

BACHELOROPPGAVE

Kan sosialkonstruksjonismen alene gi økt forståelse av hva AD/ HD er?

av

Therese Rørstadbotten

SO530
Emnekode 201
Mars 2008



INNHALDSFORTEGNELSE:

1.0. Innledning	side 2.
1.1 Bakgrunn.....	side 2.
1.2. Presentasjon av problemstilling.....	side 2.
1.3. Valg av metode.....	side 3.
1.4. Kildevurdering.....	side 4.
1.5 Diskursanalyse av innhentet informasjon.....	side 5.
2.0. Tre diskurser og tre ulike måter å forstå AD/ HD ut i fra	side 7.
2.1. Hvordan kan vi forstå AD/ HD ut i fra sosiologien som et sosialt problem?.....	side 7.
3.0. Det sosialpatologiske perspektivet	side 8.
3.1. Sosial patologi og normsosiologi – en måte å forstå AD/ HD på.....	side 8.
3.2 Struktur, sosialisering og integrasjon som viktige systembetingelser.....	side 10.
3.3. Tre mulige årsaksforklaringer sett fra Durkheim sitt ståsted.....	side 11.
4.0. Det sosialkonstruksjonistiske perspektivet	side 14.
4.1. Samfunnet er sosialt konstruert – en annen måte å forstå AD/ HD på.....	side 14.
4.2. Diskursive konstruksjoner og sannhetsregimer.....	side 17.
5.0. Det konflikteoretiske perspektivet	side 19.
5.1. Det konflikteoretiske perspektivet – en tredje måte å forstå AD/ HD ut i fra.....	side 19.
5.2. Helse, sosialt rom og makt.....	side 20.
5.3. Skolen som det sosiale feltets sorteringsarena.....	side 22.
6.0. Oppsummering og avslutning	side 23.
6.1. Oppsummerende betraktninger.....	side 23.
6.2. Avslutning.....	side 25.
Litteraturliste	side 26.

1.0. Innledning.

1.1 Bakgrunn.

Springbrettet mitt vil være TV2 dokumentaren *Stille med pille* (27.02.06). Med denne dokumentaren skapte TV2 debatt ved å vise hvordan barn blir gitt diagnosen og medisineret, hovedsaklig for omgivelsenes skyld. De tok for seg hvordan skolene og det offentlige hjelpeapparatet håndterer urolige barn og hvilke holdninger som er rådende. Denne dokumentaren ble for første gang sendt i 2006 og i kjølvannet av dokumentaren, stod fagfolk fra ulike disipliner og kritikere frem som alle viste særlig interesse for AD/ HD. 11.02.08 var dette en av flere dokumentarer som ble fulgt opp med spørsmål om det hadde blitt noen endringer etter at TV2 hadde satt fokus på emnet. Det er ikke mange psykiatriske tilstander det er forsket så mye på som AD/ HD de siste årene, og likevel er årsaken til at noen barn har problemer med å sitte stille/ konsentrere seg et fortsatt omdiskutert og kontroversielt spørsmål. Parallelt med økende interesse for AD/ HD, stiger også antallet barn og voksne som får diagnosen AD/ HD i den vestlige verden. Det norske forbruket av AD/ HD medisiner har vært i sterk vekst siden slutten av 80 – tallet. Fra 1985 til 1990, ble antall medisinerede barn firedoblet og idag medisinerer vi mer enn ti ganger så mange som i 1996. Siden tidlig på 90 tallet har FN advart mot overdreven bruk av AD/ HD medisiner. FN sitt kontrollorgan for narkotika mener følgende om utviklingen i Norge; ”vi var tidligere bekymret over utviklingen i USA fordi de hadde det største forbruket. Nå ser vi at Norge er det landet i Europa som tydeligst fører den amerikanske trenden i bruken av metylfenidater i behandlingen av AD/ HD. Og det bekymrer oss”¹. Norge har nå den tvilsomme ære å være verdensledende på området kjemikaliebehandling av barn i prosentmessig medisinerer. Dette leder over til neste punkt hvor jeg vil presentere hva denne oppgaven skal ta for seg.

1.2. Presentasjon av problemstilling.

Med TV2's dokumentar *Stille med pille* og fokus på barn sett ut i fra et utdanningsperspektiv, har jeg følgende problemstilling;

Kan sosialkonstruksjonismen alene gi økt forståelse av hva AD/ HD er?

Hentet fra pensum finner vi; ”det finnes egentlig bare en sosiologisk teori om sosiale problemer, nemlig den sosialkonstruksjonistiske” (Halvorsen 2002:52). Det jeg vil undersøke, er om vi kan forstå AD/ HD som et sosial problem sett ut i fra flere teorier eller finnes det

¹ Nettsted: TV2, nett-tv.

bare en teori som bør fastholdes som den eneste? Finnes det ikke flere eklektiske løsninger når vi søker svar på sosiale problemer? For å se om sosialkonstruksjonismen alene kan forklare sosiale problemer, vurderer jeg dette opp mot to teorier – sosial patologi og konfliktteori – som også er hentet fra faget sosiologi. Med de tre perspektivene vil jeg se hvordan vi kan forstå AD/ HD som et sosialt problem. Jeg har delt oppgaven inn i seks punkter. I *punkt 1.0* presenterer jeg oppgavens bakgrunn og hva oppgaven skal ta for seg. Jeg redegjør for valg av metode, foretar en kildevurdering og avslutter med en diskursanalyse. *Punkt 2.0* tar for seg hvordan vi kan forstå AD/ HD som et sosialt problem sett ut i fra sosiologien. Under *punkt 3.0*, presenterer jeg det første perspektivet: det sosialpatologiske perspektivet. Jeg gjør først rede for hva som ligger til grunn for denne tenkningen og trekker dernest inn Emile Durkheim sitt tankegods og får slik frem hvordan samfunnet kan være årsak til sosiale problemer. I *punkt 4.0*, presenterer jeg det andre perspektivet: sosialkonstruksjonismen. Jeg gjør først rede for sosialkonstruksjonismens forståelsesgrunnlag og trekker dernest inn Michel Foucault sitt tankegods når jeg skal drøfte. I *punkt 5.0*, gjør jeg først rede for det tredje perspektivet: konfliktteorien. Jeg trekker dernest inn Pierre Bourdieu som representant for dette perspektivet og ser hvordan ulikheter i samfunnet gir grunnlag for makt og konflikter. Med *punkt 6.0* gjør jeg oppsummerende betraktninger og avslutter oppgaven. Rammeverket gjennom hele oppgaven, går ut fra TV2 sin dokumentar og med dets innhold, skal jeg med de tre perspektivene belyse hvordan vi kan forstå sosiale problemer som AD/ HD på.

1.3. Valg av metode.

Schiefløe (2004) påpeker at et forhold som skiller samfunnsvitenskapene fra andre fagområder, er at den kunnskapen som frembringes kan bidra til å forandre den virkeligheten som kunnskapen beskriver. Dette tolker jeg dit hen at det stilles strenge krav til fremgangsmåten for hvordan man har kommet frem til ny kunnskap, og at det er et strengt krav om å redegjøre for valg av arbeidsmetode og fremgangsmåte. Med begrepet metode forstår vi: "*læren om de verktøy en kan benytte seg av for å samle inn informasjon*" (Halvorsen 2004). Her forstår vi hvordan dataene samles inn, organiseres, bearbeides, analyseres og til slutt hvordan datane tolkes på systematisk vis. I metoden skilles det mellom to ulike måter å samle inn informasjon på. Den første er kvalitativ orientert forskning og den andre er kvantitativ orientert forskning. Kjennetegnet for kvalitativt orientert forskning er at den fokuserer på innhold, beskaffenhet og betydning (fra det latin "qualitas") mens kvantitativt orientert forskning fokuserer på utbredelse, antall og mengde (fra latin "quantitas"). For å

avgjøre hvilke metodiske verktøy jeg skulle velge, måtte jeg først sette meg inn i debatten AD/ HD og finne ut av hvilke diskurser som er gjeldende. Jeg brukte i startfasen internett som en sentral kilde for informasjonsinnhenting og fant utallige sider om emnet ved å søke på "adhd". Da jeg undersøkte sidene nærmere, fant jeg linker, anbefalt litteratur for videre lesning og en rekke artikler. Innenfor fortolkende sosiologi er det ulike metoder jeg kunne velge som eksempelvis intervjuer, loggskrivning og observasjoner med mer. Med tanke på hvordan jeg best kunne belyse problemstillingen min, måtte jeg velge en metode som er adekvat i forhold til dette. Valg av metode er viktig ettersom det er et hjelpemiddel for hva jeg skal se etter eller oppdage. Siden oppgaven er avgrenset i tid og omfang, valgte jeg å tilegne meg informasjon og tolkningsmateriale gjennom dokumentstudie som er en kvalitativ metode. Kvalitative metoder egner seg svært godt for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper. Jeg har med valg av denne metoden fått en bred og generell bakgrunn som basis for oppgaveskrivingen. Ettersom problemstillingen min har opphav i faget sosiologi, har jeg avgrenset ved å lese sosiologisk litteratur som presenterer fortid og nåtid. Ved å velge dokumentstudie etter kvalitativ orientert metode, har jeg hatt mulighet til å gå i dybden og forfølge ulike resonnementer for å få belyst problemstillingen min. Kvalitative data og metoder har sin styrke i det å få frem totalsituasjonen, men det er avgjørende hvordan datamaterialet behandles og kategoriseres. Dette leder over på neste punkt i arbeidsprosessen som omhandler hvordan jeg har foretatt kildekritikk av innsamlet datamateriale.

1.4. Kildevurdering.

For å vurdere informasjonens holdbarhet har jeg vurdert tre forhold kritisk. *Det første* er å vurdere dataenes validitet som defineres som om det er samsvar mellom den teoretiske definisjonen av en egenskap og den operasjonelle definisjonen som skal måles (Schieffloe 2004). For å avgjøre dataenes validitet, avveide jeg først om dataene jeg hadde innhentet, faktisk kunne benyttes i forhold til min problemstilling. I vurderingsfasen var fokuset rettet mot tekstenes innhold, saklighet og tekstens formål. Målet var å sortere ut data som ikke samsvarte med det jeg faktisk ønsket å ha svar på. I denne prosessen forkastet jeg store mengder data. Dette hjalp meg å snevre inn den enorme mengden materiale jeg hadde funnet frem til. *Det andre* forholdet er reliabilitet som i forskningen henger sammen med spørsmålet om hvor nøyaktig, eller konsistent en test måler det som det er ment å måle. Ettersom jeg valgte å arbeide etter kvalitativ metode gjennom en dokumentstudie, så vektla jeg i denne prosessen hvilke data jeg kunne anse som pålitelig. Dette førte til at jeg forkastet data som jeg fant misvisende. *Det tredje* forholdet som må vurderes kritisk er grunnlaget for generalisering

som innebærer en antakelse om at det som er kommet frem i spesifikk undersøkelse, også gjelder generelt for alle personer som tilhører samme kategori eller gruppering (Schieffloe 2004). Jeg fant dette punktet problematisk. Jeg hadde målsetting om å finne frem til litteratur som var gjeldende idag slik at oppgaven kan leses i forhold til dagens AD/ HD diagnostisering og medisinerings. Og når jeg undersøkte dataene nærmere, kom jeg frem til at det rådet svært ulike meninger omkring AD/ HD. Dette førte til at jeg var nødt til å foreta en diskursanalyse for å sortere datamengden ytterligere og prøve å finne frem til kategorier. Det er viktig å være kritisk til det en leser og diskursanalysen bidro til å forenkle veien frem mot analysen i del 2.

1.5 Diskursanalyse av innhentet informasjon.

Etter å ha valgt metode og foretatt en grov sortering av data som var relevante og representative for å belyse problemstillingen min, ble det behov for å foreta en kvantitativ diskursanalyse. Jeg valgte diskursanalyse som verktøy for å sortere og kartlegge meningsinnholdet i de ulike bøkene og dokumentene jeg hadde funnet frem til. Ved å undersøke meningsinnholdet i dataene, ville jeg finne ut hvem forfatteren henvendte seg til, i hvilken kontekst forfatteren er i og hvilken virkelighet teksten presenterte. I denne vurderingen så jeg på hvordan forfatterne har fremstilt sine teoretiske premisser, hvordan de fremstilte sine empiriske fokuspunkter og til hvilket formål dataene er skrevet for. Slik kom jeg frem til at det innenfor AD/ HD problematikken, er tre diskurser som er rådende: hjelpeapparatet, den farmasøytiske industri og motstandere. Jeg foretok dernest en sortering innenfor hver av diskursene ved å gjøre skille mellom primærkilder og sekundærkilder. Rammen for oppgaven min er TV2 dokumentaren *Stille med pille* (11.02.08). Med dokumentaren, har jeg tatt sitater og brukt dem som utgangspunkt for videre drøfting.

For å representere diskursen hjelpeapparatet, har jeg i mitt arbeid knyttet til primærkilder, først hatt stor nytte av Aanonsens *ADHD* (2000). Den har gitt meg forståelse av hvordan fagmiljøet selv beskriver og behandler AD/ HD. Boken er primært rettet mot behandlere og innehar ulike pasientbeskrivelser som beskriver grensesnitt innen nevrologi, psykiatri og psykologi. Jeg har også brukt Kvellos *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling* (2007). Kvello har skrevet denne boken på bakgrunn 17 års erfaring innen hjelpeapparatet hvor arbeidet hans har vært rettet mot mennesker med psykososiale vansker. Felles for disse bøkene er at de taler for bredere fokus på diagnostisering og behandling. For å få forståelse av hvordan skolene og det offentlige stiller seg til AD/ HD problematikken, har

Utdanningsdirektoratets *ADHD og lignende adferdsvansker – et skoleperspektiv* (Statusrapport 2006) fått stor plass i oppgaven min. Dette valgte jeg å gjøre fordi Utdanningsdirektoratet legger sterke føringer på hvordan atferdsvansker skal forstås. Av sekundærkilder har jeg brukt ulike fagartikler og dokumenter skrevet av ulike aktører innenfor helsevesenet. Den andre diskursen er motstandere av diagnostisering og medisinerings av barn. Jeg bruker begrepet kritiske røster når jeg senere i oppgaven skal analysere. Innenfor denne diskursen, er fagfolk fra ulike fagdisipliner representert og en forklaring som går igjen, er at stadig flere barn ikke klarer å holde tritt med samfunnets tempo. Adalberons *Alt du ikke visste om AD/ HD og Ritalin* (2005) er en bok jeg har hatt stor glede av. Adalberon er farmasøyt og stiller seg svært kritisk til den økende diagnostiseringen og medisineringsen vi i dag ser. Den siste primærkilden jeg har anvendt for å representere denne diskursen, er Bjorvatns *AD/ HD som diagnose – en vurdering av AD/ HD diagnosens gyldighet og pålitelighet, og av det metateoretiske grunnlaget for diagnosen* (2007). Dette er en masteroppgave som oppfordrer til debatt knyttet til kriteriene som ligger til grunn for diagnostisering. Den tredje diskursen er legemiddelindustrien. Å erkjenne legemiddelindustrien som en diskurs, har vært vanskelig fordi dette handler om en kobling mellom leger og farmasøytisk industri. Media har i denne sammenhengen vært en viktig kilde i mitt arbeid, og jeg har anvendt dokumentarer som primærkilder. I dette arbeidet har NRKs Brennpunkt: *De umulige barna er i ferd med å bli en gullgrube for legemiddelfirmaene* vært nyttig. NRK har i dette programmet fått frem hvordan offentlig ansatte leger mottar store pengesummer fra den farmasøytiske industrien². Jeg har også brukt noe fra Gary Null sin kontroversielle dokumentar *The Drugging of Our Children*³. Null ansees som en av USAs fremste kritikere knyttet til hvordan barn blir diagnostisert og medisinerert. Felles for dokumentarene er at de henviser til samarbeid mellom leger og legemiddelindustri. Videre kommer det frem at legemiddelindustrien i flere tiår har drevet lobbyvirksomhet politisk sett for å få legitimert en diagnose som rettferdiggjør salg av kostbare legemidler under påskudd å oppnå mer ro i norske klasserom.

Disse tre diskursene har hver for seg sin måte å forstå AD/ HD på og har høyst ulike motiver i kampen for å få synliggjort AD/ HD som et sosialt problem og finne løsninger. Og det utvalget jeg har valgt ut, belyser min problemstilling og presenterer ulike ståsteder omkring tematikken diagnostisering og medisinerings. Når jeg diskuterer sosialkonstruksjonismen, har jeg av primærkilder tatt utgangspunkt i pensum. For å vurdere om AD/ HD er et nytt

² Nettsted: NRK Nett-tv.

³ Nettsted: Null, Gary.

fenomen, eller om dette er noe som kanskje har eksistert over tid, har Foucaults *Galskapens historie* (1999) fått tyngde. Dette er en bok som fremhever hvordan psykiatriske sykdomsbegrep bidrar til å opprettholde samfunnsbetingede mellommenneskelige konflikter. For å få innsikt i begrepet om ”diskurser”, har Foucaults *Diskursens orden* (1999) vært nyttig. I forhold til å få utdypet en del elementer som diskuteres i *Diskursens orden*, har jeg også anvendt hans bok *Overvåkning og straff* (1999). Med konfliktteorien, har jeg av primærkilder anvendt to bøker av Bourdieu for å sette meg inn i hans tenkning: *Centrale tekster inden for sosiologi og kulturteori* (1994) og *Refleksiv sosiologi* (1996). Av sekundærkilder har jeg brukt ulike artikler som jeg har funnet på internett. Med det sosial patologiske perspektivet, har jeg av primærkilder brukt Durkheims *On institutional Analysis* (1978) og Poulsens *Kultur og betydning* (1999). Også innenfor dette perspektivet, har jeg anvendt artikler hentet fra internett. Jeg har valgt å henviser til alle internettkildene ved å sette fotnoter fortløpende slik at oppgaven fremstår som mer oversiktlig.

Ettersom jeg har valgt å ta utgangspunkt i AD/ HD sett ut i fra et utdanningsperspektiv, valgte jeg etter anbefaling, Ogdens *Kvalitetsbevissthet i skolen* (1996). Dette er en bok som har som utgangspunkt at skolens store utfordringer er teoriundervisning og organisering av arbeidet i klasserommet. Boken henvender seg til lærerstudenter, lærere og skoleledere som ønsker mer effektiv undervisning. Her blir det presentert ulike læringsmodeller og teorier. En teori er en bestemt måte å oppfatte virkeligheten på og med utgangspunkt i ”*det finnes egentlig bare en sosiologisk teori om sosiale problemer, nemlig den sosialkonstruksjonistiske*” (Halvorsen 2002:52), vil jeg nå redegjøre for hvordan vi kan forstå AD/ HD som et sosialt problem.

2.0. Tre diskurser og tre ulike måter å forstå AD/ HD ut i fra.

2.1. Hvordan kan vi forstå AD/ HD ut i fra sosiologien som et sosialt problem?

Ser man historisk på fenomenet AD/ HD, så er forskningen knapt 100 år gammel og det finnes store variasjoner av forklaringsmodeller som har eksistert over tid. Leger og forskere har beveget seg langs en akse hvor teoriene har beveget seg mellom biologiske, psykologiske og fysiologiske forklaringsmodeller. En periode har vært preget av å kun vektlegge betydningene av arv og fødselsskader som årsak, mens en annen periode har vært preget av psykologiske og sosiale forklaringer (Aanonsen 2000). Som en konsekvens av disse ulike strømningene, er det idag to hovedmodeller som råder og som til dels henger nøye sammen for å forklare hyperaktivitet og konsentrasjonsproblemer hos barn. Den første er den biologisk inspirerte modellen som er opptatt av en sannsynlig genetisk disposisjon som den viktigste

årsaksforklaringen og her innbefattes det også at hjerneskadene og fødselsskader (som eksempelvis prematuritet og russkader) kan gi et lignende symptombilde. Den andre er den psykoanalytisk inspirerte modellen som ser at oppvekstforhold og andre psykososiale faktorer er avgjørende for hvor store vansker de genetiske disposisjonene vil føre til i det enkelte tilfellet. Disse to forklaringsmodellene er rådende innenfor feltet i dag, selv om nyere forskning har gitt bedre modeller (jf. Aanonsen 2000). ”Sosiologien ”tror” ikke på at noe nødvendigvis er slik det fremstår ved første øyekast. Vi leter gjerne etter selvmotsigelser som kan være tegn på at et sosialt fenomen skjuler noe bak fasaden. Sosiologi kan derfor betegnes som en ”avsløringsvitenskap” og det er et grunnleggende kritisk fag”.⁴ Ut fra dette sitatet fremkommer det at når sosiologer behandler et sosialt problem gjør de på sett og vis to ting som går i motsatt retning. På den ene siden allmenngjør de problemet og setter det inn i et større perspektiv og sammenheng. På den andre siden spesifiserer og presiserer de slik at man kan finne ut hvordan problemet kan konkretiseres til ett eller flere spørsmål som lar seg besvare gjennom undersøkelser av virkeligheten (Martinussen 1999). Mitt utgangspunkt er at AD/ HD, er et sosialt problem som definatorisk henviser til: ”en påstått (skadelig) situasjon som er uforenlig med de verdier som et betydelig antall personer står for og som er enige om at det må handles for å endre situasjonen” (Halvorsen 2002:12). Når vi definerer noe som et sosialt problem, så blir det gjort ut i fra en oppfatning om at noen bryter med samfunnets normer. Dette leder over på å se hvordan vi kan forstå AD/ HD som et sosialt problem sett ut i fra perspektivene: sosial patologi, sosialkonstruksjonisme og konfliktteori.

3.0. Det sosialpatologiske perspektivet.

3.1. Sosial patologi og normsosiologi – en måte å forstå AD/ HD på.

Jeg vil nå undersøke hvordan perspektivet sosial patologi kan bidra til en bredere forståelse av hva AD/ HD kan forstås som. Det teoretiske perspektivet sosial patologi er en analogi hvor mennesker og situasjoner betraktes som sosiale problemer dersom de griper inn i det som karakteriseres ”som den sosiale organismens normale virksomhet” (Halvorsen 2006:53). Utgangspunktet for sosial patologi ligger derfor i beskrivelsene av symptomer og de kategorier av et sett tegn eller symptomer som kan tilordnes slik at dette fremstår som et syndrom. Det er de ytre fakta som skal observeres, og med dette perspektivet, trekker jeg inn Emile Durkheim sitt tankegods. Durkheim anses som den fremste representanten for normsosiologien og hans utgangspunkt er at sosiale fenomener skal studeres som ting og som

⁴ Nettsted: Universitetet i Oslo.

ytre fakta for finne frem til årsakssammenhenger på samfunnsnivået. Med dette fremmer Durkheim en funksjonalistisk og metodologisk kollektivistisk tenkning som kjennetegnes ved at samfunnsfenomener, som eksempelvis kollektiv bevissthet og institusjoner, ikke kan forklares ut i fra egenskaper enkelt individer besitter. For å forstå hvordan samfunnet er i et helhetsperspektiv, gjøres det ved å studere enkelt komponentene som etter hans syn er familien, staten, religionen og økonomien⁵. Disse komponentene danner basis for Durkheims strukturfunksjonalistiske paradigme. Likheter og fellesskap i samfunnet er sentrale systembetingelser som fører til sterk sosial kontroll slik at individene har små muligheter til å gjøre noe som ikke passer med rådende oppfatninger og normer (Schiefløe 2004:43). Med utgangspunkt i bekymringen: ”vi har et problem på norske skoler – det finnes altfor mange uoppmerksomme og hyperaktive barn” (11.02.08), vil jeg vil undersøke hvordan vi kan forstå AD/ HD som fenomen sett ut i fra hvordan vi i dag forstår vår kultur.

Foruten den læring som finnes sted i hjemmet, er skolen den viktigste læringsarenaen knyttet til fag og sosial læring (Statusrapport 2006). Den skal bidra til overføring av kulturelle verdier som sosialt ansvar, omsorg, medfølelse og respekt for andre mennesker. Skolegang og utdanning inngår videre som grunnleggende kilder i dannelsen av identitet og selvforståelse. Aubert (1975) fremhever at skolens normative funksjoner er at barna skal innføres i systematisk arbeid, lære å regulere handlinger etter klokken, indoktrinere rettferdighetsregler og underordne seg et stort sosialt system som stiller krav om lydighet/ respekt for andre autoriteter enn foreldrene. Slik har skolene to funksjoner; å være omsorgsbasert og kunnskapsbasert. Sett ut i fra Durkheim, så er skolene en grunnleggende institusjon som danner basis for samfunnets oppbygging og funksjonsmåte. Skolene sitt overordnede mål er å ivareta nødvendige samfunnsoppgaver og sikre fremtidig rekruttering til samfunnet. Skolene er en viktig del av vår kultur og har overordnet ulike funksjoner. Eksempelvis har Regjeringen nylig tilkjennegitt stor tro på utdanning som et viktig virkemiddel blant annet for å bekjempe sosial ulikhet. I St.mld.nr16 (2006-2007:8)⁶ heter det blant annet: ”Utdanning, kunnskap og kompetanse bidrar til inkludering i arbeidslivet, til bedre økonomi og bedre helse, større samfunnsdeltakelse og lavere kriminalitet”. Ettersom skolene har en slik særstilling i samfunnet, så er det nærliggende å stille spørsmålet hva som kan kategoriseres som en god skole? Å finne ut av hva som karakteriseres som god skole, sier noe om hvordan skolene er strukturert og derav – hvilke rammevilkår norske elever i dag sosialiseres inn under.

⁵ Nettsted: Wikipedia, Emile Durkheim.

⁶ Nettsted: Kunnskapsdepartementet, Det kongelige.

3.2 Struktur, sosialisering og integrasjon som viktige systembetingelser.

Noen vil hevde at gode skoler er det samme som effektive skoler, og dernest knytte effektivitetsbegrepet opp mot elevenes faglige prestasjoner og resultater. Andre vil bevege seg bort fra ensidig fokusering på skolefaglige prestasjoner og tenke mer i retning av ansvar for elevenes sosiale og personlige utvikling. Sett strukturelt, så beskrives skoler på flere måter. Skolene kan beskrives gjennom de enkeltdelene den består av som eksempelvis: skolens kultur, som et sosialt system, fysisk/ materielt miljø, resultater og gjennom elevenes kjennetegn (Ogden 1996). Som resultat av dette, er den norske enhetsskolen skapt med følgende kjennetegn: timeplaner, timelengde, undervisningslokaler, rammefaktorer osv. Enhetsskolens verdier er bestemt ut i fra samfunnets forestillinger om rettferdighet og likhet. Dette er forhold som stort sett er like fra skole til skole, og det etterstrebes å etterleve dem (Ogden 1996). Når barn sosialiseres inn i skolen, forventes det at barnet tilpasser seg skolens formelle og uformelle struktur. Det formelle er bestemt i form av skolelover, forskrifter, læreplaner og fag – timefordelinger. Det uformelle sosiale miljøet omfatter barna i skolen og deres samhandling. Sett ut i fra Durkheim sitt konsensusperspektiv, så er grunnleggende enighet om verdier, normer og virkelighetsoppfatning det som danner basis for sosial orden i samfunnet. Med tanke på hvordan barn skal tilpasse seg skolene, er Durkheim (1978) svært opptatt av vilkårene for sosialt samhold og anvender i denne sammenhengen begrepet integrasjon. Med begrepet integrasjon forstår vi at alle får medlemskap i fellesskapet ut i fra sine forutsetninger og bakgrunn (Schiefløe 2004). For å bli godt integrert, må man følge samfunnets gitte normer og verdier. Barna forventes å etterkomme bestemte normalitetskrav som eksempelvis å sitte rolig ved pulten, rekke hånden opp og vente på tur. Barn som ikke klarer å imøtekomme skolens krav til konformitet, avviker fra skolens normative forventninger. Knyttet til fenomenet AD/ HD, så beskriver lærere ofte hyperaktive barn som urolige og rastløse, og de karakteriseres ved at de alltid er på farten og har lett for å bli utsatt for ulykker (Smith 2004). Barn som har problemer med rastløshet, oppmerksomhet og konsentrasjon klarer ikke å følge normert undervisning, fullføre oppgaver eller delta i arbeid som de andre elevene håndterer uten tilsynelatende store anstrengelser. Barn som ikke klarer å implementere skolens krav, står derfor i fare for å falle utenfor systemet og derav heller ikke å bli integrert. Hva som defineres som normalt kontra unormalt varierer, og er avhengig av tid, kultur og samfunn. Ser man tilbake på 50 tallet, ble urolige barn oppfattet som dumme eller umulige, og det var allment å legge skylden på dårlig oppdragelse⁷. I dag opereres det med

⁷ Nettsted: Sykehuset Telemark.

andre normalitetsbegrep. Med utgangspunkt i: *”uoppmerksomme og hyperaktive barn, er en utfordring som skolene ikke har ressurser til å løse, men vi har funnet løsningen. Den er effektiv og billig”* (11.02.08), mener jeg skolenes normalitetsbegrep her blir synliggjort. Skolene har med dette definert rammene for hvordan de velger å forholde seg til urolige eller hyperaktive barn som saksfelt. Kulturell integrasjon forutsetter allmenn oppslutning om språklig fellesskap og enighet om grunnleggende kunnskap og verdier. Derav er ikke skolene alene om å sette slike rammevilkår, dette er noe som er skapt på samfunnets felles normative grunnforståelse. Eksempelvis viser signalene fra offentlig hold til et enda strengere normalitetsbegrep enn det skolene operasjonaliserer sett ut i fra ytringene til lederen av Norsk Kompetansesenter: *”Jeg har ingen prinsipielle motstandsbegreper mot å medisiner barn”* (11.02.08). Utdanningsdirektoratet sier i denne sammenhengen at: *”det har begynt å komme beregninger på hva alle disse vanskene og konsekvensene egentlig koster i et samfunnsøkonomisk perspektiv hvis en ikke gir den nødvendige hjelpen tidlig nok. I nasjonal målestokk fra USA kan man beregne et årlig inntektstap i størrelseorden \$ 99, 4 – 115, 9 milliarder”* (Statusrapport 2006). Det råder derfor stor enighet om at barna må behandles - og at dette må sees i sammenheng med hvor store samfunnsmessige økonomiske kostnader det er knyttet til AD/ HD. FN er i denne sammenhengen bekymret over utviklingen de i dag bevitner i Norge. At FN er bekymret, viser også at de opererer med annet normalitetsbegrep. Skolenes integrasjonstanke hviler på skiller mellom det normale og det unormale. Praksisen er slik at skolene står for 75 % av alle henvisninger til PPT (Statusrapport 2006). Sett ut i fra Durkheim, så kan vi se den eksplosive økningen av antall AD/ HD barn, som *”genuine uttrykk for mønstre i dagens kultur og samfunnsliv”* (Schiefløe 2004:43). Sagt med andre ord: skolene er et speilbilde av samfunnet og dette lar seg objektivt observeres. Jeg vil nå diskutere tre mulige årsaksforklaringer.

3.3. Tre mulige årsaksforklaringer på hvorfor antall AD/ HD tilfeller er en realitet.

For det første, kan den dramatiske økningen sees i lys av hvordan samfunnet er organisert. Samfunnet er i kontinuerlig forandring med stor endringshastighet på ulike områder. Knyttet til barn og deres rammer for individuell og kollektiv atferd i form av muligheter og begrensninger, så mener jeg at deres handlingsmuligheter har endret seg raskere enn kulturen. Eksempelvis harmoniserer ikke eksisterende samfunnsverdier som rettferdighetsideologien, eller likhetsideologien, med nåværende krav om individualisme og kulturelt mangfold. Det er ikke lagt til rette for kulturelle eller individuelle ulikheter i samfunnet. Når samfunnet ikke klarer å omstille seg i takt med rådende behov, så blir konsekvensen kulturelt etterslep som

igjen kan føre til en form for kulturell oppløsning. Kulturell oppløsning er en situasjon der oppslutningen om grunnleggende felles kulturelementer forvitrer (Schiefløe 2004). For å opprettholde samfunnets stabilitet, er det etablert sterke skiller mellom hva som er normalt og unormalt. Når uønsket atferd skal korrigeres, tar de involverte institusjonene i betraktning hva som er nyttig, ønskelig, vanlig og moralsk i forhold til det å finne adekvate løsninger på problemet. Å gjøre skiller, kan sees på som ”en kunstig oppdeling som egentlig er med på å skjule effektene av sosial forandring og mangfold i samfunnet”⁸. En holdning som preger dagens samfunn, er at vi sykeliggjør det som ikke fungerer - og det som ikke fungerer, blir individualisert slik at enkeltmennesker blir bærere av samfunnets problemer.

Likhetsideologien står i sterk kontrast til postmodernismens krav om individualisering og selvrealisering. Dette kan være en forklaring på den økende marginaliseringen og den svekkende sosiale integrasjonen ved skolene. Med tanke på årsak til lavere sosial integrasjon, mener jeg at dette er noe som nå blir forvekslet med begreper som identitetsforstyrrelser eller som bidrag til utviklingen av AD/ HD tilfeller. Økende krav om frihet kan i noe grad for samfunnet gå på bekostning av mangel på solidaritet og fellesskap (Rønneberg 2000). Sett ut i fra Durkheim sitt ståsted, så vil samfunnet stå i fare for å miste sin organiske solidaritet om den kollektive bevisstheten og den normative ensrettingen blir svakere. Med denne tenkningen, så kan den stadige økningen av AD/ HD ansees som resultatet av et sykt samfunn. Når samfunnet ikke fungerer som en integrert helhet, vil dette i følge Durkheim gi utslag ved at individene føler manglende opplevelse av tilhørighet⁹. Slik kan kanskje AD/ HD ansees å være autonome sunnhetstegn.

En andre måte å forstå økningen av AD/ HD på, kan eksempelvis gå ut fra skolene selv. Sett fra skolens perspektiv, så kan diagnostisering og medisinerings føre til to ting; for det første at barna på sikt kanskje får en mer adekvat behandling ved at det er med på å lette lærernes hverdag. For det andre kan de gjennom henvisning til PPT, ende opp med økt ressursbruk og bemanning i en allerede stram økonomisk hverdag. Durkheim bruker begrepet dysfunksjonelt når en strukturell orden fungerer dårlig for et system (Schiefløe 2004). Skolene stiller i dag store forventninger og krav til barna. Når stadig flere barn faller utenfor og får problemer med å tilordne seg, kan dette peke på at skolene er dysfunksjonelle – og ikke individene.

Eksempelvis har skolene de siste ti årene, endret læringsmiljøet. De bygger på en pedagogikk hvor resultatet er åpne klasserom, timeplaner har mer eller mindre opphørt og det er stor

⁸ Nettsted: Forskning.no.

⁹ Nettsted: Wikipedia, Emile Durkheim.

satsing på læring gjennom elevprosjekter (11.02.08). Dette er en læringsform som ikke passer alle og syv år gamle barn har behov for mer strukturerte og forutsigbare dager. Små barn har lett for å bli overveldet av informasjon og krav som til slutt blir vanskelig å holde orden på (Aanonsen 2000). En annen ting med små barn, er at de har vanskelig for å strukturere egen læring og ta et slikt ansvar. Knyttet til kunnskap om AD/ HD, så er rolige, oversiktlige og ryddige undervisningssituasjoner noe som kan begrense hyperaktivitet, plutselig impulsinnfall og uoppmerksomhet (Aanonsen 2000). Det offentlige påpeker at ”*elever med AD/ HD er ekstremt avhengige av forutsigbarhet, tydelig struktur både med hensyn til fysiske rammer, materiell og tid. I tillegg er de avhengige av tydelighet i kommunikasjon og av stabilitet i relasjoner*” (Statusrapport 2006:9). Det er i dag liten satsing på alternative skoler, noe som kan forklare hvorfor naboland som Sverige, Danmark eller Finland har mye mindre forekomster av AD/ HD enn Norge (11.02.08). En annen ting er at barna har svært reduserte muligheter for lek og fysisk utfoldelse. Istedet for aktiviteter, møter barna økt teoripress fra svært ung alder av, krav til mye sittestilling, konsentrasjon og egenmotivasjon. Det er også mangen elever per lærer, noe som kan gjøre det vanskelig å få tilfredsstilt barnas ulike behov. En siste ting knyttet til skolene, bunner i det etablerte normalitetskravet som har stått sentralt i alle læreplaner siden 1970 tallet, er at det er innsnevret (11.02.08). Barn ansees som vellykket om de har akademiske ferdigheter. Barn som er praktisk anlagt faller utenfor skolenes gitte normer. Dette reiser spørsmål om skolenes strukturer kanskje burde vært endret? Barn som ikke passer inn i den strukturerte skoledagen, blir nå sosialisert og integrert ved hjelp av medikamenter.

En tredje årsaksforklaring, kan ligge hos familiene. En forutsetning for å klare seg bra på skolen, er at en kjenner og kan praktisere regler, normer og beherske samværskoder. Det viktigste elementet i denne sammenhengen, er at barna er i stand til å praktisere gjensidighet og ikke bare tenker ut i fra egne behov (Hermansen 2004). Når barn ikke håndterer sosiale spilleregler, kan det i følge Durkheim tolkes som svikt i oppdragelsen. Durkheim beskriver sitt syn på den vanlige familien som: “*Consists of the father, the mother, and all generations descended from them except for daughters and their descendants. The conjugal family includes only the husband, the wife, and unmarried children who are not of age*” (Durkheim 1978:229). Familiestrukturene har endret drastisk de siste 30 årene og en samlet konsekvens, er at samfunnet stiller høye omstillingskrav til barna. Eksempelvis forventes det at barna uproblematisk tilføyer seg reglene knyttet til delt omsorg eller normert omsorg. Andelen av barn som vokser opp med en forelder, hovedsakelig mor, er økende i samfunnet. Samtidig

ender stadig flere ekteskap og samboerskap, i konfliktfylte samlivsbrudd. Hentet fra undersøkelsen *Enslige mødre – familier med store psykososiale belastninger*, kom det frem at den sosiale integrasjonen vi vanligvis knytter opp mot stabilitet i et lokalsamfunn, ikke virker slik på denne gruppen¹⁰. Det sentrale funn var at denne gruppen er særlig sårbar overfor utviklingen hvor båndene mellom naboer og bekjente svekkes. Manglende sosiale støtteforhold er blitt et resultat av jobb/ karrierejag hvor tiden alltid føles knapp. Familiene som helhet lider under individualisering og store krav til omstillinger og fleksibilitet. Begreper som fellesskap, integrasjon, anerkjennelse, trygghet og sosial forankring er viktige elementer for et godt liv¹¹. Motsatt vil det oppstå mistrivsel og barnet kan få store tilpasningsproblemer. Durkheim som ser strukturer og normer som det styrende i samfunnet, fremhever her viktigheten av at individet føler mening med tilværelsen (Schiefløe 2004). Dersom individet opplever normløshet eller manglende tilhørighet til det sosiale fellesskapet, vil det oppstå en tilstand som kalles anomi. Durkheim brukte begrepet anomi for å forklare hvordan ensomhet og opplevelse av meningsløshet økte tilbøyeligheten for å ta sitt eget liv. Ved å sammenligne samfunnet som en biologisk organisme tilla Durkheim et gitt sosialt forhold i et gitt samfunn, status som normalt hvis det kunne gjenfinnes i et gjennomsnittsamfunn av samme type som det observerte. Avvik fra denne bestemte normaltilstand kunne bli oppfattet som årsak til anomi. Innenfor det sosial patologiske perspektivet, er det viktig å behandle anomiske tilstander slik at organismens likevekt kan bli gjenopprettet.

4.0. Det sosialkonstruksjonistiske perspektivet.

4.1. Samfunnet er sosialt konstruert – en annen måte å forstå AD/ HD på

Mens det sosial patologiske perspektivet i stor grad har fokus på individuelle egenskaper barn med AD/ HD innehar, er sosialkonstruksjonismen opptatt av å identifisere sosiale prosesser og mekanismer som har ført til fenomenet AD/ HD. Det finnes flere retninger og den har en lang historie innenfor sosiologien under betegnelsene: symbolsk interaksjonisme, etnometodologi og fenomenologi. Poulsen (1999) sier begrepet sosialkonstruksjonisme er et samlebegrep for hele den filosofiske grunnforståelse som henviser til at alt vi kan erkjenne er sosialt konstruert i fellesskapet. I motsetning til Durkheim som innehar en positivistisk tilnærming med kjennetegnet at det finnes objektive sannheter, hevder teoretikere fra et sosialkonstruktivistisk ståsted at alle opplevelser er historiske og sosialt betingede.

¹⁰ Aamodt, I., Aamodt, L.G. & Jørgensen, B. (2002).

¹¹ Nettsted: Wikipedia, Emile Durkheim.

Sosialkonstruksjonismen er en diskursanalytisk tilnærming og som representant for dette perspektivet, har jeg valgt å bruke Michel Foucault sitt tankegods. Foucault ansees som diskursanalysens far og har gjort oppgjør med det blant annet den klassiske psykiatriens etablerte vitenskapelige tradisjon og har slik, vist hvordan *et* kunnskapssyn kan fungere som legitimering av ekspertens makt over enkeltmennesket. Han har også beskrevet hvordan skolene har tatt i bruk en form for overvåknings – og disiplineringsteknikk etter inspirasjon fra hæren. Foucault (1977) går så langt som å si at hærens teknikker for innlemmelse og utelukkelse nå gjennomsyrrer store deler av samfunnet. Jeg vil innledningsvis først presentere teoriens generelle kjennetegn og dernest trekke inn Foucault. Jeg vil fortløpende analysere og gjøre betraktninger.

Asymmetrisk med sosial patologien som ser sosiale problemer som lett å identifisere og behandle, så retter sosialkonstruksjonismen lys over hvilke prosesser som ligger til grunn for at barn i en klassesituasjon blir oppfattet som et problem. Er barn blitt sykere nå enn det de tidligere har vært? Og hvor går grensen fra å være banditt til å bli sykeliggjort? ”*Skolene skal ikke drive eksperimenter med barna våre*” (11.02.08). Utgangspunktet for denne analysen, er å søke forklaring på hvorfor stadig flere barn blir diagnostisert og medisinert. Her er begrepene: *prosess, definisjonsmakt, kollektiv sosial aktivitet og kategorisering* sentrale når jeg skal presentere sosialkonstruksjonismens forståelsesgrunnlag (Halvorsen 2006). Forklaringsprosessen går ut fra grunntanken om at virkeligheten er samfunnsskapt og at samfunnet hele tiden konstrueres gjennom individenes tolkning. Og dette er historisk og kulturelt betinget. Mennesket sees på i dette perspektivet som sterkt påvirket av den kulturelle konteksten det befinner seg i. Derfor er sosiale fenomener *ikke* uunngåelige. En konsekvens av dette, er at det ikke kan finnes en erkjennelse som ligger utenfor det sosiale og at ”*det finnes ingen virkelighet utenfor språket*” (Halvorsen 2006:63). Innenfor dette perspektivet eksisterer ikke AD/ HD som et sosialt fenomen før en *kollektiv sosial* aktivitet har konstruert AD/ HD som en sosial virkelighet. Dette henger sammen med at alle samfunnsmessige forhold er et resultat av individer og grupper definisjoner. Når vi skal søke forklaring på hvorfor stadig flere barn blir diagnostisert og medisinert, så begynner det hele med en *prosess*. Denne prosessen med å definere, er det skolene som setter i gang fordi – slik jeg behandlet under det sosialpatologiske perspektivet - at noen barn faller utenfor skolens bestemte gjennomsnittskurver og ikke oppfyller skolens krav til konformitet. Urolige barn blir karakterisert som en trussel mot enhetsskolens grunnleggende verdier hvor orden og disiplin er implementerte krav. Skolene problematiserer ulike symptomer og får gjennom

henvisning, fremmet sitt syn. Dette skjer fordi det er i deres interesse at urolige barn blir diagnostisert og medisineret. Dette betyr også at ”*noe blir et sosialt problem når noen som har makt til det, definerer det slik*” (Halvorsen 2002:13). Sett ut i fra sosialkonstruktivistisk ståsted, har skolene slik *definisjonsmakt* som innbefatter at de kan definere atypisk atferd til å være AD/ HD. Og gjennom sitt språk får de realisert sine interesser. Ekspertgrupper presentert i form av pedagoger, sosialarbeidere, leger med mer, opererer her med *kategorier*. De objektiverer barnet og gjør sine vurderinger til et faktum. Dette gjøres på bakgrunn av tegn (symptomer) som de tolker og tilordner det observerte i en bestemt kategori (Bjorvatn 2007). Deretter aktiviseres det kunnskap om denne bestemte kategorien slik at ønskede tiltak kan iverksettes. Å diagnostisere AD/ HD tar i gjennomsnitt 4 år fra mistanke til resultat¹². Dette henger sammen med at det ikke finnes en test eller undersøkelse som kan påvise tilstanden. En annen viktig årsak er at det ofte sees sameksisterende lidelser hos barnet som gjør det vanskelig å se klart hva som er årsaken til problematferden. Slike komorbide tilstander finnes hos om lag 50 til 80 % av barn som får diagnosen AD/ HD¹³. Det er to måter å diagnostisere barn på som styrer helsevesenets praksis (Kvelling 2007). *Den første* måten er å handle ut i fra klassifikasjonssystemet DSM – IV som er et kategorialt system skapt av den amerikanske psykiatriforeningen (APA) i 1952. Her betegnes tilstanden i manualen som: AD/ HD. For å kunne trekke diagnosen AD/ HD fra DSM – IV, arbeides det ut i fra kategoriene: uoppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet. Et viktig kriterium er at symptomene kommer til uttrykk i forskjellige situasjoner for å utelukke andre forhold som eksempelvis lærevansker eller disharmoni i hjemmet. *Den andre* måten er å arbeide ut i fra klassifikasjonssystemet International Classification of Diagnoses (ICD – 10), utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon (WHO) i 1994. ICD – 10 er brukt som det offisielle diagnosesystemet i Norge og her heter tilstanden i manualen: F90, Hyperkinetisk forstyrrelse. Når diagnosen utredes, gjøres det ut i fra en vurdering som innbefatter syv punkter. Det må være full kriterieoppfyllelse innenfor aksene for at diagnosen F90 kan stilles. De syv kriteriene er: uoppmerksomhet, hyperaktivitet, impulsivitet, debut, utbredthet, omfang og forrang. Hovedskillet mellom systemene, er at DSM – IV har hovedfokus på atferd, mens ICD – 10 har fokus på kognitive prosesser (Jf. Kvelling 2007). Basert på DSM – IV finner man en forekomst på 3 – 5 % og innenfor ICD – 10 er forekomsten 1 – 3 % (Bjorvatn 2007). Sakkyndig team ved Ullevål har beregnet at innenfor ICD – 10, vil dette tilsvare et antall på mellom 10000 – 50000 barn innenfor alderspennet under 18 år i Norge som har AD/ HD.

¹² Nettsted: Folkehelseinstituttet.

¹³ Nettsted: Null, Gary

Nasjonalt blir denne statistikken fordelt slik at det estimert finnes en elev med AD/ HD i hver klasse på grunnskolen. For å forstå verden, må en nødvendigvis dele den opp. Hvordan dette skal gjøres er ikke gitt, men derimot noe som er blitt sosialt konstruert. Bjorvatn (2007:34) sier følgende: ”*det er derfor ikke en nødvendighet at den diagnostiske virkeligheten ser ut slik den gjør, men den gjør det fordi fagfolk og ulike instiuser har funnet det nyttig og formålstjenelig å konstruere den på denne måten*”.

4.2. Diskursive konstruksjoner og sannhetsregimer.

Det som er det sentrale i dette perspektivet, er prosessen som leder frem til den subjektive forståelsen av hva som er AD/ HD. Jeg har nå gått gjennom sentrale kjennetegn ved det sosialkonstruksjonistiske perspektivet og med Foucault sitt tankegods, vil jeg få frem hvordan en slik diskursproduksjon som den medinske tenkningen er, fører til en utestengning. Foucault (1999) fremhever at det konstituelle knyttet til å gjøre skiller mellom normalt og unormalt, kan leses i selve handlingen som skiller ut galskapen. Tendensen på norske skoler i dag, er et stadig økende behov for spesialpedagoger som en viktig faktor for å avgjøre hva som er normalt og avvikende. Og når en pedagog finner et barn avvikende, innledes samarbeid med PPT eller BUP (Statusrapport 2006). Gjennom et godt artikulert fagspråk, har de gode forutsetninger for å få fremmet sine interesser og de har lettere for å få gjennomslag for sine meninger. Foucault (1999) mener at alle sosiale praksiser må bli forstått gjennom deres diskursive konstruksjoner fordi all mening og meningsfull praksis er sosialt konstruert gjennom en diskurs. En konsekvens av dette, er at jo snevrere grensene er for det godtatte og det som sees på som galt, jo desto flere avvik får man. Og når man definerer enkeltpersoner som utenfor det normale, øker også sannsynligheten for stigmatisering og sosialt avvik. Felles for disse aktørene, er at de ser noen barn som mer problematiske enn andre. At det til alle tider har fantes urolige og ukonsentrerte mennesker må ikke tas til inntekt for at det eksisterer AD/ HD. Hva disse aktørene oppfatter som avvikende, er ikke en objektiv realitet – men noe som blir skapt ut i fra deres subjektive problemdefinisjoner. Utredninger handler om subjektive aktører som er skolert til å se etter tegn på AD/ HD og slik vil de også ha lettere enn andre for å finne slike tegn (Bjorvatn 2007). Grunntanken til Foucault, er at individets subjektive opplevelser og kunnskap om egen tilstand, blir irrelevant når målsetningen er å klassifisere eksempelvis psykiske lidelser på et objektivt grunnlag med observerbare fellestrekk som dekker en diagnose (Foucault 1999). Den måten vi i dag forstår AD/ HD på, er noe som blir kontrollert, sortert, organisert og fordelt ved hjelp av en mengde prosedyrer

som har ulike funksjoner. Foucault (1999:112) sier følgende: ” *forklaringen kommer ved en overføring til organismen, av den syke personens egenskaper, slik de blir oppfattet gjennom hans tilstand, atferd og ord. Vi beveger oss bort fra den kvalitative forståelse til den antatte forklaring*”. Han tar for seg hvordan legene ved bruk av makt, har mulighet til å definere hvilken kunnskap som skal råde og hvordan denne kunnskapen nedfeller seg i dagligtalen. Når legen skal utrede et barn for mulig AD/ HD, gjør han det på grunnlag av egenskaper, symptomer som er avgrenset i rommet og som han finner i pasienten (Stolanowski 1997). All praktisk medisin bygger på den forutsetningen at det er mulig å forandre eller forebygge de symptomer som utgjør en form for plage ved å gripe inn i årsaksprosessen. Foucault bruker betegnelse Fornuft og Galskap som et nullpunkt for å forklare hvordan individer under ledelse av Fornuft, eksempelvis kan ”*få sin nabo sperret inne ved å kommunisere og anerkjenne hverandre gjennom ikke – galskapens nådeløse språk*” (Foucault 1999:17). Sett fra sosialkonstruksjonistisk ståsted, behandler ikke helsevesenet barns atferdsproblemer som et naturgitt domene, men et domene som har kommet frem gjennom en kulturhistorisk prosess (Bjørvatn 2007). Og gjennom sine definisjoner og kategorier av sitt domene, organiserer, legitimerer det sin praksis. Foucault (1999) hevder at det er på denne måten samfunnet får såkalte sannhetsregimer, som jeg litt senere skal behandle.

Sett ut i fra fenomenologien, brukes begrepet eksternalisering som beskrivelse på at dette er en vedvarende prosess hvor noen aktører etablerer, opprettholder og endrer meningsbærende strukturer og symboler i samfunnet ved å projisere sine tolkninger av verden (Halvorsen 2006). Resultatet av slike eksternaliseringsprosesser er at sosiale strukturer og institusjoner får legitimerende funksjoner. Dermed kan de fremstå som troverdige og nødvendige i samfunnet. Foucault (1999) anvendte, og som jeg nå skal gå inn på, betegnelsen sannhetsregimer som henviser til at samfunnet stoler på at eksperten finner svaret. Legemiddelindustrien og helsevesenet har i samfunnet fått autoritet slik at de kan fremstå som slike sannhetsregimer. Sannhetsregimer gjenkjennes på det viset at de alltid disiplinerer ut i fra følgende tre kunnskapsformer: hvor *det første* er at de etablerer vitenskaper som utgjør subjektet som objektet for undersøkelse. *Det andre* er at de spesialiserer seg slik at utfallet er såkalte ”dividing practices”. Med dette forstår vi at menneskeligheten blir splittet ved bruk av kategorier som eksempelvis: de gale vs de normale, eller de kriminelle vs de lovlydige. For *det tredje*, utvikles det selv – teknologier. Med dette forstår vi en praksis hvor individer

omformes til objekter for kontroll og overvåkning. Sett ut i fra et oppdragerperspektiv, ville Foucault hevdet at medisinerer av barn, er en måte å skille dem ut på, og at behandlingen er en forlengelse av samfunnets utstøtelsesmekanismer hvor barn utsettes for kjemisk kontroll (Adalberon 2005). Foucault (1999) går så langt som å hevde at kriminologien produserer kriminalitet, på samme måte som psykiatrien produserer psykiatriske sykdommer. Denne prosessen finner sted fordi fengselets – og psykiatriske sykehus funksjoner, skaper forbrytere og de gale. Begge institusjonene representerer disiplinerende teknologier som organiserer subjekter i rom. Dette kan også relateres til skolene ved at de også innehar samme kategorisering, trening og standardisering av mennesker. En slik forståelse mener jeg gir rom for en annerledes tenkning på hvorfor AD/ HD er et økende problem. Måten AD/ HD som et sosialt fenomen er blitt konstruert og etablert som diskurs – får en stor rolle å spille når det gjelder hvordan vi behandler AD/ HD barn på. Foucault fremhever i denne sammenhengen at diskurser regulerer mer enn det som kan uttrykkes: diskursene regulerer også hvem som kan snakke og når de kan snakke (Foucault 1999). Som deltakere er det krav og regler som må oppfylles før en kan delta i en diskurs. Hjelpeapparatet hevder at udiagnostiserte barn har dårligere prognoser for livsmestring enn de som henvises og behandles (Kvillo 2007). Her mener jeg eksempelvis ressursvake familier kan avskrekkes fra å kjempe mot hjelpeapparatet på bakgrunn av manglende ekspertise eller veltalenhet. Det er ulike forhold som gjør at mennesker blir ekskludert. Moderne subjektivitet er ikke sivilisasjonens siste frukt – men derimot et resultat av tvang og disiplinering hevder Foucault (1999). Sett ut i fra sosialkonstruksjonismen, er arbeidet med å definere barn som problematiske, syke eller ikke-normale, noe som er sterkt påvirket av stigmatiserende konstruksjoner som produseres og vedlikeholdes av andre. Sett ut i fra et slikt tankegods, går jeg nå over på å se om det konfliktteoretiske perspektivet kan bidra til bredere forståelse av fenomenet AD/ HD.

5.0. Det konfliktteoretiske perspektivet.

5.1. Det konfliktteoretiske perspektivet – en tredje måte å forstå AD/ HD ut i fra.

Med det sosialpatologiske perspektivet, belyste jeg hvordan samfunnet som organisme, bidrar til å gjøre individer syke. Med det sosialkonstruksjonistiske perspektivet fikk jeg frem hvordan hjelpeapparatet forstår AD/ HD med sitt fokus på medisinerer. Sett ut i fra konfliktteoretisk tradisjon, vil jeg undersøke hvordan dette perspektivet kan bidra til en forståelse av AD/ HD. Konfliktteorien er et omfattende teorikompleks hvor grunntanken er at samfunnet kan karakteriseres gjennom konflikter som er tilstede mellom de ulike sosiale

aktørene. Det sentrale er å analysere samfunnsforhold med utgangspunkt i at samfunnet består av individer, grupper, klasser eller nasjoner som har antagonistiske interesser. Konfliktteorien bygger dermed på en erkjennelse om at det alltid vil være objektive motsetningsforhold mellom de ulike aktørene som er med på å danne åpne kamper og konflikter i samfunnet (Schiefløe 2004). Men det trenger ikke alltid å være slik, fordi av og til kan ulike maktforhold og interessekonflikter ikke være erkjent av de sosiale aktørene selv og derfor ikke komme til uttrykk. Samfunnet kan også være relativt stabilt, preget av en viss integrasjon og konsensus. Slik har også den konfliktteoretiske tradisjonen begreper om sosial integrasjon i likhet med Durkheim. Som representant for dette tankegodset, har jeg valgt Pierre Bourdieu. Mens sosialkonstruksjonismen med Foucault hevder at virkeligheten er sosialt konstruert, mener Bourdieu (1994) at virkeligheten er relasjonell. Med dette presenterer han metodologisk relasjonisme og har som utgangspunkt at vi teoretisk konstruerer virkeligheten for å forklare den. Bourdieu står slik i kontrast til Durkheim sin metodologiske kollektivistiske tenkning og vil forkaste tanken på at skolene er å anse som speilbilde av samfunnet basert på en objektiv erkjennelse. Knyttet til hvordan vi kan forstå AD/ HD ut i fra konfliktteorien, er grunntanken at man forklarer sosiale forhold ved å avdekke hvilke interesser disse er grunnlagt på, og ved å avdekke hvilke aktører som har makt til å tvinge sine interesser gjennom (Halvorsen 2006). Fugeli (11.02.08) sa følgende: ”AD/ HD, det handler noe om molekyler/ biologi, men la oss ikke glemme at barn også er sjel og sosiale vesener”. Han utfordret til diskusjon hvor han mente at fenomenet AD/ HD, burde omhandle menneskesyn, menneskeverd og samfunnsverdier. Med dette, trekker jeg inn diskursene: motstanderne, hjelpeapparatet og legemiddelindustrien og vurderer deres posisjon sett ut i fra Bourdieu sin tenkning. For å avgrense oppgaven, vil jeg ha fokus på de bestemte diskursenes styrkeforhold sett ut i fra Bourdieu sine begreper *kapital, felt og habitus*.

5.2. Helse, sosialt rom og makt.

En konsekvens av den rådende normalitetsideologien, er at den har ført frem til en legal måte å ekskludere ikke – konforme barn på. Videre har medikalisering som legitim praksis av marginaliserte barn vunnet frem. Den stadige økningen av små barn som får AD/ HD og som trenger respektive medisiner, har ført til at deres helse nå er blitt et marked hvor stadig flere aktører melder sin ankomst og vil ha en del av kaken. Det vi står overfor, er en uoversiktlig prosess med ulike aktører og grupper med hver sine interesser. Adalberon (2000:47) skriver følgende: ”*medisinering av atferdsproblemer i norske skoler nærmer seg epidemiske tilstander når det gjelder diagnostisering og behandling av barn med atferdsvansker*”. Noen

aktører er i feltet av faglige årsaker og andre er der av forretningsmessige årsaker. Dagens situasjoner er blitt slik at det medisinske feltet har ervervet seg status som noe mer enn bare behandling av sykdommer¹⁴. Og knyttet til Bourdieu (1994), anvender han her begrepene felt og habitus som betegnelser på relasjonelle knutepunkt fremfor å operere med begrepet samfunn. *Felt* defineres som: ”*et nettverk eller en konfiguration af objektive relationer mellom forskjellige positioner*” (Bourdieu 1996:84). Hvor de ulike aktørene er plassert i feltet, gir grunnlag for ulike former for makt eller kapital. Felles for alle aktørene er at de er «bundet» til en bestemt posisjon i det sosiale rommet ut i fra sin habitus. *Habitus* defineres som: “*The habitus, a product of history, produces individual and collective practices, more history, in accordance with schemes generated by history. It ensures the active presence of past experiences, which, deposited in each organism in the form of schemes of perceptions, thought and action, tend to guarantee the correctness of practices and their constancy over time, more reliably than all formal rules and explicit norms*” (Poulsen 1999:154). Habitus er derfor et grunnleggende prinsipp som skaper ulike livsstiler i praksis, og det er et system hos den enkelte for å klassifisere og vurdere livsstiler som finnes i feltet¹⁵. En grunntanke innenfor det konfliktteoretiske ståstedet er at enhver etablert sosial orden, gir rom for spenninger eller konflikter mellom de involverte aktørene. Med utgangspunkt i hvordan eksempelvis skolen, hjelpeapparatet, kritiske røster og legemiddelindustrien organiserer seg, fremhever Bourdieu at det finnes ulike former for makt i samfunnet og at de er knyttet til ulike *kapitalformer* med hver sine særegne trekk som det gjelder å besitte og akkumulere (Bourdieu 1996). Kapital er ikke en ting, men et sett av relasjoner. De vanligste kapitaltypene er økonomisk kapital, kulturell kapital, sosial kapital og symbolsk kapital. En annen kapitalform som går utenfor Bourdieu sine standardtyper, er politisk kapital som er en blanding av sosial, symbolsk og kulturell kapital. Felles for disse kapitaltypene, er at de brukes for å oppnå samfunnsmessige goder (Bourdieu 1996). Man kan også si at disse fem kapitaltypene inngår i spillet om makt. Eksempelvis har den første diskursen, hjelpeapparatet med dets verktøy: medisinen, nå fått gode vekstvilkår for symbolsk makt. Det samme gjelder den farmasøytiske industrien som smir gylne lenker til hjelpeapparatet. Sett fra deres ståsted, så er barn som av skolen karakteriseres som abnormale, noe som interesserer de disiplinerende ekspertene og fremmer muligheter for økonomisk vinning hos legemiddelindustrien. Eksempelvis ble det i 2006 solgt AD/ HD medisiner for 118 millioner kroner og ”*de umulige barna er i ferd med å bli en*

¹⁴ Nettsted: Universitetet i Oslo.

¹⁵ Nettsted: Wikipedia, Pierre Bourdieu.

gullgruve for legemiddelfirmaene”¹⁶. Karakteristisk for den symbolske makten, er at den virker best innenfor systemer som preges av å ha legitim makt, og den eksisterer som følge av at mennesker i det sosiale feltet anerkjenner og har tillit til den (Bourdieu 1996). På bakgrunn av denne tilliten, har de etablert seg som en overmakt både på individ og samfunnsplanet. Det presenteres fortløpende nye diagnoser og de oppdager nye sykdommer som i sluttsammen er med på å farge menneskers livshistorie, nåsituasjon og fremtidshåp. Her vektlegger Bourdieu (1996) hvordan habitus som et grunnleggende prinsipp, skaper ulike livsstiler i praksis - og samtidig er et system hos den enkelte for å klassifisere og vurdere livsstiler som allerede finnes. Han anvender i denne sammenhengen begrepet distinksjon som har to betydninger: det å skille mellom ulike ting og det å skille ut det som er fornemt og eksklusivt. Knyttet til Bourdieu sine distinksjoner, hevdes det at helseprofesjonene med sin økende tendens til medikalisering, nå har overtatt ”*det åndelige landskapet der kyrkja før heldt til*”¹⁷. Dette er bestemt ut i fra hva som ansees som verdifullt av de ulike sosiale gruppene i det sosiale feltet.

5.3. Skolen som det sosiale feltets sorteringsarena.

Nøkkelelementet for nåtidens sykdom – og helseideologi, bunner i distinksjonen mellom det normale og unormale. Hjelpeapparatet og skolene har hovedrollene for hvilke retningslinjer og premisser vi skal forstå AD/ HD ut i fra. Eksempelvis er et av Bourdieu sine hovedtema, hvordan skolene kan stilles ansvarlige for reproduksjon av ulikhet. Han mener at en av skolens viktigste funksjoner, er å fungere som en sorteringsarena for samfunnet. Dette gjør skolene ved å favorisere barn fra høyere klasser og styre dem inn i et utdanningsløp som senere garanterer dem adgang til samfunnets dominerende posisjoner. Dette skjer fordi skolene forutsetter bestemte ferdigheter som eksempelvis kulturell bakgrunnskapital. Kulturell kapital består forenklet sett av dannelse og utdanning (Bourdieu 1996). Den henviser eksempelvis til hva et menneske har av kunnskap, refleksjonsevne og intellektuell selvtillit. Hentet fra undersøkelsen *Forskjell på folk – hva gjør skolen*¹⁸, vises det empirisk at sosial bakgrunn er vesentlig og at familiebakgrunn utgjør en signifikant forskjell knyttet til eksempelvis kompetanseoppnåelse på videregående trinn. Barn med AD/ HD har statistisk sett, høy sannsynlighet for å falle helt ut av skolesystemet etter grunnopplæringen (Statusrapport 2006). En årsak til at barn faller utenfor, er at barn av underprivilegerte klasser ikke har likt volum av kulturell bakgrunnskapital. Bourdieu (1996) påviser i denne

¹⁶ Nettsted: NRK Nett-tv.

¹⁷ Nettsted: Hellesnes, Jon.

¹⁸ Nettsted: NIFU Rapportserie, nr 3/28.04.2006.

sammenhengen at det er graden av overenstemmelse mellom læreren og elevens habitus som er avgjørende for om eleven henter suksess eller faller utenfor. Samme prosess finner sted i hjelpeapparatet hvor medisinen, uten å vite det eller ville det, undertrykker barn som er fattige på økonomisk, sosial og kulturell kapital. Bourdieu gir slik sett, kulturell kapital stor betydning for hvordan maktforhold i samfunnet oppstår og hvordan forskjeller i samfunnet blir skapt og reproduisert (Bourdieu 1996). Og hans begreper om falsk konsensus eller ideologi, hviler på symbolsk makt som både hjelpeapparatet, legemiddelindustrien og skolene har del av.

Et annet moment knyttet til skolen, er at barn fra ressursvake familier på denne måten blir lurt til å tro at de konkurrerer på like vilkår. Men sannheten er at økonomiske, sosiale og politiske ordener, har forkledd seg slik at de skal oppfattes som naturlige. Dette skjer gjennom prosesser Bourdieu (1994) kaller symbolsk vold. Ser man på dagens AD/ HD utvikling, så står barn for det første, i fare for å oppfatte manglende suksess på skolen som et personlig problem. For det andre står barn som ikke passer inn, i fare for å bli sykelliggjort og henvist til andre aktører. Dette kan sies å være en form for ansvarsfraskrivelse som bidrar til å øke fremmedgjøring parallelt som barna blir implementert med at de tilsynelatende har samme muligheter som alle andre. En adekvat løsning på problemet, har vært å gi mistilpassede barn spesialundervisning – men skolene har aldri klart å kompensere eller ta høyde for elevenes sosiale bakgrunn. Elever som har ressurssterk bakgrunn, har fordeler i form av vaner og holdninger som bidrag til lettere skolehverdag. Hentet fra undersøkelsen *Eleven i fokus*, hvor målgruppen var elever med spesialundervisning etter enkeltvedtak fra PPT, kom det frem at barn og unge med spesialundervisning i gjennomsnitt trives dårligere enn andre elever. Tre av ti barn sier de ikke trives særlig godt på skolen¹⁹. Mistilpassede barn av urolig, hyperaktiv eller uoppmerksom karakter, er altså de som trives dårligst på skolen. Trivsel er en grunnleggende forussetning for effektiv læring og sosiale relasjoner er viktig (Ogden 1996). Dette illustrerer Bourdieu sin tenkning ved at jo høyere opp en befinner seg i det sosiale rommet, dess mer utviklet sans har en for distinksjonene. Og selv om skolene har en relativ autonomi, er den under innflytelse av mektigere politiske og økonomiske institusjoner²⁰. Med høyt volum av symbolsk kapital, som henviste til det å kunne prege andre og få de til å akseptere sin virkelighet – kan det utøves symbolsk vold (Bourdieu 1994). Og gjennom

¹⁹ Nettsted: NIFU Rapportserie, nr 9/16.12.2004.

²⁰ Nettsted: Wikipedia, Pierre Bourdieu.

symbolsk vold, kan systemene fremme ulikhet. Sett ut i fra Bourdieu sin tenkning, så er dette beskrivende for å forstå konfliktene som er tilstede mellom de ulike, involverte aktørene.

6.0. Oppsummering og avslutning.

6.1. Oppsummerende betraktninger.

Jeg skal nå kort oppsummere mine erfaringer før jeg avslutter oppgaven. Med det sosialpatologiske perspektivet, belyste jeg fra et integrasjonsperspektiv hvordan sosiale og etiske samfunnsproblemer står i fare for å bli individualisert. I sin rene form, hevdes det at dette perspektivet ofte plasserer sosiale problemer hos enkeltmenneskets manglende evne til å tilpasse seg endrede omstendigheter. Med Durkheim sitt tankegods, hadde jeg fokus på viktigheten av integrasjon som rammebetingelse for barns trivsel. Ut i fra hans tenkning kom jeg frem til at barn blir bærere av sosiale problemer som egentlig har opphav i de grunnleggende samfunnmessige institusjonene. Slik samfunnet, skolene eller familiene i dag er organisert, så kan den stadige økningen av antall urolige, uoppmerksomme eller hyperaktive barn tolkes som sunnhetstegn på en ”syk” samfunnsorganisme. Skolen som system fungerer bra for noen og minimalt for dem som faller utenfor.

Med det sosialkonstruksjonistiske perspektivet, presenterte jeg først teoriens forståelsesgrunnlag sett ut i fra pensum. Med Foucault sin tenkning, fikk jeg frem hvilke rammer og hva slags rammevilkår som i dag er gjeldende for vårt forståelsesgrunnlag knyttet til AD/ HD. På bakgrunn av analysen, kom jeg frem til at vi har muligheter til å definere vår sosiale virkelighet. Et viktig bidrag fra denne tenkningen knyttet til forståelse av AD/ HD, er at det handler om ulike måter å se, forstå og tolke barns atferdsproblemer på. Med sosialkonstruksjonismen, kom jeg ikke frem til ny kunnskap om AD/ HD. Men ved å kartlegge hvem som har kontroll med å definere barns situasjoner og hvilke aktører som skaper mening som et ledd i å konstruere virkeligheten, førte dette perspektivet til å klargjøre hva som er problemet. Det er viktig kunnskap at de som har kontroll over å definere andre sine situasjoner, i et større omfang også kan styre andres oppfatning av virkeligheten. Det er nemlig slik handlingsvalgene til alle og en hver blir påvirket.

Med det konfliktteoretiske perspektivet og Bourdieu sin tenkning, erfarte jeg at grunnlag for makt vokser frem som en konsekvens av at det er ulikhet mellom mennesker. Med skolen som

utgangspunkt, kom jeg frem til alle mennesker kan sies å være underlagt makt ettersom vi sosialiseres inn i en eller flere kulturer med etablerte livspraksiser. Det vil dermed alltid være en risiko for å være underlagt makt som varierer sett ut i fra våre livsfelt og saksområder. Men maktgrunnlaget er avhengig av hvor selvfølgelig mennesker opplever sin sosiale virkelighet. Dersom vi er ukritiske til hvordan vi velger å forholde oss til våre omgivelser, så er faren stor for at andre, bevisst eller ubevisst, påvirker oss gjennom sin makt.

6.2. Avslutning.

Med utgangspunkt i ”*det finnes egentlig bare en sosiologisk teori om sosiale problemer, nemlig den sosialkonstruksjonistiske*” (Halvorsen 2002:52), har jeg i denne oppgaven undersøkt hvordan vi kan forstå AD/ HD sett ut i fra konkurrerende syn som det sosialpatologiske perspektivet og konfliktteoretiske perspektivet. Målet har vært å undersøke hvordan de ulike perspektivene hver for seg, har kunnet bidra til økt forståelse. Rammen for hele oppgaven har vært å forstå AD/ HD sett ut i fra et utdanningsperspektiv. Jeg valgte også å bruke TV2 sin dokumentar *Stille med pille* som springbrett for diskusjoner og betraktninger. Felles for Durkheim, Foucault og Bourdieu, er at alle fremmer økt bevisstgjøring om det vilkårlige knyttet til det vi tar for gitt i hverdagen. Deres bidrag åpner alle for en større erkjennelse av hvordan vi kan forstå AD/ HD som et sosialt problem. Dette gir igjen rom for større bevissthet omkring hvilke handlingsvalg vi kan legge til grunn for å endre urolige, uoppmerksomme eller hyperaktive barns vilkår. Det ligger også til grunn at Durkheim, Foucault og Bourdieu alle har konstruert hver sin forståelse og forståelsesgrunnlag. Jeg har derav kommet frem til at fenomenet AD/ HD kan forståes på ulike sett, avhengig av hvilket perspektiv man velger som føring.

LITTERATURLISTE:

Adalberon, W, Elsa; *Alt du ikke får vite om ADHD og Ritalin*, Osigraf Trykkeri 2005 (ISBN 82 – 996849 – 1 – 9)

Arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani; ”*Medisinske konsekvenser av rusmiddelbruk*”. AKAN – sekretariatet 1997

Aubert, Wilhelm: *Sosiologi*, Universitetsforlaget 1975 (ISBN 82 – 00 – 03086 – 7)

Bjorvatn, B, Pia: *ADHD som diagnose. En vurdering av ADHD diagnosens gyldighet og pålitelighet, og av det metateoretiske grunnlaget for diagnosen*, Høgskolen i Agder 2007

Bourdieu, Pierre:

- *Refleksiv sosiologi*, Hans Reitzels Forlag 1994 (ISBN 87 – 412 – 3060 – 4)
- *Centrale tekster inden for sosiologi og kulturteori*, Akademisk Forlag 1996 (ISBN 87 – 500 – 3230 – 5)

Durkheim, Emile: *On Institutional Analysis*, The University of Chicago Press 1978 (ISBN 0 – 226 – 17330 – 5)

Foucault, Michel:

- *Diskursens orden*, Spartacus Forlag 1999 (ISBN 82 – 430 – 0130 – 1)
- *Galskapens historie*, AIT Trondheim AS 1999 (ISBN 82 – 05 – 26692 – 1)
- *Overvåkning og straff*, AIT Trondheim AS 1999 (ISBN 82 – 05 – 26694 – 8)

Halvorsen, Knut:

- *Forskningsmetode for helse – og sosialfag. En innføring i samfunnsvitenenskapelig metode*, Cappelen Akademisk Forlag 2004 (ISBN 82 – 02 – 21830 – 6)
- *Sosiale problemer – en sosiologisk innføring*, Fagbokforlaget 2006 (ISBN 82 – 7674 – 700 – 0)

Hermansen, Mads, Løw, Ole og Petersen, Vibekeke: *Kommunikation og samarbejde – i professionelle relationer*, Alinea, København, 2004 (ISBN 87 – 23 – 01784 – 8)

Jørgensen Winther Marianne og Phillips Louise: *Diskursanalyse som teorie og metode*, (1 utgave), Roskilde Universitetsforlag 1999 (ISBN 87 – 7867 – 075 – 6)

Kvello, Øyvind: *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*, Universitetsforlaget 2007 (ISBN 978 – 82 -15 -00923 – 0)

Martinussen Willy: *Sosiologiske forklaringar*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS (ISBN 82 – 7674 – 272 – 6)

Ogden, Terje: *Kvalitetsbevissthet i skolen*, Universitetsforlaget 1996 (ISBN 82 – 00 – 02969 – 7)

Poulsen, Jørgen: *Kultur og betydning – kommunikation som kulturel og social praksis*, Samfundslitteratur 1999 (ISBN 87 – 593 – 0675 – 0)

Rønneberg Kari: *Sosiale virkeligheter. Sosiologi for profesjonsstudiene*, Vett & Viten AS, 2000 (ISBN 82 – 412 – 0425 – 6)

Schiefloe, M, Per: *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse*, Fagbokforlaget 2004 (ISBN 82 – 7674 – 769 – 8)

Smith Lars: *Barn med atferdsvansker. En utviklingspsykolpatologisk tilnæringsmåte*, Høyskoleforlaget AS, 2004 (ISBN 82 – 7634 – 472 – 0)

Stolanowski Arne Per, Rønnestad Helge Michael: *Profesjonell utvikling i psykososialt arbeid*, Cappelen Akademisk Forlag 1997 (ISBN 82 – 456 -0127 -6)

Utdanningsdirektoratet: *"ADHD og lignende atferdsvansker – statusrapport 2006"*. Utdanningsdirektoratet 2006

Aamodt, I., Aamodt, L.G. & Jørgensen, B. (2002). ”Enslige mødre - familier med store psykososiale belastninger”. *Nordisk Sosialt Arbeid*, 4. (s.193-201).

Aanonsen, O, Nils: *ADHD – diagnose, klinikk og behandling hos voksne*, Gyldendal Akademisk 2000 (ISBN 82 – 00 – 45204 – 2)

NETTSTEDER:

Alle sidene er sist besøkt 02.03.08. Kl.2211 – kl.2230.

Et forsøk på å definere sosiologi. Sosiologi 2000.

<<http://www.iss.uio.no/sosiolog2000/temaer/definere.htm>>

Folkehelseinstituttets hjemmeside.

<Http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661>

Forskning.no: Øystein L. Pedersen: ”Et foreldet utdanningssystem”, 14 august 2004.

<Http://www.forskning.no/Artikler/2004/august/1091694996.43/artikkel_print>

Hellesnes, Jon: ”Makt og motmakt i det medisinske feltet”. (u.å)

<<http://www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapp2003/rapport57/index-MAKT.html>>

Kunnskapsdepartementet, Det kongelige:

<<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20062007/016/PDFS/STM200620070016000DDDPDFS.pdf>>

NIFU Rapportserie, nr 3/28. 04. 2006.

<http://nifu.pdc.no/publ/index.php?seks_id=83449&del=sammendrag&nr=83407&t=R>

NIFU Rapportserie, nr 9/16. 12. 2004.

<Http://nifu.pdc.no/publ/utskrift.php?seks_id=46134&sid=46092&t=R>

NRK Nett-tv: <<http://www1.nrk.no/nett-tv/klipp/150592>>

Null, Gary: The Drugging of Our Children, 20 oktober 2005.

<<http://video.google.com/videoplay?docid=-3609599239524875493&q=The+Drugging+Of+Our+Children&hl=en>>

Sykehuset Telemark. Sist oppdatert: 05. 09. 2006.

<<Http://www.sthf.no/pasienter/161/212/820/3388>>

TV2 Nett-tv: <<Http://pub.tv2.no/dyn-TV2/magasiner/dokument2/article570506.ece>>

Universitetet i Oslo: Kommentert oversikt over grunnfagspensum i sosiologi. Sist oppdatert: 18 desember 2002. <<http://www.iss.uio.no/studier/sos/guider/grfag/pensum/del3.html>>

Wikipedia, den frie encyklopedi:.

Emile Durkheim: <http://no.wikipedia.org/wiki/Emile_Durkheim>

Pierre Bourdieu: <Http://no.wikipedia.org/wiki/Pierre_Bourdieu>