

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan en forstå AD/HD som et sosialt problem?

av

Kjersti Saltnes

Bachelor i sosialt arbeid
201
Mars, 2008



Innholdsliste

1.0 Innledning	S. 2
2.0 Valg av tema og problemstilling	S. 3
3.0 Metodevalg	S. 3
4.0 AD/HD et skjult handikap, årsaker og forekomst	S. 5
4.1 Årsaker	S. 5
4.2 Forekomst	S. 6
4.3 Symptomer og kjennetegn	S. 6
4.4 Utredning og diagnostisering	S. 8
4.5 Jenter med AD/HD	S. 9
4.6 Søskken til barn med AD/HD	S. 11
4.7 Voksne med AH/HD	S. 12
5.0 utfordringer i hverdagen	S. 13
5.1 Sosialt avvik og AD/HD	S. 14
5.2 Sosiale problemer	S. 16
5.4 AD/HD en sykkeligjøring?	S. 18
6.0 Avslutning	S. 21
7.0 Litteraturliste	S 23

1.0 Innledning

Denne oppgaven vil i hovedsak dreie seg om livlige og impulsive mennesker som i hverdagslige sammenhenger vil få store problemer med å lære å utvikle seg etter sine beste evner. Sosiale sammenhenger, som for eksempel i skolen, kan være en stor utfordring både for mennesker med AD/HD og mennesker som omgås de.

3-5 % av alle norske skolebarn er på ulike måter plaget av symptomer på denne AD/HD tilstanden, og skolearbeidet kan ofte være en hard prøvelse for de. Disse urolige barna vil ofte få tildelt roller som for eksempel klassens klovn eller klassens urokråke. De er høyt oppe og det kan fort bli for mye for omgivelsene. Noen vil derfor ha store problemer med å forholde seg både til jevnaldrende og voksne.

Jeg vil i denne oppgaven først belyse hva som kjennetegner AD/HD, her vil jeg se nærmere på symptomer og kjennetegn, og utredning og diagnostisering. Jeg vil og se nærmere på likhet og ulikhet mellom jenter og gutter med denne diagnosen, og prøve å forstå hvorfor det er så mange flere gutter som får denne diagnosen enn jenter. Jeg vil videre definere hva som kjennetegner sosiale problemer, og hvordan en kan relatere AD/HD til dette fenomenet. Her vil jeg ta for meg da spesielt skolesituasjonen og de utfordringene en kan møte der. Jeg vil her prøve å skape en forståelse på hvorfor AD/HD kan være et sosialt problem, og senere se på hva en kan gjøre for å utvikle det normale hos mennesker, slik at flere kan føle seg akseptert for den de er. Videre vil jeg se nærmere på hvordan en må leve opp til visse krav for å bli akseptert og godkjent. Klarer man ikke dette vil man fort bli sett på som unormal. Her vil jeg ta for meg begrepene normalitet og avvik, og sette det opp mot hvordan samfunnet ønsker vi skal være. Til slutt vil se nærmere på sosialvitenskaplig kritikk rettet mot den medisinske betegnelsen AD/HD. Jeg vil her se nærmere på om denne medisinske betegnelsen kan ha en del tvilsomme sider. Jeg vil og se nærmere på om diagnosen kan være en sykelliggjøring fra samfunnets side. Her vil jeg ta utgangspunkt i at en kan hevde at det diagnostiske grunnlaget for AD/HD er uklart, og at alle barn utvikler seg på ulik måte.

Min problemstilling vil være:

Hvordan kan en forstå AD/HD som et sosialt problem?

2.0 Valg av tema og problemstilling

Med utgangspunkt i et tema eller et emneområde, arbeider vi oss frem til en problemstilling (Dalland, 2000 s 88-95). Problemet er noe en lurer på formulert som et spørsmål, noe en ønsker svar på, eller en påstand som skal avvises eller bekreftes. Hovedforskjellen på et tema og en problemstilling er at et tema er noe beskrivende, og et problem er noe vi løser.

For å kunne forstå hva dette begrepet AD/HD betyr, må en suge til seg hva som ligger bak disse forkortelsene AD og HD.

En må kunne gå i dybden på dette kjernebegrepet, og kunne være åpen for flere perspektiver, da denne diagnosen ikke sier noe om årsaken bak. Det å kunne være nysgjerrig og søkende er gode egenskaper for å prøve å forstå dette begrepet.

Etter å ha vært i praksis innen barne- og ungdomspsykiatrien, kom jeg i kontakt med flere som var i utgreiing for denne diagnosen, og deres foresatte. Dette la grunnlaget for min nysgjerrighet på dette tema, og nå senere som min søk etter mer informasjon om disse urolige og ukonsentrerte barna, og hvordan deres rolle er i samfunnet.

3.0 Metodevalg

Dette kapittelet tar for seg mitt valg av metode, og en redegjørelse på hvorfor jeg valgte nettopp denne forskningsprosessen. Først vil jeg definere begrepet metode, og deretter komme med omtale av valgene jeg har tatt i forhold til kilder. Jeg vil og vurdere kildene sin validitet i forhold til problemstillingen min.

I følge førsteamanuensis Dag Ingvar Jacobsen er metoden en lære om hvordan man samler inn, bearbeider, organiserer, analyserer, og tolker sosiale fakta på en systematisk måte, slik at andre kan få etterprøve forskningen vår. Videre kan en si at metoden er et hjelpemiddel og en fremgangsmåte for å løse problem, og komme frem til ny kunnskap. (Jacobsen, 2000)

Hvilken metode en velger å bruke for å undersøke et tema, er helt avhengig av hva formålet er, hvilken informasjon man ønsker og hvilke spørsmål en ønsker svar på. Jeg ønsker i denne oppgaven å finne ut hvordan en kan prøve å forstå hvorfor mennesker med denne diagnosen skiller seg ut, og hvordan denne forståelsen kan være med på å utvide det som er tenkt normalt i et samfunn. Studier og forskning på AD/HD har her hjulpet meg å sette ulike problemstillinger i nytt lys.

Ofte står valget mellom ulike metoder med sine sterke og svake sider. Vi må begrunne valgene vi har gjort. Først kan vi relativt kort gjøre rede for de mer generelle sidene ved metoden, men vi skal først og fremst si hvordan metoden vi har valgt, har fungert i vår undersøkelse. (Dalland, 2000 s 245).

Til denne oppgaven har jeg valgt et litteraturstudium som bygger på psykologi, pedagogikk og sosiologi. Jeg har her tatt utgangspunkt i relevante bøker og andre litterære kilder, som jeg mener belyser problemstillingen min. Grunnen til dette er at jeg har bevisst søkt etter skriftlig dokumentasjon på AD/HD, og hvordan jeg skal knytte det opp mot sosiale problemer. En annen litterær kilde som Internet, har vært relevant for meg når jeg har hentet inn materiale til oppgaven min. Her var det viktig for meg å være kritisk til validiteten, og om den var høy nok. Etersom jeg sammenlignet materialet fra Internet med andre litterære kilder jeg har brukt, anså jeg validiteten som høy nok.

Det er mange sentrale navn innen AD/HD feltet, men de jeg hovedsakelig har basert oppgaven min på er Pål Zeiner, Lisbeth Iglum Rønhovde, Tore Duvner, Anne lise Farstad og Berit Langlete.

For å prøve å få en forståelse for hvordan sosiale problemer oppstår har jeg tatt utgangspunkt i sosiologien som vitenskaper om det sosiale. Her vil jeg trekke frem kjente navn som Peter Worsley, Ivar Frønes og Knut Halvorsen. Disse sentrale navnene og deres teoretiske perspektiver har hjulpet meg i styringen av hvordan oppgaven min har utviklet seg, og har vært med på og hjulpet meg til å få bedre forståelse av dette fenomenet jeg har valgt å skrive om. Alle disse litterære kildene jeg har brukt, har og hjulpet meg både å avklare og å definere nøkkelbegreper, som har vært viktig for meg i min fremtoning av litteraturen

4.0 AD/HD et skjult handikap, årsaker og forekomst

AD/HD, oversettes til Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, og er en hyperkinetisk tilstand. Tilstanden regnes som en nevrologisk utviklingsforstyrrelse, som viser seg i form av konsentrasjonssvikt, rastløshet og impulsivitet. Denne tilstanden vil gi seg til kjenne tidlig i barneårene, og vedvarer ofte inn i ungdomsalderen og voksenlivet. Her vil jeg ta for meg de ulike årsaks- og diagnosebeskrivende delene av AD/HD, samt litt om hvordan jenter og voksne er satt litt i skyggesonen i forhold til dette temaet.

4.1 Årsaker

En kan si at AD/HD er en hyppig forekommende lidelse, men grunnet nyvinning innen forskning vet man ikke nok om årsakene til denne tilstanden.

Selv om man ikke kan si noe om direkte årsaker til AD/HD, har ulike forskere identifisert flere faktorer som kan ha noe å si for denne tilstanden. Endret hjernefunksjon, arv og miljøpåvirkninger er noen av faktorene jeg vil se nærmere på.

En kan hevde at AD/HD skyldes en ubalanse i hjernekjernen, og ikke en påviselig hjerneskode eller rene miljømessige forhold. (Rønhovde, 2004)

Som alle andre lidelser kan en si at det er et samspill mellom arv og miljø.

Tilstanden er uttalt arvelig, selv om man ikke kan koble den til verken gener eller kromosomer. 25 % av fedre og 17-25% av mødre har AD/HD. Sjansene for at en av foreldrene har denne diagnosen vil være på 40 %. Det er også antatt at det er 35 % sjanse for at søsken har det samme. Det vil si at 80 % av alle barn med denne diagnosen har nære slektninger med lignende problemer.

Andre foreslåtte årsaker kan være underaktiviteter i hjernen, det vil si noe redusert sirkulasjon fremme i hjernebarkens pannelapp eller i reguleringsområde midt i hjernen. Disse områdene er sentrale, da med hensyn til oppmerksomhet og responser. AD/HD kan og ha multiple årsaker. Da årsaker som for eksempel røyking, drikking, hodetraume under svangerskapet eller altfor tidlig fødsel med vekt under 1500 gram.

En kan og hevde at miljøgifter som foreksempel bly, kan og være en viktig faktor for å øke forekomsten av AD/HD.

4.2 Forekomst

Det er i dag anslått at 3-5 % av alle skolebarn i Norge har fått diagnosen ADHD. En kan hevde at det i hver tredje klasse, er det en elev med en form for alvorlig grad av AD/HD, og i alle store klasser er minst en med moderat grad av denne tilstanden. Det er flere gutter enn jenter som har fått denne diagnosen. En årsak til dette kan være at det er flere jenter som ofte blir underdiagnostisert. En annen årsak kan være at flere jenter kan være hypoaktive, det vil si å være svært passive i sosiale sammenhenger.

En kan ikke vokse denne tilstanden av seg, og 30-70% av dem vil fortsette å ha symptomer i voksen alder.

Mennesker med AD/HD har og lettere for å utvikle depresjoner og andre psykiske lidelser. Tilstanden AD/HD deles inn i flere kriterier som må oppfylles. En kan si at en har tre hovedkategorier: *konsentrasjonsvansker/oppmerksomhetsforstyrrelse, impulsivitet og hyperaktivitet*. Disse kriteriene forekommer ofte sammen med andre ulike tegn på mangelfulle evner. Her kan en trekke frem lese og skrivevansker, dårlig motorikk og sen språkutvikling, i tillegg vil mange ha et dårlig selvbilde. (Duvner, 2004)

Jeg vil gå videre inn på hva som kjennetegner de ulike kriteriene.

4.3 Symptomer og kjennetegn

Symptomer for AD/HD vil gi seg til kjenne tidlig i barneårene og vil kanskje vedvare til voksenlivet. De fleste mennesker vil mange ganger i livet ha problemer med å konsentrere seg, og noen ganger føle seg riktig så impulsive, men med foreksempel barn med AD/HD vil dette i stor grad påvirke barnets tilpasning og utvikling i samfunnet.

Symptomene skal og ha vart i minst 6 måneder, og skal forekomme både i hjem og på skole.

En del av symptomene skal og ha vist seg før 6-7 års alder. (Duvner, 2004))

Som tidligere nevnt er de tre hovedkategoriene for denne utviklingsforstyrrelsen:

konsentrasjonsvansker/oppmerksomhetsforstyrrelser, impulsivitet og hyperaktivitet.

Videre vil jeg komme med eksempler på ulike symptomer innenfor hver av disse kategoriene.

Konsentrasjonsvansker/oppmerksomhetsforstyrrelse:

En med denne diagnosen vil ofte være uoppmerksom på detaljer, og kan ofte slurve med skolearbeidet, jobben og, eller andre aktiviteter. I tillegg til dette har en ofte og vanskeligheter med å kunne fokusere og konsentrere seg både når det gjelder lek, og eller når det gjelder oppgaver. Disse problemene fremkommer ofte i skolen og under deres aktiviteter, men og på fritiden, under ulike fritidsaktiviteter, da for eksempel på fotballtrening eller sammen med venner. Barn med denne diagnosen vil ofte lukke ørene ved tilsnakk, direkte tale. Om for eksempel mor sier: nå må du gå på badet, så virker det som om barnet ikke vil høre henne, og det vil igjen resultere i at barnet ikke følger opp gitte instruksjoner. En kan si at det virker som om barnet rett og slett befinner seg i en annen verden. Oppgaver som krever vedvarende oppmerksomhet og organisering, som for eksempel hjemmelekser, kan være vanskelig å gjennomføre for et barn med AD/HD, da de klarer sjelden å sitte i ro og konsentrere seg over lengre perioder av gangen. Barn med denne diagnosen vil og ofte ha lett for å glemme helt dagligdagse ting, som for eksempel det å følge med på hva klokken er, passe den og holde avtaler. De lar seg lett distrahere av ulike ytre stimuli, og glemmer ofte både tid og sted. Disse symptomene for konsentrasjonsproblemer må ikke forveksles med barns trassproblemer, eller ved at barnet ikke forstår instruksjoner og lignende som er gitt.

Impulsivitet:

Impulsive mennesker kan få plutselige utbrudd av sinne, eller andre emosjonelle utageringer hvor en reagerer med impulsivitet. En kan ofte her handle uoverlagt uten å ha tenkt på konsekvenser for handlingen. Mennesker med AD/HD kan ha problemer med å kontrollere humøret sitt, da særlig sinne. De kan ofte ha heftige og korte raseriutbrudd. Dette fordi de er lett å provosere og mister lett beherskelsen. De har vanskelig for å ta nei for et nei. (Duvner, 2004) Barn med AD/HD snakker ofte i munnen på andre, det vil si at de avbryter lett samtaler, og kan ofte svare på spørsmål som ikke er ferdigstilte. Uten tanke på at de gjør noe galt, kan de ofte forstyrre andre mennesker i daglige settinger. Her kan en tenke seg for eksempel at de ofte kan blande seg inn i andre sine diskusjoner, forstyrre og eller avbryte andre barns oppgaver, eller lek. Dette kan være fordi barn med denne diagnosen kan ha vanskeligheter for å vente på tur.

Hyperaktivitet:

Hyperaktivitet er en psykisk betegnelse på atferd, da spesielt på barn.

AD/HD barn er nesten alltid rastløs i bevegelse og aktivitet. De har en slik uro i hender og føtter, at de vrir seg på stolen, og kan ha store vanskeligheter med å sitte i ro. Denne uroligheten medfører at de ofte reiser seg opp og vandrer rundt. Dette viser seg spesielt tydelig i klasserom, da det her forventes at alle skal sitte i ro ved pultene sine. I friminuttene på skolen kan disse barna ofte springe rundt omkring, og klatre på ting som ikke er helt passende. Deltaking på rolige aktiviteter eller lek kan være veldig vanskelig for barn med denne diagnosen, da de farer mye rundt, er overivrige og snakker tilsynelatende veldig mye.

4.4 Utredning og diagnostisering

Hos barn og unge med AD/HD er det som oftest foreldre eller ansatte i skole eller barnehage som merker problemene først. Når de ulike kriteriene er oppfylt, bør det settes i gang diagnostisk utredning. Ved mistanke om AD/HD, kan barnet eller ungdommen bli henvist til helsetjenesten for utredning og diagnostisering. Denne undersøkelsen gjøres grundig gjennom både observasjoner og ulike tester. Videre vil jeg gå inn på hva skjer i utredningen og diagnostiseringen av mennesker med symptomer på AD/HD.

Utredningen

En utredning skal være med på å gi oss et detaljert bilde av hvordan barnet eller ungdommen fungerer i hverdagen, om familiesituasjonen, sterke og svake sider og om mulig gi svar på årsaken til problemene. Utredningen vil som oftest starte hos fastlegen eller annen lege.

Medisinskfaglig vurdering skal alltid ligge til grunn. Andre deler av utredningen vil være anamnese og testing. En anamnese er et skjema som kan hjelpe oss å kartlegge alle områder rundt barnet. Dette skjemaet er med på å gi oss en detaljert beskrivelse av barnets måte å fungere på. Anamnesen tar en helt tilbake til mors graviditet og frem til i dag. Man går gjennom diagnosekriteriene, og foreldre, barnet selv og eventuelt ansatte i skole eller barnehage får tildelt vurderingsskjema eller spørreskjema for utfylling. Dette kan være med på å kartlegge problemområdene til barnet eller ungdommen.

Testing av barnets evner er en viktig del av kartleggingen. Man vil ta i bruk forskjellige tester som for eksempel: WISC test eller NEPSY. I de forskjellige testene vil man teste barnets

motorikk, kognisjon, persepsjon, hukommelse, språk og skoleevner. Skoleevner da som lesing, skriving og matematisk tenkning.

Diagnostiseringen

Å få diagnosen AD/HD baserer seg på en vurdering av atferd over tid og i ulike sammenhenger av en slik art som vil medføre store problemer med å fungere i hverdagen. Fastsettelse av en slik diagnose vil være en klinisk vurdering. Denne vurderingen skal inneholde følgende: klinisk diagnostisk intervju, medisinsk undersøkelse og spørreskjemaer som er utfylt av pasient, foreldre og andre. I enkelte tilfeller vil også psykologisk/nevropsykologisk utredninger, pedagogiske tester og andre undersøkelser være av behov for å være med å kartlegge diagnosen.

Denne kartleggingen må ende i en diagnostisk konklusjon vedrørende AD/HD eller eventuelle andre diagnoser.

”Det er viktig å være klar over at en AD/HD-diagnose er en medisinsk betegnelse, og følgelig ikke kan stilles av pedagoger eller psykologer, men først kan settes etter en medisinsk vurdering” (Farstad 1997 s 17).

4.5 Jenter med AD/HD

Før var mange i tvil om jenter og kvinner kunne ha AD/HD. Det er først i det siste tiåret dette er kommet i fokus. En konferanse om kjønnsforskjeller og AD/HD ble holdt for første gang i USA i 1994, og først da slo fagmiljøet fast at denne funksjonsforstyrrelsen AD/HD faktisk og forekommer den kvinnelige delen av befolkningen. Senere har fagpersoner over hele verden, inkludert Norge, latt seg bli påvirket til å sette mer fokus på hvordan det er å være jente med denne diagnosen. (Langlete, 2004) De aller fleste av jentene som har fått denne diagnosen, er de jentene som ligner mest på de pågående og utagerende guttene, som er både urolige og impulsive. De som skaper styr rundt seg, er de som blir lagt merke til og henvist. Med styr kan forstås som de barn som skaper en viss uro, som foreldre og lærere føler de ikke er i stand til hjelpe, de strekker ikke til. Det er mange jenter og kvinner som sliter med alvorlige oppmersomhetsproblemer og trenger hjelp, som ikke får det. Dette kan være fordi de ikke viser de klassiske symptomene på AD/HD, symptomer som hyperaktivitet, impulsivitet, eller

utfordrene atferd. Kanskje denne diagnosen kan vise seg på ulike måter hos jenter og gutter? Dette er et av spørsmålene fagmiljøene rundt om i verden etter hvert er blitt opptatt av. Det har vært mye kritikk for at en har brukt de samme diagnoser og symptomkriteriene for både gutter og jenter. En kan hevde at disse kriteriene er brukt etter forskning og ulike studier av gutter med AD/HD. En kan videre spørre seg om man her trenger å fokusere mer på kjønnsforskjellene en finner, og hva man skal vektlegge for økt kunnskap om hvordan symptomer arter seg hos forskjellig hos de ulike kjønnene. Mye kan tyde på at jenter er mye mindre aggressive og hyperaktive enn guttene.

Goldstein og Gordon (2003) hevder at det at flere gutter enn jenter blir henvist til utredning, kan skyldes at jenter har en lavere skåre på spesifikke lærevansker og utagerende atferd, i tillegg til at de skårer lavere på kriterielisten for hyperaktivitet og impulsivitet. På en annen side kan en se at de skårer høyt på kriterielisten for uoppmerksomhet, og dette er nok til at det er forenelig med en diagnose. (Rønhovde, 2004)

Gutter og jenter blir sosialisert inn i samfunnet på ulikt vis. Sosialisering skjer ved at en tilegner seg de kunnskaper, ferdigheter, normer og verdier, slik at en kan tilpasse seg og få en tilhørighet i samfunnet. I en vanlig skoleklasse med barn, kan en se at guttene er mer urolige og impulsive enn jentene. Slik er det også for barn med diagnosen AD/HD.

Barn med denne diagnosen kan ha problemer med verbal innlæring, minne for verbalt materiale og ha vansker med muntlig språk. Årsakene til dette kan være at personer med AD/HD har problem med selve organiseringen av kompleks handlevirksomhet. Dette kan ha sammenheng med at det fort kan bli for mye å holde styr på, og av denne grunn lagres ikke kunnskapen på en slik måte at det er lett å hente den frem igjen.

Jenter er mer opptatt av det verbale, slik at en kan oppnå et godt forhold til andre på det mellommenneskelige plan. Her gjelder det å være flink til å lytte og samtidig kunne tolke kroppsspråk, dette for å se om det finnes samsvar mellom det å tolke og det en ser. Det er og viktig å kunne skille mellom spøk og alvor, og det å forstå hva som er vesentlig, og hva som er tullprat. Jenter med denne diagnosen kan ha vansker med å uttrykke seg spontant. De strever med å finne de rette ordene, de klarer ikke å få ut tanker og ideer i riktig rekkefølge. Den språklige evnen vil her dras i en negativ retning. Oppmerksomhetssvikten hos AD/HD barn ser ut til å kunne være en årsaksforklaring for dette. En kan her spørre seg om kulturen

kan modifisere de sosiale handlingskonsekvensene som springer ut av en nevrologisk defekt i synapsene i frontallappen, mer for jenter enn for gutter.

Guttene på sin side er opptatt av selve aktiviteten i sosialiseringen. En kan si at guttene er opptatt av å gjøre ting sammen, og konkurrerer ofte om hvem som er først, best og for eksempel hvem som er høyest, eller har størst skonommer. Selve aktiviteten står i sentrum her, og de blir vurdert etter hvordan de mestrer selve aktiviteten. Gutter med denne diagnosen har ofte problemer med sosialiseringen, da de ofte er både dominerende og fysisk aggressive. Studier på 1980 tallet sammenligner jenter og gutter med AD/HD og deres forhold til venner/jevndrengene. Resultatet av disse studiene viser tydelig at både jenter og gutter med AD/HD har større problemer i forhold til jevndrengene enn barn uten AD/HD.

Jentenes problemer var stort sett at de ble avvist av jevndrengene, og guttenes problemer var at de var for dominerende og for fysisk aggressive.

At de impulsive og urolige jentene stort sett ble avvist, kan ha flere grunner. En av grunnene kan være at de kan avvike fra de forestillingene samfunnet og jevndrengene har om det normale. Dette vil jeg komme tilbake til senere i oppgaven, når jeg skal ta for meg sosialt avvik og AD/HD.

Jenter med AD/HD som er rolige, kan ofte komme til kort ovenfor jevndrengene. De er ofte veldig sjenerte og tilbakeholdne, og kan være redde for å dumme seg ut.

Mange vil og være barnslige, og gjerne være opptatt av lek i flere år enn jevndrengene. Når jevndrengene begynner å interessere seg for gutter, sminke og hår, kan disse jentene fremdeles være mest opptatt av barbie eller lekedyr. Dette er med på at jenter med AD/HD ofte kommer i kontakt med yngre barn med samme interesser, og klarer ikke å appellere til jevndrengene barn på egen alder.

4.6 Søsken til barn med AD/HD

Hos søsken vokser det frem en større forståelse og innsikt i hvordan situasjonen er for søster eller bror med AD/HD diagnose etter mange forskjellige enkelthendelser i livet. Erfaringene søsken kan få av enkelthendelsene, kan skape både positive og negative reaksjoner hos dem. De kan innby til ambivalente følelser av skyld, frustrasjon og aggresjon, men og positive reaksjoner som nærhet, forståelse og varme. Mange søsken kan komme til å slite med skyldfølelse fordi de ønsker å trekke seg unna. Å trekke seg unna følelsen av å være en slags forelder, en medforelder i mange situasjoner i hverdagen. Søsken vil kunne oppleve flauhet og skam, ved å gi seg til kjenne en bror eller søster med denne diagnosen. Skamfølelse og

skyldfølelse er to ord som går igjen her. En kan slite med skamfølelsen, samtidig føle skyld over å kjenne seg slik.

”Jeg hjelper henne med leksene. Det skjer ved at vi gjør lekser sammen, slik at det ikke ser ut som det er jeg som hjelper henne” (Zeiner m fl, 2004 s 164).

Av for eksempel denne opplevelsen et søsken kan sitte med, kan være med på å modne han eller henne både følelsesmessig og intellektuelt, selv om det i situasjonen kan fremkalle både sinne og irritasjon.

Videre kan en si at de aller fleste søsken til bror eller søster med AD/HD, er både hjelpsomme og forståelsesfulle. En jente uttrykker dette om sin lillesøster:

”hun har innmari behov for at noen bryr seg, at andre enn mamma og pappa gjør det. Det er som med min egen vesle jente. Men slik er det bare når en føler seg hjelpeløs, det er ikke greitt heller” (Zeiner m fl.2004).

Barn generelt er opptatt av søsken og deres forhold til venner. I skolesammenheng kan søsken oppleve at deres søster eller bror med diagnosen bli mobbet. Dette kan de ha observert i friminuttet, på skoleveien eller i nabolaget. Mobbingen varierer alltid i form og grad, men kan ofte først bekymre søsken når det er blitt for intenst.

Søsken kan kanskje tenke i gitte situasjoner: *burde jeg si fra, eller skal jeg la han eller henne finne ut av det selv? Skal jeg gripe inn når han eller henne havner i trøbbel, eller skal jeg la han eller henne ta konsekvensene?*

4.7 Voksne med AD/HD

Hos de aller fleste med denne diagnosen, vil aldersmessig modning føre til at diagnosen avtar med stigende alder. Men selv om diagnosen avtar, så vil mange av de fremdeles ha vedvarende symptomer og plager. Da helst symptomer som konsentrasjonsvansker. En kan hevde at impulsiviteten og hyperaktiviteten er de symptomene som blir mindre uttalt med årene. De vedvarende symptomene kan føre til nedsatt fungering, da ofte sosialt sett. De vil få problemer med å møte dagliglivets harde krav, både i arbeid og på fritid.

Videre vil jeg sette opp en liste med noen av problemene en voksen med AD/HD kan ha:

- Mange baller i luften, blir lett stresset
- Klarer ikke oppgaver som stadig gjentas
- Kan komme med kommentarer som virker fornærmende på andre
- Utålmodig, lett irritert
- Føle seg usikker, stemningssvingninger
- Indre følelse av rastløshet

Etter studie kan en si at å ha denne diagnosen i voksen alder, kan føre til økt risiko for antisosialitet, kriminalitet, og rusmiddelavhengighet.

Hos eldre voksne, er det lite kjent hvordan denne diagnosen vil utarte seg.

5.0 utfordringer i hverdagen

Et individ utsettes til daglig for forventninger fra andre, da med hensyn til ens holdninger og atferd. Forventningene andre har av en, vil utgjøre en sosial rolle som viser seg i form av atferd. Med en sosial rolle, kan en tenke seg et sett av stabile forventninger som retter seg mot en person. Andre mennesker vil alltid ha forventninger til hva man skal gjøre og hvordan man i en bestemt sosial posisjon eller situasjon skal oppføre seg. Slike rolleforventninger er styrende for atferden vår. En kan her velge å leve opp til andres forventninger eller ikke. Dette vil videre føre til enten en positiv reaksjon eller en negativ reaksjon hos den andre. (Schiefløe, 2003)

Noe som krever samspill og gjensidig tilpasning, kan være vanskelig for en med diagnosen AD/HD. Ofte vil man se at barnet/ungdommen blir tatt ut av gruppearbeid, fritidsaktivitet og en eller annen form for bevegelseslek. Noen har lett for å få venner, andre ikke, og dette er langt fra tilfeldig. En kan og hevde at venner er noe man vinner og ikke noe man får. Man må lære å utvikle vennskap, og da helst i tidlig alder. I samvær med andre barn lærer en seg hvordan man skal oppføre seg i gitte situasjoner, og hvordan andre reagerer på en selv.

Sosiologen Frønes (1989), hevder at jevnaldringsgruppen er arena for læring av komplekse sosiale forhold, der rollene mellom aktørene er i stadig endring og utvikling.

Egenskaper som lært kommunikasjon og sosial kompetanse vil barnet nyte godt av for resten av livet. Barn med AD/HD har sjelden mange venner, og ofte har de ikke personlige venner i det hele tatt. En kan si at vennskap er en slags form for gjensidighetskontrakt mellom de likeverdige. Alle barn trenger tid sammen med andre jevnaldrende, dette for å kunne oppnå viktige behov som likhet, nærhet og tilhørighet.

5.1 Sosialt avvik og AD/HD

Det forventes i dag at man som medlem av et samfunn, må leve opp til visse krav for å bli akseptert og godkjent. Klarer man ikke dette vil man fort bli sett på som unormal og man kan få en følelse av skam. Samfunnet vil på mange områder formidle at en med AD/HD er unormal, at en ikke er et ordentlig menneske. Dette vil for eksempel vises gjennom kroppsspråket til de såkallede normale. En person kan bli generalisert ut i fra en negativ handling eller egenskap. Med det mener en at en kan bli stemplet ut fra en negativ handling man tidligere har gjort. Her kan en for eksempel trekke frem de ulike situasjoner mennesker med denne diagnosen kommer i. Situasjoner som viser at de skiller seg ut. Den stigmatiserte kan her reagere med å gå i forsvar, og han eller hun kan bli tolket som om det er noe negativt med personligheten. Den stigmatiserte vil og innse at han eller hun ikke blir akseptert av samfunnet, til tross for at personen selv anser seg som normal.

Hvem eller hva er i stand til å avgjøre hva som er normalt i et samfunn? Og hvordan kan man avgjøre om et barn er normalt eller unormalt?

En kan for eksempel starte med å definere det normale, slik danske Jesper Holst har gjort. Holst opererer med 3 ulike normalitetsbestemmelser: det statistiske, moralske og den medisinske. Med den statistiske normalitetsbestemmelsen, kan en tenke seg et resultat fra en stor gruppe mennesker. Disse resultatene vil i flertall vise seg midt på en kurve, mens de jevnt synkende på begge sider, viser de som er under gjennomsnittet. Den medisinske bestemmelsen vil prøve å skille mellom hvem som er syk og hvem som er frisk, og ønsker på denne måten å avgrense det normale fra det avvikende og unormale. Her vil psykiske problemer og nevrobiologiske tilstander bli et problem, fordi de skiller seg klart ut fra de somatiske lidelsene. Nevrobiologiske tilstander da som for eksempel betegnelsen AD/HD. Disse tilstandene er for flesteparten av befolkningen ikke en sykdom i seg selv, men snarere en betegnelse på den personen man er. (Holst, 1978)

I følge Edwin M. Lemert, er alle individer og grupper ulike på mange forskjellige måter, og denne ulikheten kan føre til sosiale sanksjoner, straff, eller avvisninger fra samfunnet. Først kan en se på hvordan samfunnet skiller ut de avvikende fra de normale. Ulike kjennetegn og former for atferd hos et individ, kan fort bli definert som avvik. Dette kan være kjennetegn som: hudfarge, dialekt, biologiske særpreg, eller brudd på moralnormene innenfor en gruppe. Årsakssammenhengene til det som gjør noe til avvik, er nødvendigvis ikke slike kjennetegn eller atferd i seg selv. Først i relasjon til fortolkninger og ulike kulturelle tradisjoner, kan avvik oppstå.

Det kan være store variasjoner i både hva som kan defineres som avvik, og hvordan omgivelsenes reaksjoner er på avvik. Hvilke atferdsformer en kan definere som avvik og hvordan de blir møtt i samfunnet, er noe som er skapt av samfunnet, og kan dermed ikke tilskrives atferden i seg selv. (Hauge, 2001)

Rønhovde hevder at dersom grensen er snever mellom det normale, godtatte og tillatte, får vi flere avvik. (Rønhovde, 2004)

En avviker kan beskrives som en rolle man har fått tilskrevet gjennom stigmatisering eller stempling og som man har internalisert gjennom handlinger og tanker. I et samfunn har en ganske klare oppfatninger av hvordan en skal oppføre seg, hvor grensene går, og hvilken atferd som kan godtas. En kan si at et sosialt avvik har noe å gjøre med forholdet mellom individets handlinger og hvordan samfunnet reagerer på dette. Det finnes flere typer atferd som kan oppfattes som avvikende. Felles her er at atferden vil gå utover det normale eller det som er akseptabelt i et samfunn. (Schieffloe, 2003)

Grensen mellom det normale, godtatte og tillatte, kan vise seg tydelig i et klasserom, der en har AD/HD elever. Grensen på hvor lav terskel en har når det gjelder urolighet, frekkhet, eller uakseptabel oppførsel av disse barna. Medelever kan fort gi kallenavn til disse urolige barna, navn som for eksempel: bølle, tulling, uokråke, sjef, eller hissigpropp. Disse kallenavnene er med på å stigmatisere disse barna, slik at de blir sett på som avvikere av medelevene. De stigmatiserte vil kunne få en følelse av at medelevene og samfunnet er imot dem. Merton ville ha hevdet at dette var som å være i en ond sirkel.

”Det finnes sosiale strukturer som fremkaller særskilte handlings- og tankemønstre som i sin tur bestyrker seg selv og den sosiale strukturen. Dersom disse tankemønstrene er i strid med virkeligheten og skaper motsetninger mellom samfunnsdeltakerne enkeltvis eller gruppevis,

foreligger en sosiologisk ond sirkel, som kan brytes ved passende tiltak for å endre på samfunnsstrukturen". (Merton, 1978 s 152)

Merton hevder og at de enkeltes forventninger og handlinger må kunne forstås ut i fra andre sine forventninger og handlinger til dem. Med dette mener han at det må kunne forstås ut fra aktørens eller aktørgruppens gjensidighet. (Merton, 1978)

En kan si at ens egne holdninger, normer og ens egen moral og oppdragelse, vil prege oppfatningen til den enkelte av andre mennesker og deres atferd. Det kan tenkes at det en medelev eller lærer oppfatter som unormalt i en gitt skolesituasjon for et barn med AD/HD, er en normal atferd for han eller henne i denne gitte situasjonen. Her er det viktig å få en forståelse av barnets oppfatning av situasjonen, og hvilke eventuelle tiltak en kan iverksette for å hjelpe barnet ut fra den viten man har om diagnosen.

Holst hevder at forståelsen av rett og galt, opererer både på samfunnsnivå og på individuelt nivå. *"Adferd der ikke kan forstås inden for de etablerte kognitive mønstre, utskilles umiddelbart som uforståelig og unormal.* (Holst, 1978 s 50).

Det som representerte avvik fra samfunnsnormene våre, ble tidligere betraktet som sosiale problemer. Videre vil jeg se nærmere på om AD/HD kan identifiseres som et sosialt problem, og hvilke årsakssammenhenger dette kan ha.

5.2 Sosiale problemer

De aller fleste av oss vil ha en slags felles forståelse av hva som ligger i betegnelsen et sosialt problem. Men, når en skal identifisere disse problemene, om hvordan de for eksempel kan forstås eller hvordan en kan løse disse problemene, kan en her tilføye at de fleste av oss ikke er enige. For å kunne få en forståelse av sosiale problemer, er det viktig å prøve å få en klarhet i fenomenet. Ser en tilbake i tid kan en få en forståelse over hva som oppfattes som viktige sosiale problemer. Man kan si at sosiale problemer endres over tid, og varigheten av de er ikke konstant. Dette kan ha en klar sammenheng med at enkelte sosiale problemer finner sin egen løsning, nye problemer kan oppstå, og egen oppfatning av hvordan man definerer sosiale problemer endres over tid. En kan si at sosiale problemer er skapt av samfunnet fordi at opphavet til de er å finne i samfunnsstrukturene våre, og i følge professoren Knut Halvorsen eksisterer ikke et sosialt problem før det er definert som det.

En kan definere sosiale problemer på denne måten i følge Halvorsen. Med det sosiale siktes det til alle former for menneskelig samkvem, enten det dreier seg om familien, et lokalsamfunn, et menneskelig fellesskap eller for eksempel en hel nasjon. En kan si at det sosiale er et produkt av et sosialt liv.

Et problem brukes ofte dersom det er snakk om en vrien sak, noe som er vanskelig. Enten vanskelig å svare på, noe som er innviklet, altså noe som er problematisk. Dette kan være fordi dette fenomenet kan virke ødeleggende eller nedbrytende, og av denne grunn, vanskelig å gjøre noe med. (Halvorsen, 2006)

Professoren Peter Worsley, definerte sosiale problemer slik:

” A social problem is some piece of social behaviour that causes public friction and/or private misery and calls for collective action to solve it” (Worsley, 1970 s 51).

Når en betrakter denne definisjonen, kan en få forståelse av at sosiale problemer ingen ende vil ta. En kan si det dreier seg om mennesker som befinner seg i sosiale forhold, bare at noe er galt eller unormalt. En gruppe mennesker som ofte blir sett på som avvikende eller unormale er nettopp mennesker med diagnosen AD/HD. En kan anta at ca halvparten av elevene med AD/HD diagnose, har sosiale vansker i alvorlig grad i samfunnet. Det er vanskelig å bli inkludert i venneflokken blant medelevene. Barn med AD/HD har ofte lett for å bli frosset ut av ulike typer sosiale fellesskap. Dette kan være fordi det sjelden klarer å delta, følge med, eller å kunne forstå spilleregler i samtaler eller lek med jevnaldrene. De mistolker ofte både signal, og verbale og fysiske henvendelser. Spiller de for eksempel et spill og ikke skjønner spillereglene, er det enklere for de å endre reglene, sjefe og styre leken etter sitt eget hode. Mange vil derfor oppleve at de fungerer bedre sammen med yngre barn.

En kan si at ikke lærte forhold som lært kommunikasjon og sosial kompetanse som barn, kan være en medvirkende årsak til at barnet senere vil falle igjennom når en blir eldre, og at dette igjen kan føre en inn i en ond sirkel. En kan her tenke seg at en med dårlig lært sosial kompetanse blir ofte holdt utenfor hos jevnaldrene, og dette vil videre føre til at de ikke får utvikle sin handlingsdyktighet, og dette igjen resulterer i at den sosiale kompetansen kan bli dårligere og en får ikke bli en del av gruppen, en del av samfunnet.

Det må føles vondt å alltid være den som blir valt sist på laget i gymtimen, eller å bli satt på sidelinjen og bli avvist av både voksne og jevnaldrene. Noen AD/HD barn kan ta dette ut i

raseri og aggresjon, mens andre kan trekke seg tilbake og isolere seg fra jevnaldrene. En kan ikke si med sikkerhet hva som skjer med videre sosial utvikling hos barn og unge med denne diagnosen. Noen studier viser at avvisning fra jevnaldrene barn, kan føre til depresjon, angst, eller aggressiv atferd i ungdomsårene.

En kan hevde at mestring av avvisning kan være med på å avgjøre ens videre skjebne for disse menneskene.

I alvorlige tilfeller kan og enkelte barn bli depressive, og gi uttrykk for at de ikke ønsker å leve, at de ikke har noe å leve for. (Zeiner m.fl, 2004).

En kan spørre seg om barn med symptomer på diagnosen AD/HD helt uten videre kan antas å ha en nevrobiologisk basert forstyrrelse. Videre vil jeg se nærmere på litt sosialvitenskaplig kritikk rettet mot denne medisinske betegnelsen AD/HD. Jeg vil her se nærmere på om denne medisinske betegnelsen kan ha del tvilsomme sider.

5.4 AD/HD en sykelligjøring?

Man skal være flink i det meste, ellers havner man utenfor. Man kan da bli likestilt med taperne, de syke og de svake i samfunnet. En kan si at samfunnet dyrker perfektjon og prestasjon. Man stiller høyere krav, og kravene til kropp, kompetanse og væremåte blir hardere å leve opp til. Kan en tenke seg at AD/HD symptomer kan bli forstått som sosiale problemer?, og kan sosiale problemer bli forstått som emosjonelle problemer?

I dag finnes det ingen vitenskaplige bevis på at symptomene på diagnosen AD/HD stammer fra en kjemisk ubalanse i hjernen. En kan og nevne at nervesystemet hos jenter og gutter utvikler seg ulikt. En har tidligere erfart at barn som er litt urolige, og henger etter på skolen kommer til utgreiing for AD/HD diagnose. En kan hevde at det diagnostiske grunnlaget for AD/HD er uklart. Ser en for eksempel på skjemaet en bruker til utgreiing av AD/HD, vil en kunne stille seg undrende til hvor grensen mellom normal og unormal oppførsel av barnet går. Hvem som er frisk og hvem som er syk. Spørsmål som for eksempel om barnet er oppmerksomt, gjør slurvfeil på skolen, eller om barnet sliter med oppmerksomheten enten i lek eller oppgaver. Slike spørsmål kan være med på å avgjøre om en kan få diagnosen eller ikke.

Konteksten, som for eksempel et barns dagsform, er som oftest ikke tatt med i betraktningen når en skal vurdere diagnosen AD/HD. Dagsformen til et barn kan variere mye, og handlingene deres likeså. Selv innen en og samme familie kan det være store variasjoner i handlingsmønsteret. Denne konteksten kan fortelle mye om hvorfor barn oppfører seg som de gjør. En kan for eksempel tenke seg et barn som kommer fra et hjem uten struktur og grenser, og med foreldre som krangler mye. Dette barnet legger seg svært sent om kveldene, og hverdagen til barnet består hovedsakelig av høylytt krangel og diskusjon mellom mor og far. Barnet kommer på skolen trett og uopplagt, og slurver ofte i skolearbeidet. Samtidig er barnet urolig, ukonsentrert og lei, og går gjerne frem og tilbake til plassen sin på skolen, og forstyrrer medelever. I en slik situasjon kan en her se at barnet kan oppfylle visse kriterier for en AD/HD diagnose

Psykologspesialist Espen Idås skriver i et tidsskrift fra Norsk psykologiforening fra 2006, at: *”Mest skremmende er de tilfellene der barn er mishandlet fysisk eller psykisk over lang tid. Dette resulterer ofte i konsentrasjonsproblemer på skolen og at de blir oppfattet som rabagaster eller blir rapportert som umulige av foreldrene eller andre. Dette kan være barnets forsøk på å fortelle at han eller hun har det svært vanskelig”.*

(<http://www.psykol.no/default.aspx?did=9092404&title=Urovekkende+utvikling+rundt+AD+HD?>, 2006)

Diagnosen er svært subjektiv, altså en teori basert på observerbar atferd av en psykolog eller psykiater, den er personlig, og kan bare forstås i forhold til den enkelte. Men er det slik at en kan sette hele diagnosen på spissen, og si at dette er et resultat av en selvoppfylgende profeti? Et selvoppfylgende profeti kan betraktes som en spådom. I følge den nordamerikanske sosiologen Robert King Merton er dette en spådom som går i oppfyllelse fordi den blir ytret. Profetien, eller spådommen i følge Merton trenger heller ikke å ha rot i virkeligheten, men fordi mennesker tror på det, kan spådommen gå i oppfyllelse. *”Den selvoppfylgende profetien er i begynnelsen en feilaktig definisjon av situasjonen, som maner fram en ny atferd som i sin tur gjør at den opprinnelige feilaktige definisjonen blir sann. Den selvoppfylgende profetiens skinngyldighet sikrer at feilaktighetens herredømme får vare. For profeten vil ta begivenhetens virkelige gang som bevis på at han hadde rett helt fra begynnelsen”.* (Merton, 1978 s 155).

Diagnosen AD/HD kan bli en selvoppfylgende profeti når barn med denne diagnosen blir stemplet på grunn av atferdsproblemene sine. Har man en atferd som skiller en ut fra samfunnet, med eller uten diagnose, kan man bli stemplet.

Howard Becker hevder at vedkommende som blir stemplet, blir følgende generalisert:

”Å behandle en person som om han var generelt og ikke bare spesielt avvikende, skaper en selvoppfyllende profeti. Den setter i bevegelse en rekke mekanismer som samvirker i retning av å forme personen i det bilde folk har av ham. For det første vil man, når man er identifisert som avviker, ha en tendens til å bli satt utenfor deltakelse i mer konvensjonelle grupper, selv om de spesielle konsekvenser av den bestemte avvikende atferd i seg selv ikke ville resultert i isolasjon dersom det ikke hadde vært kjent og reagert på...” (Hauge, 2001 s: 106-107).

Som tidligere nevnt blir ofte barn med denne diagnosen og frosset ut, og stemplet nettopp på grunn av sine atferdsproblemer. En kan her prøve å se på hvilke årsakssammenhenger dette kan ha, på hvorfor slike utstøtingsmekanismer kan oppstå. Kan en tenke seg at et sosialt problem i disse tilfellene er begrunnet i diagnosen AD/HD, eller på en annen side kan det heller tenkes at AD/HD skyldes et sosialt problem. Årsakssammenhengene for disse teoriene kan en begrunne med hvordan en oppfører seg i samfunnet. Barn med atferdsproblemer forstår som oftest ikke spillereglene i samfunnet, og hva dette kan medføre. Årsaken til dette kan være todelt. Her kan en si at manglende forståelse og kunnskap hos barnet kombinert med manglende håndtering fra samfunnet kan være med på å støte bort barnet fra omgivelsene i samfunnet.

Alle barn utvikler seg på ulik måte, og kjønnsrollene står ofte i fokus her. En kan hevde at gutter er urolige av natur, og vil ofte vise sine følelser gjennom fysiske handlinger.

Barnenevrologen Fred A Baughman jr er mest kjent for sin kontroversielle kritikk av AD/HD. Baughman bruker betydningen av ordene, fake og fraud for å beskrive denne diagnosen. Han hevder blant annet at symptomene på AD/HD, er helt normale kjennetegn ved ”normale” barn. Han bruker ordet fake for å formidle at han mener at hele AD/HD diagnosen er tull og røveri, og leger som har gitt diagnosen, vet egentlig ikke hva som feiler disse urolige barna, eller om det feiler de noe i det hele tatt. Med ordet fraud vil han påpeke at en kommer med påstander som ikke er rett, for å kunne oppnå en personlig gevinst. Man lager pasienter av helt normale barn ved å diagnostisere de med en oppdiktet kjemisk ubalanse i hjernen. Det at diagnosen er subjektiv, basert på atferd, og er biologisk bør endres i følge Baughman. Og når man først er fortalt at man har denne lidelsen eller sykdommen, og det faktisk ikke feiler en noe, er man allerede blitt ødelagt av stemplingen. Har man først blitt stemplet, vil andre behandle en som unormal, og når først et barn blir sett på som unormal, vil streng medisinsk forskning vise at AD/HD ikke eksisterer. (Baughman, 2006)

Enkelte vil hevde at AD/HD diagnosen er bestemt av kulturelle normer. Dette kan være fordi noen kulturer ser på symptomene til barn med denne diagnosen, som spesielle barn, barn det skal bli noe stort av. Symptomene som rastløshet og impulsivitet viser at de vil noe i verden, de vil oppnå noe, og de har en sann iver etter å komme seg frem i verden.

Skolens rammer og undervisning, kan være problematisk for mange. Barn kan bli sittende på skolen i 9 til 10 timer hver dag, og det er mer en hva som forventes av en voksen i fullt arbeid. Det forventes samtidig at elevene sitter pent og pyntelig på stolene sine, og er fullt konsentrert og har ansvar for egen læring. Kanskje en kan spørre seg om det er unormalt av et barn å ønske seg bort fra skolen og ut i naturen for å leke og ha det moro.

Teoripresset på skolen er og har blitt større, og mulighet for lek og fysisk utfoldelse er kraftig redusert. En kan her spørre seg om barn blir lett overkjørt av skolesystemet.

En kan lure på om skolen er for opptatt ved å sette en diagnose på barn som faller utenfor. Hvor var disse barna for 50 år siden? Etter teoretiseringsreformen på 90 tallet i skolen, har kravet til elevene økt betraktelig, og det er ikke ressurser nok til at alle får den hjelpen de behøver i skolen. Mange blir da sendt til utredning for AD/HD diagnose. Dette skjer nettopp fordi skolen ikke har nok ressurser til å gi et godt nok tilbud til alle elevene, og ved å sende dem til utredning, kan de plassere ansvaret hos andre. En kan og nevne at dersom barn får diagnosen via PP tjenesten, får skolen tilført ekstra ressurser. Det har tidligere vært spekulert i om dette kan være en drivkraft i skolens iver etter å diagnostisere elever.

6.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg tatt for meg barn med AD/HD, og hvilke mulige sosiale problemer denne diagnosen kan føre med seg. Jeg har og satt diagnosen på spissen, ved å kalle den en selvoppfyllende profeti, og har her sett på muligheten for om AD/HD kan ha blitt en attraktiv sykdom i samfunnet.

Flesteparten av oss må en eller annen gang i livet oppsøke psykisk helsevern for diagnostisering og utredning av en tilstand, og eller sykdom.

I gjennomsnitt kan en rekne med at minst en elev i hver skoleklasse har diagnosen AD/HD.

En kan hevde at per i dag så ropes det i ulike barnehager og skoler etter enda flere psykiatere

og kliniske psykologer, som kan hjelpe og plukke ut barn som enten er hyperaktive/urolige, innesluttet, og eller har lærevansker.

Det er ingen tvil om at disse urolige barna, kan skape irritasjon og frustrasjon både i skolen og samfunnet ellers. Det vil her være viktig å kunne gi medelever/jevnaaldrene og deres foreldre tilstrekkelig og god nok informasjon om diagnosen AD/HD, og hva den kan føre med seg på godt og vondt. På denne måten kan mange av de negative reaksjonene mot dem bli færre i hverdagen. Men er det slik at det ikke skal være rom for å falle utenfor, utenfor det som kan bli sett på som det normale. Det rommet som en kan beskrive som det å være annerledes.

Kanskje man bør være stolt av det å være annerledes, og prøve å verdsette det å være ulik andre. På denne måten kan en kanskje klare å utvide det normale, slik at flere kan bli godtatt og akseptert for den de er. Det sies at en må kunne glemme seg selv, for å kunne være seg selv. Men man kan bli tvunget til det motsatte på grunn av kulturens krav om selvrealisering. En kan bli håpløst oppmerksom, og selvet kan bli tingliggjort. At selvet blir tingliggjort vil si at man behandler egenskapene våre og de mellommenneskelige forholdene på samme måten som ting.

Det burde ikke være vanskelig å hjelpe mennesker som har falt utenfor samfunnet. En burde kunne ta tak i de emosjonelle problemene i samfunnet, og ikke skjule at det er et sosialt problem.

7.0 Litteraturliste

Baughman, F.A (2006): *The ADHD Fraud*. Trafford publishing

Dalland, O. (2000): *Metode og oppgaveskriving for studentar*. Gjøvik. Gyldendal Norsk Forlag.

Duvner, T. (2004): *AD/HD*. N W Damm&Søn.

Farstad, A.L(1997): *Skolens bidrag til utredning av AD/HD*. Spesialpedagogikk 1997, nr 8.

Frønes, I. (1989): *Den norske barndommen*. Oslo:Cappelen.

Goldstein, S. og Gordon, M. (2003):*Gender issues and ADHD:Sorting Facts from fiction*. AD/HD report 4/03.

Halvorsen, K (2002): *Sosiale problemer*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmodstad&Bjerke AS.

Hauge, R (2001): *Kriminalitetens årsaker*. Universitetsforlaget.

Holst, J. (1978): *Normalitet*. Chr.Eiler`s pædagogiske serie. København: Ejler forlag.

Iglum, I.R(2004): *Kan de ikke bare ta seg sammen*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jacobsen, D.I (2000): *hvordan gjennomføre undersøkelser?* Innføring i samfunnsvitenskaplig metode. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

Merton, R.: ”*Den selvoppyllende spådom*”. I Østerberg, D.(1978): *Handling og samfunn*, Pax forlag.(20s).

Schiefloe, P.M (2003): *Mennesker og samfunn*. Trondheim. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjerke AS.

St.meld. nr 29 (1945-95) *Om prinsipper og retningslinjer for en 10-årig grunnskole – ny læreplan.*

Worsley,P. (1970):*Introducing Sociology.* Middlesex:Penguin books.

Zeiner, P. m.fl(2004):*Barn og unge med ADHD.* Tell forlag a.s

Internett

Urovekkende utvikling rundt AD/HD.

[\(http://www.psykol.no/default.aspx?did=9092404&title=Urovekkende+utvikling+rundt+ADHD\)](http://www.psykol.no/default.aspx?did=9092404&title=Urovekkende+utvikling+rundt+ADHD)(12.02.08)