tilknytninga som gjer at samspelet med jamaldringar og vaksne vert mangelfullt. Smith (2006) skriv at lite sensitiv omsorg kan føre til AD/HD-relaterte vanskar, då dette hindrar barna i å lære effektive teknikkar for å oppretthalde merksemda. Eg har her nemnt mange likskapstrekk mellom symptoma på AD/HD og konsekvensane av omsorgssvikt. AD/HD-diagnosen kan sjåast på som eit eksempel på ein sosial konstruksjon. Ein uheldig konsekvens av denne kategoriseringa er at andre og meir alvorlege forhold kjem i skuggen av dei medisinske årsaksforklaringane. Når helseprofesjonane presenterer ei årsak til desse symptoma slår ein seg til ro med denne forklaringa og leitar såleis ikkje etter andre forhold som kan forklare fenomenet. Dei sosiale

årsakene, som tilhøva i heimen og manglande omsorg frå foreldra, kjem i skuggen av oppfatninga av AD/HD som ei nevrobiologisk utviklingsforstyrning. Sett i lys av det sosialkonstruksjonistiske perspektivet er difor bruk av diagnosar eit eksempel på at sosiale problem vert gjort individuelle ved kategorisering av sosial fenomen som individuelle avvik.

I diagnosesystemet ICD-10 finnast ein eigen diagnose for barn som har reaktiv tilknytingsforstyrning. Her skildrast eit avvikande sosialt reaksjonsmønster, med overdriven vaktsemd, dårleg sosialt samspel, aggresjon, tristheit og veksthemming. Tilstanden vert sett i samband med kjenslemessige forstyrringar som vert påverka av endringar i omgjevnadane. Alvorleg omsorgssvikt, misbruk eller alvorleg mishandling vert nemnt som moglege årsaker. Set eg dette i samband med det sosialkonstruksjonistiske perspektivet og medikalisering, ser eg at dette kan vere eit anna eksempel på at sosiale problem vert diagnostiserte som ei lidningar og underlagt helseprofesjonane. Dette fører som nemnt til at dei sosiale tilhøva kjem i skuggen av dei medisinske årsaksforklaringane. Men i dette høvet vert òg dei sosiale problem, som omsorgssvikt, misbruk og alvorleg mishandling, nemnt som moglege årsaker til lidinga.

Det vert frå fleire hald hevda at AD/HD-lidinga er arveleg, og ekspertane meiner difor at dei med meir sikkerheit kan hevde at det er noko genetisk som er årsaka til lidinga. Killén (2004) hevdar at tilknytningforstyrringar overførast frå generasjon til generasjon. Ho seier at foreldre som sjølv har vakse opp i omsorgssviktssituasjonar overfører frykta og dei uløyste problema til sine egne barn gjennom manglande sensitivitet og sviktande omsorg. Det er som nemnt tidlegare usemje i høve årsakene til AD/HD-lidinga. Risikofaktorane for at barn vert utsett for omsorgssvikt og dei moglege årsakene til AD/HD har mange fellestrekk. Arv er som nemnt ein av årsakene som går igjen. Påverknadar under svangerskapet og fødselskomplikasjonar vert av Killén (2004) nemnt som risikofaktorar som aukar sjansen for at barn vert utsett for omsorgssvikt. Både Duvner (2004), Zeiner (2004) og Sosial- og helsedirektoratet seier komplikasjonar i samband med svangerskapet aukar risikoen for AD/HD. Det same gjeld prematuritet og låg fødselsvekt. Begge desse faktorane aukar risikoen for å verte utsett for omsorgssvikt og for å få diagnosen AD/HD. Dei psykososiale faktorane vert nemnt som faktorar som kan forverre tilstanden og utviklinga til AD/HD-lidinga. Killén (2004) nemner òg at sosiale faktorar er med på å auke risikoen for å verte utsett for omsorgssvikt. Psykiske lidningar i heimen, låg utdanning hos foreldra, einsleg omsorgsperson, rusmisbruk og dårleg økonomi er eksempel på slike risikofaktorar.

Symptoma på AD/HD og omsorgssvikt er mykje dei same, då hyperaktivitet, impulsivitet og problem med å halde på merksemda er klassiske symptom i høve begge fenomena. Dette gjenspeglar noko av usikkerheita rundt bruken av diagnosar. Hyperaktivitet kan førekome sjølv når det ikkje er snakk om korkje AD/HD er omsorgssvikt. Det sosialkonstruksjonistiske perspektivet kan vere med på å kaste lys over bruken av AD/HD-diagnosen på ein ny måte. Ein ser då vekk frå den opphavelige kategoriseringa av problemet, og fokuserer meir på dei sosiale årsakene. På den andre sida kan eg òg sei at AD/HD er eit eksempel på ekvifinalitet, der eit problem eller ein tilstand har mange årsaker. I nokre tilfeller kan det vere omsorgssvikt som er årsaka til lidinga, medan det andre gonger kan vere ei nevrobiologisk utviklingsforstyrning. Den neste kategorien har eg valt å kalle "AD/HD og definisjonsmakt". Eg skal her analysere kven som har interesse av at AD/HD-fenomenet vert diagnostisert som ei lidning og ikkje vert sett på som konsekvensar av omsorgssvikt.

5.3 AD/HD og definisjonsmakt

Kven sine interesser som verte ivaretekne når AD/HD vert diagnostisert som ei lidning? Både legemiddelindustrien, helseprofesjonane, lærarar og foreldre har ulike fordelar av at ein hevdar at fenomenet har medisinske årsaker.

Det sosialkonstruksjonistiske perspektivet viser korleis sosiale problem er sosialt konstruerte. Desse sosiale konstruksjonane oppstår når personar som har interesse av det og som har definisjonsmakt, definerer ulike fenomen som problem (Berger og Luckmann, 1966). Det kan vere ulike årsaker som danar bakgrunnen for dette ynskje om å definere noko som avvikande og problematisk. Det kan vere både økonomiske og meir praktiske interesser som ligg bak. I høve mitt prosjekt er legemiddelindustrien ein institusjon som kan ha interesse av å definere AD/HD som ei lidning. Dette er ein stor industri med sterke pengeinteresser. Når legemiddelindustrien definerer AD/HD som ei lidning som krev medisiner, skapar dei ein marknad og eit behov for produkta sine. Dei har interesse av både å auke etterspurnaden etter produkta sine, i tillegg til å utvide marknaden sin og såleis auka innteninga (Lian, 2006). Lian (2006) hevdar at legemiddelindustrien prøver å endre måten folk tenkjer på, slik at dei kan behandle tilstandar som tidlegare ikkje var definert som sjukdom. På denne måten får dei utvida marknaden sin, då dei er med på å skape eit behov for produkt sine blant befolkninga.

Eg ser noko av den same problemstillinga i høve legeprofesjonane og psykiatrane. Desse profesjonane har, som legemiddelindustrien, interesse av å definere AD/HD som ei lidning i

høve å skaffe etterspurnad etter sine tenester. Denne makta dei har til å auke etterspurnaden er kanskje ubevisst. Likevel er det viktig å vere kritisk til denne kategoriseringa og dei konsekvensane dette fører til. Dette er særleg sentralt innan det sosialkonstruksjonistiske perspektivet. Gjennom at helseprofesjonane definerer personlege eller sosial problem som medisinske, underleggast stadig fleire område av livet vårt den medisinske ekspertisen. Lian (2006) viser til at det er lønsamt for helseprofesjonane å definere folk som sjuke, då dette legg grunnlaget for at pasientbehandlinga skal vere lønsam. Den aukande medikaliseringa i samfunnet fører til ei sjukeleggjering av menneska, som i neste omgang fører til at folk si evne og vilje til å ta vare på eiga helse vert svekka (Lian, 2003). Helseprofesjonane får ei stadig større rolle i samfunnet og liva våre. Denne veksande rolla fører til at dei får auka makt, som igjen fører til auka definisjonsmakt. Auka definisjonsmakt kan igjen føre til at desse profesjonane får makt til å influere fleire område av liva våre. Denne prosessen kan vere ubevisst for helseprofesjonane.

Skulane og lærarane spelar òg ei viktig rolle i defineringa av AD/HD som eit sosial problem. Skulesystemet er basert på disiplin, ro og orden. Klassane er store og lærarane er få. Dette meiner eg fører til at skulen er avhengig av at elevane held seg relativt rolege i klassane. Urolege elevar lagar ofte bråk og kan vere uynskte i klassane. Sett gjennom eit sosialkonstruksjonistisk perspektiv meiner eg at lærarar vil kunne tene på at urolege barn som ikkje passar inn i rammene til skulen, vert medisinererte til ro. Dei urolege barna vert kategoriserte som avvikande og det vert difor meir legitimt for lærarane å handle ovanfor desse elevane. Diagnosen verkar som ein reaksjon på den uynskte åtferda (Lian, 2003). Dei medisinererte barna vil skape mindre uro i klassen, og dei andre elevane vil få meir arbeidsro. Det vil òg verte lettare for læraren og hanskast med desse elevane. Læraren vil få ei auka kjensle av meistring, då arbeidsroa i klassen vert betre og elevane presterer betre. På same tid slepp dei ofte dei daglege kampene med urolege elevar som nektar å følgje instruksar. På bakgrunn av dette ser eg at fordelane for lærarane er mange, og det kan vere mogleg å forstå at dei er for diagnostisering av AD/HD-lidinga og den påfølgjande medisineringa. Dette kan vere ubevisst, då lærarar har betre kunnskap om AD/HD-lidinga enn konsekvensane av omsorgssvikt. Dette kan føre til at lærarar først tenker AD/HD som årsak, då dei kanskje ikkje har den nødvendige kunnskapen om symptoma på omsorgssvikt. Når eit barn skal undersøkast i høve om det har AD/HD-lidinga, er lærarane ofte med i denne undersøkingsfasen. Dei får utdelt eit skjema der dei svarar på ulike spørsmål om eleven og oppførselen på skulen. På denne måten er dei med å påverke utfallet av undersøkinga, som eventuelt endar i ein

diagnose. Dersom barnet vert utprøvd på medisin, spelar lærarane sine observasjonar ei viktig rolle, då dei ser barnet mest på dagtid, både i undervisningssituasjon og i samhandling med andre barn.

Eg nemnte tidlegare at AD/HD lidinga kan ha si rot i omsorgssviktsituasjonar. Eg stilte spørsmål om AD/HD kunne vere eit utslag av dårleg eller mindre bra omsorg. Dette kan implisere at det er i foreldra si interesse av barnet frå ein AD/HD-diagnose ettersom foreldra då vert fråteke noko av ansvaret. Det vil vere snakk om ressursvake foreldre som vil ha problem med å gje barna den omsorga dei treng. Understimulering, lite konsekvent grensesetting og ein generelt uføreseieleg oppvekst fører til ein kaotisk og inkonsistent barndom for desse barna. Barn i omsorgssviktsituasjonar utviklar òg utrygg tilknytning. Killén (2004) hevdar som eg har nemnt tidlegare at barn med utrygg tilknytning vert impulsive og overaktive. Foreldra til desse barna vil kanskje slite med skuldkjensle fordi dei ikkje klarar å oppdra barna skikkeleg og gje dei den oppfølginga dei treng. Gjennom at barnet vert diagnostisert vert foreldra letta for skuldkjensla (Våpenstad, 2006). Dei får vite at åtferda til barnet har ei medisinsk årsak, og at dei ikkje kan skuldast den avvikande åtferda. Gjennom dokumentanalysen eg har gjennomført har eg sett at psykiatrane og legane som er for bruken av AD/HD-diagnosen brukar dette som eit argument i debatten rundt AD/HD-diagnosen. Dei seier at ein ikkje skal spreie unødig redsel og frykt blant befolkning, altså blant foreldra som har fått forklart barna si åtferd som ei lidning. Dette fører til aksept og legitimering av åtferda til barnet ovanfor mellom anna andre foreldre og skulen, personar som dei tidlegare truleg følte såg ned på dei i høve deira manglande kontroll over barnet sitt. På denne måten er òg foreldra viktige aktørar i bruken av AD/HD-diagnosen, då dei takksamt aksepterer legane si forklaring på problema dei har hatt i heimen. Forklaringa på alle vanskane familien har hatt, vert plassert hos barnet si lidning; AD/HD-diagnosen. Våpenstad (2006) seier at diagnosen er behagelig for tre av fire involverte partar. Foreldra får mindre skuldkjensle, psykologen føler seg handlekraftig og som ein god diagnostikar og legen føler seg som ein effektiv medisinar. Barnet vert difor ofte gløymt i denne prosessen, sidan dei tre sterkaste involverte partane er nøgde med utfallet. I staden for vert barnet påført skuld for åtferda si.

Eg har i denne siste delen drøfta kven som kan ha interesse av at AD/HD-fenomenet vert diagnostisert som ei medisinsk lidning og ikkje sett på som ein konsekvens av omsorgssvikt. Legemiddelindustriien, helseprofesjoanen og skulen er sterke partar som har interesse av at fenomenet får ei medisinsk årsaksforklaring. På denne måten kan det sosialkonstruksjonistiske perspektivet kaste lys over bruken av AD/HD-diagnosen. Foreldre

er ikkje ein like sterk part, men likevel sterkare enn den svakast parten, barnet. Foreldra vil òg kunne tene på at barnet vert diagnostisert med ei lidning, då dei får letta eventuell skuldkjensle og får fokuset bort frå deira manglande foreldreevner.

6.0 Oppsummering

I denne oppgåva har eg stilt spørsmål om korleis det sosialkonstruksjonistiske perspektivet kan kaste lys over bruken av AD/HD-diagnosen. Sosial konstruksjonisme ser på sosiale problem som sosialt konstruerte. Kva som vert definert som problem er difor avhengig av kven som har definisjonsmakt til å kunne definere fenomen som problematiske og avvikande. Personane med definisjonsmakt har makt til å setje saker på dagsorden og til å få igjennom sine synspunkt i kraft av sin posisjon eller makt over språket og ressursar i form av pengar eller kunnskap. Personar med definisjonsmakt fokuserer på saker og fenomen som kan tene dei. Eit eksempel er legemiddelindustrien som tener pengar på at sal av medisin aukar som ei følge av at fenomen vert diagnostisert som behandlingstrengande lidningar. Sosial konstruksjonisme ser difor lidningar som AD/HD som resultat av subjektive forståingar og hevdar at dei ikkje objektive realitetar.

Eg valde å utføre ein diskursanalyse av sentrale dokument for å finne ut kva diskursar som er gjelande i dag i høve bruken av AD/HD-diagnosen. Eg fann at det er stor usemje blant ekspertane. Forkjemparane for bruken av AD/HD-diagnosen er dei som har fått aksept hos det offentlege for sitt synspunkt. I utarbeiding av ein rettleiar frå Sosial- og helsedirektoratet for diagnostikk og behandling av AD/HD-lidinga frå 2005, var fleire forkjemparar for bruken av AD/HD-diagnosen med i arbeidet. Ein annan diskurs ser på AD/HD som eit sosialt fenomen, der tidleg omsorg og relasjon til omsorgspersonar vert sett på som viktige faktorar.

Eg gav vidare ein presentasjon av det sosialkonstruksjonistiske perspektivet som har danna det teoretiske rammeverket rundt analysinga av problemstillinga mi. Dei sentrale omgrepa og prosessane innan dette perspektivet vart òg gjorde greie for. Det sosialkonstruksjonistiske perspektivet ser på verkelegheita som sosialt konstruert, og det er menneska som konstruerer denne verkelegheita. Språk og ressursar er sentrale element i konstrueringa av verkelegheita. Språk og ressursar gjev makt til å få satt saker på dagsorden og til å få gjennomslag for desse.

AD/HD-lidinga vert rekna som ein nevrobiologisk utviklingsforstyrning. Hyperaktivitet, impulsivitet og merksemdssvikt er kriterium som må vere oppfylt for at ein skal få diagnosen

AD/HD. Sett i lys av det sosialkonstruksjonistiske perspektivet har eg stilt spørsmål om kven som har sagt at det er problematisk at barn har desse symptoma. Det sosialkonstruksjonistiske perspektivet ser på diagnosar som sosiale konstruksjonar, og er opptatt av dei uheldige konsekvensane denne kategoriseringa fører med seg. Personar med AD/HD-diagnosen kan for eksempel bli pressa inn i ei avvikarrolle der det vert forventa ei viss type åtferd.

Analysedelen delte eg opp i tre kategoriar. Den første utgjorde ein diskusjon av medikaliseringsprosessen og den diagnostiske kultur. Her viste eg korleis den aukande medikaliseringa i samfunnet er med på gje helseprofesjonane ei større rolle i samfunnet. Den andre kategorien kalla eg AD/HD og omsorgssvikt. Symptoma på AD/HD-lidinga og symptoma på at barn vert utsett for omsorgssvikt har mange likskapstrekk. Eg har ved hjelp av det sosialkonstruksjonistiske perspektivet vist at bruken av AD/HD-diagnosen er usikker, då åtferda som utløyser ein AD/HD-diagnose kan ha andre årsaker. Eg har nemnt at konsekvensar av omsorgssvikt kan vere ei årsak til utagerande og impulsiv åtferd. I den siste kategorien, AD/HD og definisjonsmakt, analyserte eg dei ulike partane som kan ha interesse av at AD/HD vert definert som ei medisinsk lidning. Det er fleire partar som har interesse av at dei sosiale årsaksforklaringane vert kamouflerte. Både legemiddelindustrien, helseprofesjonane, lærarar og foreldre har ulike fordelar av denne diagnostiseringa. Barnet kan òg ha fordelar av å få ein diagnose, mellom anna at handlingane vert legitimerede og får moralsk aksept. Men på same tid fører diagnosen til ei stigmatisering og tap av kredibilitet i sosiale situasjonar. AD/HD diagnosen kan òg føre til at barnet vert påført skuld for åtferda si, sidan dei sosiale årsakene til problema vert kamouflert av den medisinske diagnosen. Det sosialkonstruksjonistiske perspektivet er kritisk den kategorisering av sosiale fenomen, noko som bruken av diagnosar er eit eksempel på. Dette perspektivet kan difor vere med på å kaste lys over bruken av diagnosar som AD/HD.

Litteraturliste

- Berger, Peter L. og Thomas Luckmann (1966): *Den samfunnsskapede virkelighet*, Bergen, Fagbokforlaget
- Duvner, Tore (2004): *AD/HD. Impulsivitet. Overaktivitet. Konsentrasjonsvansker*. Oslo, N. W. Damm & Søn AS
- Forbundet Mot Rusgift: <http://www.fmr.no/norge-paa-europatoppen-i-adhd-medisinerings.308410-9431.html>
- Fossaskaret, Erik, Otto Laurits Fuglestad og Tor Halfdan Aase (red.) (2005): *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolking av kvalitative data*, Oslo, Universitetsforlaget
- Halvorsen, Knut (2002): *Sosiale problemer. En sosiologisk innføring*, Bergen, Fagbokforlaget
- Halvorsen, Knut (2004): *Forskningsmetode for helse- og sosialfag. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag
- Killén, Kari (2004): *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo, Kommuneforlaget
- Lian, Olaug S. (2006): *Den moderne Eos-myten om medikalisering som modernitetsfenomen*, Sosiologisk tidsskrift 2006, 1, 63-87
- Lian, Olaug S (2003): *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand, Høyskoleforlaget
- Norvoll, Reidun (2004): *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Oslo, Gyldendal Akademisk
- Schiefloe, Per Morten (2003): *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse*. Bergen, Fagbokforlaget

Scott, John (1990): *A Matter of Record. Documentary Sources in Social Research.* Cambridge, Polity Press

Smith, Lars (2006): *Hvordan skille mellom ADHD og konsekvensene av tidlige relasjonsskader?*, Norges Barnevern, 3, 3-8

Smith, Lars (2006): *ADHD: Forekomst, årsaksmekanismer og effekt av medikamentell behandling.* Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43, 268-269

Snoek, Jannike Engelstad (2003): *Ungdomspsykiatri*, Universitetsforlaget, Oslo

Sosial- og Helsedirektoratet (2005, revidert 2006): *Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD. Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne.* Sosial- og helsedirektoratet

Statistisk Sentralbyrå: <http://www.ssb.no/emner/03/03/10/barneverng/tab-2006-08-29-08.html>

Strand, Gerd (red.) (2004): *AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi – en grunnbok.* Bergen, Fagbokforlaget

Våpenstad, Eystein Victor (2006): *ADHD-argumentasjonen*, Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43, 511-512

Wadel, Cato (1995): *Forholdet mellom den sosiale og den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten.* Høgskolen i Stavanger, Avdeling for økonomi, kultur- og samfunnsfag

Wadel, Cato (1990): *Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten.* Flekkefjord, Seek A/S

Zeiner, Pål (red.) (2004): *Barn og unge med ADHD.* Vollen, Tell Forlag

Øgrim, Geir (2006): *ADHD-utviklingen på rett spor.* Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43, 270-272

