

BACHELOROPPGÅVE

AD/HD og medisinerer

Kva er AD/HD og er medisinerer den rette behandlinga av barn som får denne diagnosen?

av

223

Veronica Byrkje

Sosialt arbeid
SOS5-302
Mars, 2010

Innholdsliste

1	Innleiing.....	s. 2
2	Vurdering av framgangsmåte.....	s. 3
3	Bruk av litteratur.....	s. 4
4	Teoretisk utgangspunkt.....	s. 6
	4.1 Sosialkonstruksjonisme.....	s. 6
	4.2 Normalitetsomgrepet.....	s. 7
5	Om AD/HD.....	s. 8
	5.1 Historisk forløp til diagnosen AD/HD.....	s. 8
	5.2 Utbreiing.....	s. 10
	5.3 Årsaker til AD/HD.....	s. 10
	5.4 Symptom og fellestrekk.....	s. 11
	5.5 Kriteriar for å få diagnosen AD/HD.....	s. 13
	5.6 Tilleggsleidingar.....	s. 14
	5.7 Kjønnsforskjellar ved AD/HD.....	s. 15
6	Om bruken av diagnosen AD/HD.....	s. 15
	6.1 Normalitet og avvik.....	s. 17
7	Medisinering av barn med AD/HD.....	s. 17
	7.1 Om medikamenta.....	s. 18
	7.2 Biverknadar.....	s. 19
	7.3 Om bruken av medisin.....	s. 20
8	Alternativ til medisinering.....	s. 21
	8.1 Alternative tiltak.....	s. 22
	8.1.1 Pedagogiske tiltak.....	s. 23
	8.1.2 Kosthald.....	s. 23
	8.1.3 Skulesystemet.....	s. 24
	8.1.4 Instansar.....	s. 24
9	Avsluttande drøfting.....	s. 25
	Litteraturliste.....	s. 27

1. Innleiing

I studieplanen for sosialt arbeid ved Høgskulen i Sogn og fjordane står det at *“respekt for mennesket sitt eigenverd og solidaritet med svak stilte grupper står sentralt”* ved utdanninga, og at målsetjinga er å utdanne *“reflekterte yrkesutøvarar som set mennesket i sentrum, og som kan planleggje og organisere tiltak i samarbeid med brukarar og andre tenesteytarar”* (<http://studiehandbok.hisf.no/no/content/view/full/6701>). Med bakgrunn i mellom anna dette vel eg å skrive bacheloroppgåva mi om diagnosen AD/HD. Diagnosen er så pass diffus og uklar at eg vel å stille spørsmålsteikn ved den, og som framtidig sosial arbeidar meiner eg det er viktig å ha kjennskap til denne diagnosen og reflektere over bruken av den. Eg har dermed valt ei problemstilling som går ut på å finne ut kva som ligg i diagnosen AD/HD og deretter sjå på den store bruken av medisinerings av barn som får denne diagnosen. Problemstillinga lyder som følgje:

Kva er AD/HD og er medisinerings den rette behandlinga av barn som får denne diagnosen?

Eg har valt å avgrense oppgåva til barn, då særleg med fokus på gutar i alderen 6-12 år. Dette har bakgrunn i at det er som barn ein som oftast får diagnosen og at det er flest gutar som får den. I tillegg viser kjenneteikna ved diagnosen seg annleis ved jenter som får den. Diagnosen AD/HD har ei side med konsentrasjonsproblem og ei med hyperaktivitet. Eg vel å ikkje skilje desse to hovudsakleg på grunn av at behandlinga ofte er den same og med tanke på omfanget av oppgåva. Same begrunning gjeld når eg utelet å sjå på utredninga av AD/HD.

På grunn av det store mangfaldet av ulikskapar blant barna som får diagnosen vel eg å ikkje ta utgangspunkt i noko case, men held meg til avgrensinga eg nemde ovanfor.

I første del av oppgåva går eg igjennom AD/HD som diagnose, og belyser den gjennom historisk forløp, årsaksforklaringar, symptom, tilleggslidingar, kjønnsforskjellar og til slutt ser eg litt på bruken av diagnose og normalitet. Deretter går eg over på å sjå på medisinerings av barn som får diagnosen AD/HD og biverknadar av den. Eg er kritisk til medisinerings utifrå eit sosialkonstruksjonistisk syn og ser dermed på alternative tiltak som pedagogiske og psykologiske behandlingsmåtar. Oppgåva består av korte og presise argument, og lesaren vil

kanskje savne ei djupare gjennomgåing av nokre av desse. Eg har prioritert å få ei breidde av argument, og grunna omfang av oppgåva har då dybden av desse blitt mindre prioritert.

2. Vurdering av framgangsmåte

Metode er reiskapen me brukar for å undersøke noko. Vilhelm Aubert formulerar det slik: *“En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (Dalland, 2006, s. 71).

Det finst altså ulike metodar ein kan bruke alt etter kva ein ønskjer å undersøkje. Oppgåva mi tar utgangspunkt i kvalitativ metode fordi eg ønskjer å gå i dybden på problemstillinga. Med kvalitativ meinast at undersøkinga tar utgangspunkt i å finne resultat på bakgrunn av ord og meiningar og forståinga av dei, henta frå opne intervju, observasjonar eller som i mitt tilfelle dokumenter. Eg gjer med andre ord ei dokumentundersøking, der eg studerer og analyserer dokumenter som er skrive eller utarbeid av andre. (Jacobsen, 2003).

Når ein skal drive ei undersøking er det viktig å tenke igjennom gyldigheita og reliabiliteten av litteraturen ein nyttar seg av (Jacobsen, 2003). For å underbygge den interne gyldigheita, altså om eg har undersøkt det eg ønsket å undersøke (Jacobsen, 2003), har eg brukt ulike kjelder som både bekreftar kvarandre, men òg som utfordrar kvarandre. Der resultata har vist seg like frå ulike hald, gjer dette grunnlag for å kunne seie at resultata får ein større intern gyldigheit. I tillegg belyser eg gjennom ulike kjelder at synet på eit fenomen kan vere ulikt, og eg har dermed fått belyst fenomenet med omsyn til ulike forståingar. Grunna omfanget av oppgåva er det begrensa kor mykje litteratur eg kan bruke til å belyse problemstillinga, men eg meiner eg har klart å finne eit breitt spekter av litteratur, og at dette er med å gje ei god intern gyldigheit.

Den ekstern gyldigheita (generaliserbarheten), spør om resultata av undersøkinga kan overførast til resten av befolkninga eller gjeldane grupper (Jacobsen, 2003). Eg vil seie at eg gjennom bruk av ulike kjelder viser at resultata i første del av oppgåva kan overførast til gjeldane gruppe, altså barn med diagnosen AD/HD, og at denne delen av oppgåva dermed har

ein god ekstern gyldigheit. Den siste delen i oppgåva mi, som dreier seg rundt medisinerer, vil eg seie har ein svakare ekstern gyldigheit fordi mange av undersøkingane som er vist til ofte baserer seg på eit mindre utval av familiar med særinteresse for tema, i tillegg til at litteraturen er kritisk og motstridande til annan litteratur. Men med tanke på dei undersøkingane som viser alvorlegheitsgrada av medisinbruken i oppgåva mi, meiner eg likevel at befolkninga bør stille seg meir kritiske til bruken, og det er dermed ikkje mitt mål at denne delen skal ha ei så sterk ekstern gyldigheit.

Det kan vere vanskeleg, og nokre gonger umogleg for meg å undersøke kva metodar forfattaren av litteraturen eg brukar, har brukt for å få sine resultat, og dermed etterprøve dei. Det er derfor viktig å vere kritisk til kva dokument ein brukar, og kven som har forfatta dei (sjå val av dokument i neste kapitel). Dersom ein nøye vurderer desse problemstillingane er det med å underbygge reliabiliteten av oppgåva, altså om ein kan stole på resultatane ein er kome fram til (Jacobsen, 2003).

For at litteraturen skal vere mest mogleg påliteleg er det ønskjeleg med eit hovudinnhald av primærlitteratur. Dette er litteratur der forfattaren i hovudsak viser til eigne teoriar eller undersøkingar, og i mindre grad baserar seg på dokument som er utarbeid av andre. Sist nemde kallar ein sekundærlitteratur. Problemet med for mykje sekundærlitteratur er at kvar gong nokon har bearbeid det opphavlege arbeidet kan informasjon ha blitt forandra eller utelate (Dalland, 2006).

3. Bruk av litteratur

Som beskrive i førre kapitel er det viktig å vere kritisk til den litteraturen ein vel å bruke dersom ein skal få ei truverdig oppgåve. Eg vil no gå igjennom dei mest brukte bøkene i oppgåva.

Som teoretisk utgangspunkt for oppgåva er det boka *Den Samfunnsskapte Virkelighet* (2006) som har vore sentral. Den er skriva av Peter L. Berger som er professor i sosiologi og teologi ved Boston University, og Thomas Luckmann som er professor i sosiologi ved University of Konstanz (Berger og Luckmann, 2006). I tillegg har eg brukt Halvorsen si bok *Sosiale*

problemer (2002) for å forstå sosialkonstruksjonismen. Begge disse bøkene er anerkjente bøker ved høgskular og universitet, og dette gjer bøkene ein god reliabilitet. Halvorsen si bok framstiller eigne tolkingar av sosiale problem i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv, og er dermed hovudsakleg primærlitteratur. Berger og Luckmann si bok er primærlitteratur, sjølv om dei byggjer sine idear på andre sosiologar.

I første del av oppgåva har boka *Barn og unge med AD/HD* (2004) av Zeiner et.al. vore sentral. Den er samansatt av ulike artiklar om AD/HD og Pål Zeiner er redaktør av boka. Pål Zeiner er ein anerkjend psykiater med 30 års erfaring innan barne- og ungdomsspsykiatrien, og han har tatt sin doktorgrad på behandling av menneske med AD/HD (http://www.sykehuset-buskerud.no/modules/module_123/proxy.asp?iCategoryId=648&iInfoId=6627&iDisplayType=2). Dette gjer at boka får ein god reliabilitet. Boka er primærlitteratur, men har innslag av sekundærlitteratur, fordi boka tidvis viser til undersøkingar som er gjennomført av andre enn forfatarane.

I andre del av oppgåva er bøkene *AD/HD - Piller på avveie* (2007) av Sivertsen og Tranøy, og *Alt du ikke får vite om AD/HD og Ritalin* (2008) av Adalbèron mykje brukt. Sivertsen er frijournalist og utdanna historikar og kriminolog. Tranøy har arbeida fleire år i PP-tenesta og er blant anna utdanna psykolog og kriminolog (Sivertsen og Tranøy, 2007). Adalbèron har grunnutdanning i kjemi og har sidan 1998 sett seg inn i problemstillinga rundt AD/HD og medisinerer (Adalbèron, 2008). Begge desse bøkene har eit kritisk blick på diagnostiseringa og medisinerer. Sjølv om bøkene på bakgrunn av undersøkingane ikkje kan kallast generaliserbare, har bøkene ein god reliabilitet. Og ved mi hensikt ved oppgåva er reliabiliteten viktigare enn generaliserbarheten.

Elles viser litteraturlista til kjelder som hovudsakleg er å finne på pensumlister ved norske høgskular og universitet, eller kjente internettsider. Med dette vil eg seie at reliabiliteten i oppgåva er god. Som eg viser gjennom vala av dokumenta mine, har eg brukt både teoretisk og empirisk litteratur. Den teoretiske litteraturen er i hovudsak primærlitteratur, mens den empirien eg har brukt er henta frå undersøkingar andre har utført og er dermed sekundærlitteratur.

Sidan synet på diagnosen AD/HD har forandra seg så mykje i løpet av dei siste 20 åra har eg forsøkt å finne mest mogleg litteratur frå nyare tid. Dette er òg grunna i at det er gjort mykje relevant forskning dei siste 10 åra.

4. Teoretisk utgangspunkt

Med bakgrunn i problemstillinga vel eg å bruke sosialkonstruksjonismen som teoretisk utgangspunkt. Dette har først og fremst bakgrunn i at AD/HD i seg sjølv er ein konstruksjon fordi den er definert av menneske, men òg at eg er kritisk til at menneske med makt og interesser definerer medisinerer som beste behandlingsmetode.

I tillegg vil normalitetsomgrepet vere sentralt når det gjeld diagnosen AD/HD, og dette vil bli gjennomgått etter at eg gjer ei kort introduksjon til sosialkonstruksjonismen.

4.1 Sosialkonstruksjonisme

Peter L. Berger og Thomas Luckmann gav i 1966 ut boka *The Social Construction of Reality*. Det er den norske oversettinga av denne boka, *Den Samfunnsskapte Virkelighet*, som er utgangspunkt for min teoretiske innfallsvinkel. Berger og Luckmann bygger sin teori i stor grad på sosiologiske klassikarar som Durkheim, Weber, Marx og Schutz (Berger & Luckmann, 2006). Det er vanskeleg å kortfatta ein så omfattande teori, men eg vil nemne nokre av hovudpoenga ved teorien.

Berger og Luckmann (2006) ser på menneske som skapt av, og skaparar av samfunnet. Individ og samfunn er gjensidig påverka av kvarandre, og samhandlinga dannar det som vert vår røyndom: "*Samfunnet er et menneskelig produkt. Samfunnet er en objektiv virkelighet. Mennesket er et sosialt produkt.*" (Berger og Luckmann, 2006, s. 9). Realiteten er altså definert og fortolka før den gjer meining og røynda kan forståast på mange måtar. I tillegg er det ein interessekamp om å få politisk gjennomslag for å forstå røynda på sin måte. Ein kan dermed seie at det meste som omringar oss er ei sanning som er skapa av menneske som har fått gjennomslag for si forståing av røynda. Med bakgrunn i dette er eg i mi oppgåva kritisk til kven som har definert kva AD/HD er, kven som har definert det til ein sjukdom og kven som

har definert kva behandlingmetode som er best. Det blir her naudsynt å sjå på interessekonfliktar som ligg bak desse løysningane.

Teorien er ikkje opptatt av korleis verda *er*, men korleis menneske *trur* verda er. Den er ikkje interessert i å finne ut årsaker til eit fenomen, men stiller heller spørsmål som: “Kva kjem det av at me tenkjer om dette fenomenet akkurat på denne måten?” (Halvorsen, 2002).

Ved teorien er merksemda i stor grad retta mot språket og dei omgrep og kategoriar som vert brukt for å innkretse eit fenomen. Kategoriseringa er naudsynt for å finne meining i den verda som omgjer oss, men dei omgrepa me brukar har betyding for korleis me oppfattar eit fenomen (Halvorsen, 2002). Dette synet har stor betyding når det gjeld barn med AD/HD. Til dømes kan ein stilla seg undrande til kvifor desse barna vert kalla urolege i staden for energiske, eller ukonsentrerte i staden for spontane. Det at orda som vert brukt kan ha ei negativ ladning ved seg har mykje å seie for korleis desse barna vert sett på.

Som sosialarbeidar og andre hjelpande profesjonar har me makt og autoritet til å definere den sosiale realiteten og i tillegg gruppere personar innan kategoriar. Dette bidreg til at me bør utvikla ei kritisk haldning til den etablerte kunnskapen, altså den kunnskapen som me tek for gitt, om verda og oss sjølve (Halvorsen, 2002). I tillegg bør me ha kunnskap om kva prosessar og kontekstar som påverkjar og skapar fenomenet. (Berger & Luckmann, 2006).

I forhold til mi tilnærming av oppgåva blir denne innfallsvinkelen interessant når eg ser på kva som gjer at me ser på urolege barn som unormale og med behov for ein diagnose. På denne måten er diagnose eit eksempel på korleis konstruksjonar skjer, nemleg på bakgrunn av interesser og makt. Det blir interessant å sjå på korleis diagnosen blir oppfatta, fortolka og tillagt meining, og dermed kva konsekvensar dette får for dei aktuelle barna. Til sist blir det interessant å sjå på medisinbruken og kvifor den har fått så stor gjennomslagskraft med bakgrunn i makt og interesser.

4.2 Normalitetsomgrepet

Normalitetsomgrepet kan koplast til sosialkonstruksjonismen fordi nokon har definert kva som er normalt og ikkje, og fordi desse skiljelinjene dermed ikkje er naturgitt. Ordet ”norm”

betyr ei ”stabil forventning om riktig eller godtakbar atferd i bestemte situasjoner” (Schieffloe 2003, s.479). Avvik vert då åtferd som av andre vert definert å være avvikande frå ”det normale” og er dermed samfunnsskapt. Årsaka til avvik ligg i merksemda som omgjevnadane gjer sjølve avviket (Halvorsen 2002). Og det er dette som er tilfelle ved AD/HD. Nokon har definert kva som er normalt aktivitetsnivå og normal oppførsel for barn, og når nokon barn ikkje held seg innanfor denne grensa, vert dei stempla med ein diagnose eller som avvikarar.

Når nokon fyrst har definert noko som normalt er det lett for menneske å ta denne forståinga for gitt. Den vert så innarbeid i oss at me brukar den utan å tenkje oss om. Dette er tilfelle ved diagnosen AD/HD. Når ein ofte nok høyrer om AD/HD som ein sjukdom og noko som må behandlast med medikament vert det til slutt så automatisk for oss at me tek det for gitt at det er slik.

5. Om AD/HD

I denne første delen av oppgåva vil eg sjå på kva som vert definert som diagnosen AD/HD, kva årsaker den kan grunne i, kjende symptom, tilleggsendingar og kjønnsforskjellar. Desse ulike delane vil bli belyst utifrå eit sosialkonstruksjonistisk syn, og ved hjelp av normalitetsomgrepet.

5.1 Historisk forløp til diagnosen AD/HD

AD/HD er ein relativt ny diagnose, og i løpet av dei siste 100 årene har ein hatt mange ulike diagnosar på såkalla rastlause, impulsive og ukonsentrerte born. Sidan denne diagnosen har forandra seg så mykje i løpet av tida og framleis er relativt uspesifikk er det viktig å sjå på utviklinga av den.

På 1920-talet trudde ein at hyperaktivitet hjå born var ein etterverknad av alvorlege virusinfeksjonar. Dermed kom nemninga “Organic drivenness”. På 1950-talet antok ein at det handla om ein mindre skade på hjernen og “Minimal Brain Damage” vart då den gjeldande nemninga. Men fagfolk vart etter kvart meir og meir skeptisk til denne nemninga og i 1963

vart det foreslått å bruke nemninga “Minimal Brain Dysfunction”, som vart forkorta til MBD (Zeiner et al., 2004).

Gillberg (referert i Zeiner et al., 2004) meinte på 1980-talet på bakgrunn av eigne empiriske undersøkingar at det var hensiktsmessig med ei fellesnemning og innførte DAMP-omgrepet som stod for “Deficits in Attention, Motor control and Perceptions”. Dette omgrepet vart i Norden brukt mykje i staden for MBD (Trillingsgaard, 1997).

På 1980-talet ble det amerikanske diagnosesystemet DMS, revidert for tredje gong (DMS-III-R) og nemninga “Attention Deficit Hyperactivity Disorder” (ADHD), vart for fyrste gong tatt i bruk. Men i den siste revideringa av DSM i 1994 kom nemninga som i dag framleis er i bruk; “Attention Deficit / Hyperactivity Disorder” (AD/HD). Denne siste nemninga vart delt inn i 3 subgrupper: Dei som hovudsakleg var hyperaktive og impulsive, dei som hovudsakleg hadde konsentrasjonsproblem og dei som hadde ein kombinasjon av desse to. I den tiende og sist reviderte versjonen av ICD (verdens helseorganisasjon sitt diagnosesystem) frå 1992 brukte dei nemninga “Hyperkinetisk forstyrrelse”, noko som tilsvarar DSM si kombinerte subgruppe (Zeiner et al., 2004).

Ein ser med dette at synet på born med konsentrasjonsproblem eller hyperaktivitet har forandra seg og hatt mange ulike nemningar dei siste 100 årene. Og me har vel neppe kome til ein ende i denne utviklinga. Forsking på AD/HD er framleis eit populært felt, og forskarar er framleis ueinige i om AD/HD i det heile er ein sjukdom, eventuelt kva som er årsakene til det, og korleis ein eventuelt behandlar den. Når ein ser på dei ulike namna ein har brukt om barn som i dag får diagnosen AD/HD, kan ein lett argumentere for at AD/HD diagnosen har hatt ulike konstruksjonar og framleis er ein konstruksjon som er skapa av menneske med definisjonsmakt for å kategorisere menneske. Eg kjem tilbake til dette seinare i oppgåva.

Vidare i mi oppgåve vel eg å bruke nemninga AD/HD fordi det er den nyaste nemninga og fordi det sannsynlegvis er den mest folkeleg kjende nemninga. Eg vil med dette gå over å sjå på utbreiinga av diagnosen og kva som, i følgje fagfolk, er årsaker og kjenneteikn ved denne nemninga.

5.2 Utbreiing

I følgje Zeiner et al. (2004) er det vanskeleg å seie noko om kor stor utbreiinga av AD/HD er, hovudsakleg på grunn av at forskarane har nytta seg av ulike metodar og hatt ulike kriteriar for nemninga AD/HD. Resultata varierar frå alt mellom 1-20 % av borna, men dei fleste undersøkingar resulterer i ein andel på mellom 3-5 % av borna. I følgje Sivertsen og Tranøy (2007) er det i Noreg 15000 barn ifrå 3-årsalderen som har diagnosen AD/HD. Noreg er òg blant dei landa i verda som har flest barn med diagnosen AD/HD (Adalberon, 2008). Ein kan spørje seg kva som gjer dette, og eg vel å spekulere i om ikkje dette er med å bekrefte at AD/HD har for unøyaktige diagnosekriteriar. Utifrå omgrepet normalitet kan ein diskutere om dette resultatet botnar i at grensene for normalitet er ulike ifrå kultur til kultur eller samfunn til samfunn.

5.3 Årsaker til AD/HD

Det er så langt ingen fasit på kva som er årsaka til AD/HD, men ifølgje studiar kan mykje tyde på at det er eit samspel mellom fleire faktorar. Studiar viser at arvelighet er stor når det gjeld AD/HD, og at komplikasjonar i forbindelse med fødsel og svangerskap kan ha innverknad. I følgje studiar gjort av Barkley (1998, referert i Iglum, 2005) er det omlag 30% risiko for at søsken til barn med AD/HD òg har AD/HD og at AD/HD-barn har 50% risiko for sjølve å få barn med AD/HD. I følgje Professor Sagvolden (referert i Iglum, 2005) kan både genetiske faktorar, enkelte formar for medisinbruk og enkelte miljøgifter føre til nevrokjemisk ubalanse, som igjen kan føre til dysfunksjonar i delar av hjernen.

I tillegg har omgjevnadane rundt barnet påverknad, om ikkje det åleine kan vere ein faktor, så har det i det minste ein del å seie for korleis AD/HD-tilstanden vert utforma og utviklar seg. Andre prøver å beskrive årsakene utifrå antatte avvik i hjernefunksjonen (Zeiner et al., 2004). Med bakgrunn i omfanget av oppgåva vil eg ikkje gå for djupt inn i fysiologiske årsakene til AD/HD, men grunna all nyleg forskning som prøver å dokumenterer hjernens betyding for AD/HD vil det vere viktig med ei kort innføring.

Gillberg (føredrag august 2003, referert i Iglum 2005) fortel at funn viser at hjerneaktivitet hjå personar med AD/HD er annleis enn hjå personar utan. Ved enkelte oppgåver som krev aktivitet frå dei fremre delane av hjernen var aktiviteten redusert. I tillegg viser

undersøkingane at personar med AD/HD gjennomsnittleg har mindre hjernevolum, og at blodgjennomstrømningen i den fremre delen av hjernen er redusert. Undersøkingane har òg slått fast at AD/HD ikkje er ein organisk hjerneskaade, slik ein trudde tidleg på 1900-talet.

Det bør her nemnast at Adalbèron (2008) skriver i si bok at undersøkingar viser at medisin som blir brukt ved AD/HD kan gje same “skadar“ på hjernen, og at det ikkje nødvendigvis er symptom ved diagnosen. Altså at skadane kjem av medisineringa og ikkje har vore der heile tida. Det blir dermed viktig å vere kritisk til undersøkingar før ein ser dei faktiske metodane og tala som ligg bak undersøkingane.

Det er altså vanskeleg å seie noko om årsakene til AD/HD når forskarane ikkje er eins i sine svar. Den eine meiner å ha dokumentert biologiske avvik, mens den andre framhevar miljøet si påverknad. Denne tvetydigheita kan vere med å underbygge påstanden om at AD/HD er ein *for* diffus diagnose.

5.4 Symptom og fellestrekk

Det er stor variasjon i korleis AD/HD utartar seg hjå kvar enkelt mellom anna med tanke på kjønn, alder og ikkje minst individualitet, men det er likevel ein del felles symptom som er vanlege ved barn som får denne diagnosen. Kjernesymptoma ved AD/HD er hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsproblem. Alle barn er ulike når det gjeld aktivitetsnivå og kor lenge dei klarar å konsentrere seg om ei oppgåve, men det er når hyperaktiviteten, impulsiviteten og konsentrasjonsvanskane blir betydelege at ein snakkar om eit problem (Zeiner et al., 2004). Iglum (2005) understrekar at det er ikkje sjølve åtferda ved AD/HD som er avvikande, men graden, intensiteten og hyppigheita ved åtferda.

Hyperaktivitet er ofte kjenneteikna av at barnet ikkje klarar å sitte i ro, vipper på stolen, er uroleg med hender og føter, snakkar mykje, beveger seg mykje rundt i klasserommet eller er uroleg i senga mens han søv. Ein snakkar ofte om ein “indre driv” som gjer at barnet ikkje klarar å la vere å gjere noko. Dette har nær samanhang med impulsivitet. Med impulsivitet meiner ein at barnet handlar før det får tenkt seg om, er utålmodig, avbryter andre i leik og samtale og får stadig nye idear. Dette kan føre til at barnet ikkje klarar å planlegge og gjennomføre ei større oppgåve. Løysing av oppgåver har òg samanhang med

konsentrasjonsvanskar. Det er kjenneteikna gjennom at barnet ikkje greier å konsentrere seg lenge om gonger, fort mister interesse, blir lett distraherert, gjer ikkje det han får beskjed om, gløymer ting og gjer motstand ved langvarig oppgåveløysing. Kor lenge barnet klarar å konsentrere seg vil avhenge av kva oppgåva går ut på, om barnet er interessert og motivert, om det er distraherande faktorar og mykje meir (Zeiner et al., 2004).

Eit barn med AD/HD kan ha problem med å løyse nokre oppgåver, mens andre oppgåver vert løyst utan problem. Det kan vere store svingingar frå ein dag til ein annan og dette medfører uforutsigbarhet for barnet, familie og skule. Motivasjonen vil òg variere og barnet vil ofte vere meir uthaldande i ei oppgåve som han interesserer seg for, noko som sannsynlegvis gjeld for dei fleste av oss. Barnet kan oppleve å vere meir trøtt og utsletten enn vennar, og dette kan ha samband med at barnet brukar meir energi på å konsentrere seg om oppgåvene gjennom dagen, dette vil nok vere med å påverke motivasjonen og aggresjonen til barnet (Zeiner et al., 2004).

Ein anna ting ved barn med AD/HD er at dei kan ha vanskar med å gi uttrykk for det dei faktisk kan. *“Problemet er ikke å få kunnskap inn i hodet, men å få den ned på papiret”* (Iglum 2005, s. 7). Det blir dermed viktig å gjere grundige undersøkingar før ein set i verk tiltak, slik at tiltaka blir mest mogleg tilrettelagde.

Barn med AD/HD kan oppleve å streve med å skaffe seg vennar, ofte fordi dei ikkje alltid veit korleis dei skal opptre i sosiale sambandar. Dei kan ofte vere *for* impulsive og ha eit så høgt motorisk tempo at jamaldringane vert slitne (Zeiner et al., 2004). I følge Iglum (2005) kan barn med AD/HD ofte oppleve å føle seg mislykka eller utafør, og ein kan tenkje seg at dette i kombinasjon med få venar vil påverke sjølvbilete til barnet.

Hjå eit barn som har AD/HD er det lett at alle desse personlegdomstrekkane vert sett på som negative og at dei overskyggar styrkane som ligg hjå barnet. Ofte er barn med AD/HD nysgjerrige, spontane, kreative og har mykje pågangsmot. Desse eigenskapane kan sjølvstundt sjåast på som positive styrker. Barna er ofte med å drar i gang aktivitetar og prosjekt, dei lar seg ikkje hindre og har mykje energi til å gjennomføre det dei synst er morosamt. Dette er ressursar ein må ta seg nytte av i arbeid med barn med AD/HD (Duvner, 2004).

Berger og Luckmann (2006) er opptekne av språket si betyding, og når ein ser på orda som er valt til å beskrive barn med AD/HD kan ein undre seg over kvifor akkurat desse orda er brukt og ikkje meir nøytrale eller positive ord. Som framtidig sosial arbeidar meiner eg det er viktig å ta med seg kunnskap om kor stor makt som ligg i språket.

Dette er altså blant dei symptoma som fagfolk brukar for å karakteriserer eit barn med diagnosen AD/HD. Desse fellestrekk går igjen i kriteria for å få diagnosen, dermed går eg no inn i diagnosesettinga.

5.5 Kriteriar for å få diagnosen AD/HD

Me brukar diagnoser for å sortere menneskjer med like fellestrekk innanfor ei gruppe. På den måten prøver ein å seie noko om årsaksforhold, sjukdomsutvikling, forløp og behandling (Zeiner et al., 2004). Diagnoser blir skapa gjennom klassifiseringssystem som ICD-10 og DSM-IV (Bjorvatn, 2007). Som sosialkonstruksjonist kan ein seie at folk med definisjonsmakt har bestemt kva for kriteriar som skal følgje med dei ulike diagnosane. Og det blir derfor viktig å vere kritisk til kven som har definert AD/HD og om det ligg interesser bak begrunninga deira.

For å få diagnosen AD/HD må ein gjennom ei individuell utredning ved pedagogisk-psykologisk teneste (PPT) eller barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), ofte henvist gjennom skulen. Ein nyttar seg av spørje- og vurderingsskjemaer, intervju, observasjonar, testingar og medisinske undersøkingar for å kartlegge barnet. I DSM-IV må ein oppfylle seks av åtte symptomkriteriar i minst seks månader for å få diagnosen, i tillegg må symptoma ha vist seg før barnet fylte sju år, symptoma må vise seg i ulike situasjonar og forårsake betydelege vanskelegheter og heller ikkje ha klar samanheng med andre syndrom eller psykiske lidningar. Det blir her viktig å kunne noko om barn si normalutvikling og ha respekt for ulikskapar blant barna før ein byrjar å snakke om avvik. Ein ser at grunnlaget for å få diagnosen AD/HD baserer seg ein god del på fagleg skjønn. Og det er viktig å huske på at barn som ved 2-3 årsalderen kan verkje svært hyperaktive, ofte “veks det av seg” innan dei byrjar på skulen (Iglum, 2005).

Som tidlegare beskrive skal hjernen ha stor betydning når det gjeld AD/HD. Eg må dermed seie at eg stiller meg undrande til at det ikkje vert brukt meir nevrundersøkingar under kartlegginga av AD/HD-diagnosen, og kvifor dette ikkje er ein stor del av kriteriane. Dersom dette er så veldokumentert burde det vel vere eit eintydig svar på kven som har AD/HD og kven som ikkje har det. Og i tillegg til kriteriane for å få diagnosen AD/HD er det mange av desse barna som har såkalla tilleggsildingar. Desse vert no omtala i neste underkapitel.

5.6 Tilleggsildingar

Zeiner et al. (2004) refererer til den store amerikanske behandlingsundersøkinga, MTA-studien som viste at rundt 70% av barn og unge med AD/HD hadde tilleggsildingar. Den mest vanlege tilleggsildinga er åtferdsforstyrningar som viser seg gjennom at barnet har sinneutbrot, protesterer, er aggressivt, lyger, steler, utøver vald og kriminelle handlingar. Det vil her vere variasjon i kor alvorleg åtferdsildinga er.

Affektive lidingar som engsting, tristhet og depresjon er òg nokså vanleg og kan kome i svingingar frå tristhet til oppstemthet. Dette kan kome av at barn med AD/HD kan ha problem med å forstå og handtere ulike situasjonar grunna konsentrasjonsvanskar, og at dette dermed kan medverkje til deira engsting (Zeiner et al., 2004).

Motoriske ferdigheiter kan vere problematisk for barn med AD/HD og dette viser seg ofte i klønetehet i fingrane, balanseproblem, medbevegingar og problem med å lære seg ferdigheiter som symjing og sykling. I tillegg har rundt 25% av barn med AD/HD forstyrningar i si språkutvikling. Dette har ofte bakgrunn i at barna strever med konsentrasjon og hyperaktivitet ved innlæring av skulestoff. Dette kan føre til ein vond sirkel. Til mindre barnet forstår av skulestoffet, til mindre klarer det å konsentrere seg, og til mindre forstår det igjen (Zeiner et al., 2004). I tillegg har ca. 10% av barna Tics. Dette er plutslege muskelbevegingar som blir synlege gjennom for eksempel nakkevridding, augenblinking og snakking eller kremting (Iglum, 2005).

Som ein ser er det eit stort mangfald av såkalla tilleggsildingar. Dette er igjen med å underbygge at AD/HD ikkje er ein enkel diagnose. Dei fleste har ikkje avgrensa og klare symptom, og det kan tenkjast at det ikkje er til å unngå ei over- og underdiagnostisering av

barna. 70% av barna har altså tilleggslidingar, og 30% har dermed ein “rein” diagnose, men igjen er AD/HD delt inn i dei 3 subgruppene. Ein ser då at det er eit mangfald av ulikskapar innan AD/HD, eg vel dermed å gå innom kjønnsforskjellane når det gjeld AD/HD, som igjen er med å skapa eit endå større mangfald.

5.7 Kjønnsforskjellar ved AD/HD

Utan å gå i dybden på ulikskapar i kjønn når det gjeld AD/HD synst eg det er viktig å nemne temaet. Dette fordi AD/HD ytrar seg så ulikt hjå kjønna, og desse kjønnsforskjellane kan vere med å belyse at løysinga på AD/HD ikkje nødvendigvis er medisinsk, og at samfunnsmessige og kulturelle faktorar kan bidra til at det slår så ulikt ut hjå kjønna.

Studiar viser at det er færre jenter med AD/HD enn gutar. Jenter med AD/HD viser ofte ikkje same grad av utagerande åtferd og spesifikke lærevanskar, men ofte ei høg grad av uoppmerksamheit. Dermed kjem dei ofte innunder AD/HD si andre subgruppe, med hovudvekt på konsentrasjonsvanskar. I motsetnad til gutar med AD/HD som kan vere fysisk utagerande, kan jenter ofte vere verbalt aggressive og kan slite med å bli sosialt aksepterte. Iglum (2005) viser til egen erfaring der ho beskriv at foreldre ofte oppfatta sine døtre med AD/HD som mindre funksjonshemma enn sine sonar. Ein kan dermed stille seg spørsmålsteikn ved om det faktisk er tilfelle at AD/HD ikkje er like utbreidd hjå jenter som hjå gutar, eller om jentene blir oversett fordi dei ikkje skapar same grad av uro rundt seg. Ein ser dermed at samfunnsmessige og kulturelle faktorar er med å påverkje kven som får diagnosen AD/HD.

Når eg no har fått ei forståing av kva AD/HD er, vel eg å dvele litt ved den store bruken av diagnosen AD/HD.

6 Om bruken av diagnosen AD/HD

Sivertsen og Tranøy (2007) stiller seg kritisk til bruken av diagnosen AD/HD. Sidan diagnosen inneberer at foreldre får økonomiske midlar frå staten, og kanskje betre hjelpetiltak i skule og heim, kan det tenkjast at foreldra vil kjempe for at barnet skal få diagnosen. Det kan i så fall tenkjast at dette kan vere med å bidra til ei overdiagnostisering. Sidan utredninga av

AD/HD hovudsakleg basere seg på intervju og observasjonar kan det tenkast at nokon foreldre pyntar på historia for å få dei ekstra godane? Skulen kan òg vere interessert i at barnet skal få diagnosen, for det første for at dei skal få økonomiske midlar til spesialundervisning, men og kanskje med ei tanke om at barnet kan få medisin og dermed bli rolegare, noko som kan letta deira kvardag. Her ser ein at det er mange partar som deltek i ei interessekonflikt som ligg bak AD/HD, og Berger og Luckmann (2006) skriv at omgrep oppstår fordi nokon definerer dei og kan ha interesser av dei. Eg kjem seinare tilbake til fleire deltakarar av denne interessekonflikten.

Eit anna problem ved diagnosen som eg har vist i føregåande kapittel er at den har så mange gråsoner. Dette gjer heile diagnostiseringa vanskeleg, og ein kan tenkje seg at mange barn blir over- og underdiagnostisert. Dermed mister kategoriseringa litt av si hensikt. Som nemnd tidlegare er hensikta ved kategoriseringa å samle menneske med *same* symptombilete innanfor ein kategori. Men med eit slikt mangfald som finst innan AD/HD diagnosen, undrar eg meg om me blir meir forvirra enn hjelpne og om det dermed er ugunstig med ei slik samlebeteikning.

Europarådets parlamentforsamling samla seg våren 2002 og peika då på at kriteriane for å få diagnosen AD/HD ikkje er strenge nok, og at mange barn får denne diffuse diagnosen unødigg (Adalbèron, 2008).

På bakgrunn av mellom anna mangfaldet av barn med den diffuse diagnosen AD/HD undrar eg meg om me kan klare oss utan diagnosen . Er det av hjelp til barna om ein set ein diagnose på problema deira? Og kvifor er det i dag slik at diagnose er ei kriterie for ein del tiltak? Sjølv om ein vel å ikkje bruke diagnosen vil barna framleis slite med dei same problema, men eg saknar ei aksept for menneskjer si ulikskap. I tillegg undrar eg meg over om me er for raske til å diagnostisere barna og om me i tillegg har eit for snevert syn på kva som er normalt og kva som er avvikande. Eg vel dermed å dvele litt ved desse omgrepa før eg ser på medisineringa.

6.1 Normalitet og avvik

Normalitet og avvik har nær samanheng. For å kunne seie noko om kva avvik er, er det viktig å først seie noko om kva som vert rekna som ”normalt”. For kva er eigentleg normalt? Kven har bestemt kva som er normalt og kva som ikkje er normalt, eller heller sagt avvikande?

Normalitet vil variere etter situasjon, tid og stad, og vil òg vere avhengig av augo som ser. Og til snevrare grensene er, til større avvik vil ein få (Iglum, 2005). Som døme kan ein sjå på skilsmisar før og no. For 100 år sidan vart det rekna som unormalt å skilje seg, mens i dag er det heller få som reagerer på det på same måte. Å spenne beina sine på bordet når du er gjest vil nok av mange bli sett på som unormalt, mens det lettare blir sett på som normalt når du er i din eigen heim. På same måte vil eit barn som klatrar i skap og på veggjar, skrik og masar og ikkje tålar å bli snakka til, bli tolka som eit barn med avvikande oppførsel av mange. Og særleg i ein skulesituasjon vil dei såkalla uokråkene merka seg ut, fordi me stiller ein del normalitetsforventningar til barna når dei er på skulen.

Ein sosialkonstruksjonist vil vere kritisk til kven som har bestemt kva som er normal oppførsel, og sjå på korleis me menneskjer på denne måten påverkjar og vert påverkja av samfunnet rundt oss. Dermed kan ein tenkje seg at grensene for kva som er normalt vil flyte mellom denne samhandlinga. Eit anna spørsmål er om det er eit mål at alle skal halde seg innanfor det normale? Dette er spørsmål som eg synst det er viktig å ha i bakhovudet når ein arbeidar med barn som treng ekstra rettleiing, hjelp og kjærleik. Og uansett kva tiltak som vert satt i gang, bør det vere med hovudfokus på at barnet skal få det betre og ikkje at foreldre og lærarar skal få ein lettare kvardag. Medisinering er ein mykje brukt metode, og den vil no bli gjennomgått.

7. Medisinering av barn med AD/HD

I den første delen vart det forklart korleis hyperaktive barn har blitt sett på opp igjennom årene og at dette viser at AD/HD er ein konstruksjon. Utreiinga viste at kven som får diagnosen kan vere avhengig av kultur- og samfunnsfaktorar, og når det gjaldt årsaksforklaringane vart svara sprikande grunna ulike meiningar om kva som gjer at barn får AD/HD. Når i tillegg symptoma, tillegglidingar og kjønnsforskjellane viser seg forskjellig

hjá kvart enkelt individ, kan det vere vanskeleg å tenkje seg korleis ein skal behandle ein så mangfaldig diagnose. Likevel er medisinerer ein mykje brukt metode. Eg vel derfor å sjå nærmare på denne behandlingsforma.

7.1 Om medikamenta

I følge Iglum (2005) er sentralstimulerande medikament den medikamentgruppa som fagfolk har mest erfaring med. I Noreg vert det vanlegvis brukt metylfenidat (Ritalin og Concerta) og amfetamin (Racemisk amfetamin og Dexedrine). I 2006 var det registrert over 13000 barn under 19 år i Noreg som brukte ritalin og/eller andre sentralstimulerande midlar (Sivertsen og Tranøy, 2007). 75% av barn som tar sentralstimulerande medikament får betre funksjon (Zeiner et al., 2004). Men kva med dei resterande 25%? Kva gjer at nokon har positiv effekt av medisinen mens andre har negativ? Er det fordi barna blir overdiagnostiserte, eller er det tilfeldig kven medisinen verkar på?

”Medikamentene påvirker de signalstoffene som er i ubalanse ved ADHD, og normaliserer de forhold som regulerer impulsstyring og hemningsmekanismer samt det å holde oppmerksomheten på det som er relevant i sammenhengen. På den måten blir hjernen bedre i stand til å styre handlinger både motorisk og med hensyn til fokusering og respons på noen impulser og hemning av andre impulser til hjernen.” (Iglum, 2005, s. 156).

Det er viktig å få fram at ein ikkje vert meir intelligent, skuleflink eller sosialt kompetent av medikamenta, men skuleferdighetane viser seg ofte betre fordi barnet lettare klarer å konsentrere seg, å få oversikt og halde oppmerksomheten over lengre tid (Iglum, 2005). Adalberon (2008) meiner derimot at det ikkje er bevist at medikamenta har denne positive verknaden. Ho understrekar tydeleg at *”Amfetamin er og blir et rusmiddel, selv om det tas i aldri så små doser.”* (Adalberon, 2008, s. 33).

Eg har tidlegare nemnd MTA-undersøkinga, den store amerikanske undersøkinga som mellom anna undersøkte effekten av medisinerer ved AD/HD. Det vart gjennomført ei oppfølgingsstudie av gruppa med forsøkspersonane etter 3 år, og det viste seg då at gruppa med medisinererte ikkje hadde noko forsprang på dei som ikkje hadde blitt medisinererte. Ein av dei sentrale aktørane, psykolog Pelham som i første omgang hadde stilt seg positiv til

medisineringa, sa i eit intervju i 2007 at AD/HD medisineringa ikkje hadde noko positiv effekt i det heile tatt (Adalbèron, 2008).

Det finst andre medikament som kan bli brukt ved AD/HD som til dømes antidepressiver, men eg vel å ikkje gå inn i desse grunna omfanget på oppgåva.

Lat oss no sjå litt nærmare på kva biverknadar bruken av sentralstimulerande midlar kan gje.

7.2 Biverknadar

Sentralstimulerande midlar blir gitt som tablettar eller kapslar, og blir tatt opp via magesekken. Derfor vert heile kroppen påverkja og ikkje berre dei aktuelle områda i hjernen. Dette kan føre til uønska biverknadar, sjølv om dei fleste barn ikkje får biverknadar, kanskje med unntak av litt vondt i magen dei første dagane. Nokre biverknadar som kan oppstå er nedsett appetitt dei første vekene, innsovningsvanskar, hovudverk, trøttleik, svimmelheit, kvalme, magesmerter, irritabilitet, isolasjon og labilitet (Iglum, 2005). I følgje Adalbèron (2008) kan det òg førekome biverknadar som hallusinasjonar, psykose, problem med levera, epileptiske anfall og i verste fall plutselig dødsfall, særleg i tilfeller der barnet har utvist stor fysisk aktivitet. Sistnemnde verknad står oppført i Felleskatalogen (2007). Ein 17-år gamal norsk gut døydde i 2006 av hjertesvikt etter å ha brukt Ritalin i vanlege, føreskrivne dosar gjennom ti år (Adalbèron, 2008). Dette er klart så alvorlege biverknadar at ein bør vurdere desse opp mot nytten av bruken.

Det er ikkje forska mykje på langsiktige skadeverknadar av medisinbruken, men DSM-IV opplyser om alvorleg sjølvmondsfare ved å slutte med ritalin. I tillegg at det kan vere vanskeleg å slutte med medisinen etter lengre tids bruk og at dette kan føre til fysiske abstinensar, som igjen kan føre til alvorleg depresjon og sjølvmondsfare (Sivertsen og Tranøy, 2007). Dette er som sagt lite forska på, men korleis kan ein medisinarar så mange barn med ein medisin som ein ikkje veit langtidsverknadane av?

Det er ikkje berre dei kjemiske verknadane av medisinen det er viktig å sjå på. I tillegg til desse kan barnet oppleve dårleg sjølvbilete og kjensla av å vere rar, annleis eller mislukka

fordi det må ta medisin. Dette viser Sivertsen og Tranøy (2007) gjennom undersøkingar han sjølv har gjort. Dette utdraget frå Sivertsen og Tranøy si bok viser tvetydigheita eit barn kan føle rundt medisinbruken:

”Etter at jeg begynte med Ritalin er det blitt lettere for meg i klassen. Kaoset innen i meg er mindre. Det er lettere å følge med i timene, men friminuttene kan vere et helvete. Det er kjipt å bli kalla for hjerneskada. Alle vet at jeg tar medisin.” (Sivertsen og Tranøy, 2007, s. 65).

Etter at ein har byrja med medisinen vert barnet ofte ikkje observert i meir enn 1 år. Og då tar ein ofte omsyn til kun dei aktuelle symptoma og ikkje subjektive opplevingar av medisinbruken, som til dømes livskvalitet (Adalbèron, 2008). Og bakgrunnen for å bruke Ritalin som behandling er vel at barnet skal få det betre, og då bør ein vel ta omsyn til den subjektive opplevinga av betring.

Å skrive om sjølvopplevinga og sjølvbilete til barn med diagnosen AD/HD og medisinbruken er eit omfattande, men viktig tema. Eg vel å ikkje gå djupare inn i dette tema med omsyn til omfanget av oppgåva, men understrekar at dette er viktig å ha i tankane, særleg når ein arbeidar med barn som har AD/HD eller andre liknande diagnosar.

Dei alvorlege biverknadane er av sjeldan art, og nokre kanskje dårleg dokumenterte, men når undersøkingar viser dårleg effekt av medisinen, ser eg ikkje kvifor ein ikkje bør vurdere andre tiltak.

7.3 Om bruken av medisin

Sivertsen og Tranøy (2007) er opptatt av kva som gjer at det er så populært å gje pillar til barn som ikkje held seg innanfor det ”normale”. Han skriv at ifrå 2004 til 2006 har omsetnaden av AD/HD-medisin økt med 71 %, og at dei fleste som får pillane er barn og unge. Sivertsen og Tranøy stiller seg då undrande til kva som gjer dette. Var det nokon som tente pengar på dette? Og ein kan lett stille seg like undrande som Sivertsen og Tranøy når ein ser på tala.

”Allerede i 1971 hadde firmaet CIBA 13 millioner dollar i fortjeneste. Ritalinfortjenesten utgjorde 15 % av selskapets samlede overskudd. I 1995 var profitten økt til 349,3 millioner dollar på salg av Ritalin.” (Sivertsen og Tranøy, 2007, s. 12)

Adalbèron (2008) meinar BUP, barnevernet, legar, psykiatrar, politiet og skulen på sine måtar tvingar foreldre til å gi barnet sitt Ritalin, eller rusmiddel som Adalberon kallar det. I tillegg at foreldre sjeldan får informasjon og tilbod om annan enn medisinsk behandling. Alle ovanfornemde vert som regel anset som saklege og pålitelege kunnskapsformidlarar, og når mektige personane så sterkt anbefalar medisinen kan det som foreldre vere vanskeleg å meine noko anna. Det er dei som er fagfolka og mange foreldre stolar blindt på dei, i følge undersøkingar av Adalbèron (2008).

I tillegg kritiserar Adalbèron (2008) legemiddelindustrien for å anbefale medisinen så sterkt utan å informere om dei alvorlege biverknadane. Ho spekulerar i om dette har samanheng med at legemiddelindustrien tenar så gode pengar på medisinen at dei set den økonomiske gevinsten høgare enn omsynet til brukarane, og dermed unnlèt å nemne dei alvorlege biverknadane. Ser ein på dette med sosialkonstruksjonistiske auge kan ein, som nemnd tidlegare, stille seg kritisk til interessekonfliktane som ligg bak denne bruken av medisin. Eg vel dermed å sjå på alternative tiltak til denne medisineringa.

8. Alternativ til medisinering

Eg har no gått igjennom medisinbruken ved behandlinga av AD/HD, og på bakgrunn av biverknadane og interessekonfliktane som ligg bak medisineringa er eg skeptisk til å halde fram med denne behandlingsmetoden. Jon Anders Lindstrøm, som har doktorgrad i filosofi meinar det er på tide med ein alvorleg debatt om korvidt det er riktig å bruke medisinar for å undertrykke meiningsfull åtferd hjå barn (<http://www.forskning.no/artikler/2009/november/235237>). Og som vist gjennom føregåande diskusjonar meinar eg at ein i for liten grad tek omsyn til samfunnsmessige, miljømessige og ikkje minst individuelle faktorar. Eg har tidlegare spekulert i naudsynet av å bruke ein diagnose på urolege barn, og vil no spekulere i om me òg kan klare oss utan medisineringa av desse barna. Mitt poeng er at ein heller må prøve ut tilrettelegging på skulen og andre

pedagogiske tiltak, i staden for at medisinerer automatisk er ein konsekvens av diagnosen AD/HD. I det minste meiner eg det bør vere større grad av supplerande tiltak. Dette krev at ein til ei viss grad må omstille skulesystemet og hjelpeapparatet, og dette vil kanskje bli ei økonomisk utfordring. Men skal barna si helse bli satt på spel på grunn av at me heller vil spare på budsjettet? Det er vel viktig å gje dei den hjelpa dei faktisk treng i staden for å medisinerer dei og tru at problemet vert løyst?

Eg vil med dette sjå på alternative tiltak ein bør vurderer ved tilrettelegging for barn som treng ekstra rettleiing. Eg har grunna omfanget av oppgåva ikkje anledning til å setje meg så djupt inn i denne delen, men vil kort gjere greie for nokre av dei ulike alternativa. Eg meiner det er viktig å nemne at effekten av desse alternative tiltaka er omdiskutert. Mellom anna Zeiner et al. (2004) viser til undersøkingar der pedagogiske tiltak ikkje har effekt. Det er tydeleg at ein treng meir forskning på dette område, sidan litteraturen er så motstridande.

8.1 Alternative tiltak

Barn som har diagnosen AD/HD bør få alternative tiltak til medisinerer. EU-parlamentet gjekk i 2007 ut og sa at all behandling av hyperaktivitet og oppmerksomhetsforstyring hjå barn og unge skal føregå ved hjelp av terapi, kosthald og pedagogiske opplegg. Ritalin skal ikkje brukast (Adalberon, 2008).

Uansett kva tiltak ein vel å starte, er det viktig med grundig kartlegging og analyse av situasjonen til barnet over tid og på fleire område. Det er viktig å sjå på kva åtferd som er ønskeleg å endre og kva åtferd som er ønskeleg å fremje. Ein må då vere spesifikk når ein ser på kva som gjer at barnet opptrer med uønska åtferd og kva som gjer at barnet opptrer med ønska åtferd, og ut ifrå dette lage konkrete planar. Individuelle planar kan vere svært nyttige. (Iglum, 2005).

I tillegg vil eg nemne nokre generelle tips til korleis ein i dag arbeidar med barn som har AD/HD, og som eg meiner er viktig å halde fram med. For det første er det viktig med tidleg intervensjon, slik at ein tidlegast mogleg kan hindre ei uønska utvikling. I det daglege er det viktig at barnet opplever grensesettjing og faste strukturar, men samtidig opplever rettferd,

realistiske krav og ikkje minst ros og oppmuntring. Dette skapar tryggleik, stabilitet og oppleving av meistring (Iglum, 2005).

Eg vil no punktvis gå igjennom ulike tiltak som tar utgangspunkt i pedagogiske, psykologiske og miljømessige behandlingar. Eg meiner desse er viktige for mellom anna å legge eit godt grunnlag som barnet skal klare seg på etter kvart som det vert eldre.

8.1.1 Pedagogiske tiltak

NRK sitt program ”puls” viste eit program våren 2005 der det vart gjennomført ei studie av barn med mellom anna diagnosen AD/HD. Resultatet viste at pedagogiske tiltak, som foreldreprogram, kunne redusere åtferdsvanskar og hyperaktivitet hjå barn. Faktisk mista 42% av barna med AD/HD diagnosen etter endt behandling (<http://www.nrk.no/programmer/tv/puls/4710766.html>). Dette er vel klart med på å bevise at pedagogiske tiltak fungerer.

I tillegg er det kome ein relativt ny metode som heiter nevrofeedback. Metoden er ein måte å trene hjernen på der ein lærer å påverkje og stimulere eigen hjernebølgeaktivitet. Bodil Solberg er lege og spesialist i barne-og ungdomspsykiatri og allmenmedisin og driv sitt eige behandlingssenter. Ho viser til resultat der 80% har blitt betre og kan slutte med medisin etter denne behandlinga (Adalbèron, 2008).

Den danske referanseprogrammet *Børn og unge med ADHD* understrekar òg viktigheita av psykologiske tiltak som kognitiv åtferdstrening, og tilrettelegging både i heimen og i skulen. Tiltaka skal gå ut på at barna og foreldra skal lære seg hensiktsmessige strategiar til å handtere vanskeleg åtferd. Også her vert tidleg intervensjon påpeika som svært viktig (<http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/15794.pdf>).

8.1.2 Kosthald

Det er mange forskarar som òg presiserar viktigheita av kosthald. Diettar eller bevisstheit rundt kosthald kan vere nyttig, sjølv om det ikkje åleine har stor dokumentert effekt. Det er forska på at ulike vitamin og mineral viser god effekt ved problem relatert til lærevanskar, oppmerksemdssvikt og liknande (Adalbèron, 2008). Og Sivertsen og Tranøy (2007) seier at

eit mindre sukkerinntak vil gje rolegare barn, og dei fleste har vel hørt nokon kommentere eit uroleg barn med *"det barnet har fått i seg for mykje sukker"*. Med sukker meiner ein sjølvsagt ikkje berre reint sukker eller godterier. Sukker ligg skjult i mange matvarer, som til dømes nokre frukostblandingar, yoghurt og mange andre, så bevisstheit rundt kosthald kan skapa ein forskjell.

8.1.3 Skulesystemet

I opplæringslova § 5-1 er retten til spesialundervisning heimla (Norges lover, 2007-2008). Denne retten gjeld barn som har faglege eller sosiale behov som strekker seg utover ramma til den enkelte lærars verksemd. Ein treng ikkje AD/HD som diagnose for at barnet skal få tilrettelegging, men likevel slit mange som ikkje har ein diagnose med å få den hjelpa dei treng. I følgje Sivertsen og Tranøy (2007) savnar mange foreldre innleving og omtanke frå skulen si side, i tillegg at barnet deira vert tatt hand om *før* evt. *utan* ein diagnose. Som Sivertsen og Tranøy skriv: *"pedagogisk tilrettelegging og psykologisk behandling bør ikke være avhengig av en biologisk fundert diagnose"* (Sivertsen og Tranøy, 2007).

Sivertsen og Tranøy (2007) meiner òg at skulevesenet burde vektlagt fysisk aktivitet i langt større grad, og på den måten la barna utfolde seg meir. Eg vil òg spekulere i om ikkje meir praktisk læring kunne funnet stad i skulen. Bokleg lærdom er ikkje enkelt for alle, men mange kan ha gode praktiske ferdigheiter, og på den måten kunne dei lært mykje av det same, gjennom andre metodar. Små, konkrete tiltak som byggjer på kunnskap og forståing om AD/HD kan òg hjelpe barna i skulen.

8.1.4 Instansar

I tillegg til ovanfornemnde tiltak vil eg nemne at foreldre kan søkje råd og støtte hjå andre instansar. Lærings- og mestringscenter, familievernkontor, barnevernstenesta, sosialkontor, poliklinikkar, helsesøster og frivillige organisasjonar kan alle bidra med nyttig hjelp, som til dømes foreldrerettleiing eller Parent Management Training (Zeiner et al., 2004). Eg vel å ikkje gå inn i desse, men nemner dei for å vise at det allereie finst eit mangfald av tenestetilbod til foreldra.

9 Avsluttande drøfting

Problemstillinga mi spurte om kva AD/HD er og om medisinerer er den beste behandlingsmåten. Ved hjelp av eit sosialkonstruksjonistisk syn meiner eg å ha kome fram til gode svar i oppgåva mi. Eg har fått innsikt i korleis ein definerer AD/HD og har etter drøftingar kring medisinerer funnet ut at alternative tiltak kan vere vel så nyttige. Dette meiner eg er viktig å ta med seg når ein skal arbeide innan helse- og sosialsektoren.

I den første delen av oppgåva gjekk eg gjennom korleis AD/HD kan sjåast på som ein konstruksjon. Dette belyste eg gjennom at ein opp igjennom åra har brukt mange ulike namn (eller konstruksjonar) på barn som ikkje har vert innanfor det ”normale” når det gjeld oppførsel. I tillegg såg eg på årsaksforklaringane og fann ut at det var delte meiningar blant forskarane om kva AD/HD kunne kome av. I tillegg såg eg på den lange lista over symptom og tilleggslidingar og kom òg innom kjønnsforskjellane ved AD/HD. Eg såg no at AD/HD på ingen måte er ein enkel diagnose. Den er uspesifikk i diagnosekriteriane og inneheld dermed eit mangfald av ulike personlegdommar. Eg valte då å spekulere i om me i det heile har eit behov for å bruke denne diagnosen og om me er for snevre i synet på kva som er normalt og kva som er avvikande.

I den andre delen av oppgåva ser eg på medisinerer som behandlingmetode av AD/HD. Først set eg meg inn i kva ulike preparat som vert brukt, før eg ser på dei alvorlege biverknadane denne medisinbruken kan gje. Og det er med hovudbakgrunn i desse biverknadane at eg vidare i oppgåva stiller meg undrande til den store bruken av medisin. Eg ser på dei ulike interessekonfliktane som ligg bak, og som i stor grad dreiar seg om økonomi. Dette gjer at eg i større grad blir skeptisk til om det er barnet som får utbytte av medisinen eller om det er legemiddelindustrien.

Med bakgrunn i at eg er kritisk til den store bruken av medisin som behandling av AD/HD, vel eg å kome med alternativ til behandlingmetodar. Her viser eg til god effekt av pedagogiske, kosthaldsmessige, skulemessige tiltak. Sjølv om ein vel å ikkje stoppe bruken av medisinerer, meiner eg at ein i større grad bør nytte seg av supplerande tiltak.

Eg ser at det ligg interessekonfliktar og makt bak medisinbruken og dermed AD/HD-diagnosen. Det er derfor eg stiller meg så kritisk til bruken av begge. Eg meiner det er eit for eintydig syn på diagnosen og medisineringa. Sidan økonomi er så viktig i vårt samfunn er eg redd økonomiske verdiar skal overstyre helsemessige verdiar, og at det er dette som er tilfelle ved medisinbruken ved AD/HD. Foreldre kan oppleve hierarkiet og maktfordelinga når dei besøker offentlege kontor, og det blir dermed vanskeleg å seie seg imot ei anbefaling av medisinbruken. I tillegg er foreldra ofte dårleg opplyste når det gjeld biverknadar ved medisinen og litteraturen som finst er òg ofte motstridande. Dette gjer det svært vanskeleg for foreldre å gjere seg opp ei eiga meining om kva so er best behandlingsmetode for deira barn.

Barnevernet arbeidar etter eit prinsipp kalla mildaste inngrepsprinipp, som går ut på at ein skal byrje med dei tiltaka som er minst drastiske. Eg synst dette bør vere tilfelle ved behandling av AD/HD òg. Pedagogiske og psykologiske tiltak bør fyrst prøvast ut før ein eventuelt startar medisinerung, i tillegg saknar eg ei meir individuell tilpassa tilrettelegging.

Litteraturliste

Adalbèron, Elsa Wendel (2008). *Alt du ikke får vite om ADHD og Ritalin*. Eget forlag.

Berger, Peter L. og Thomas Luckmann (2006). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget AS

Bjorvatn, Pia Berger (2007). *ADHD som diagnose: en vurdering av ADHD-diagnosens gyldighet og pålitelighet, og av det metateoretiske grunnlaget for diagnosen*. Masteroppgave. Høgskolen i Agder.

Dalland, Olav (2006). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Duvner, Tore (2004). *AD/HD Impulsivitet, Overaktivitet, Konsentrasjonsvansker*. Liber: NKS-Forlaget

Halvorsen, Knut (2002). *Sosiale problemer En sosiologisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget AS.

Iglum, Lisbeth Rønhovde (2005). *Kan de ikke bare ta seg sammen - Om barn og unge med ADHD og Tourette syndrom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Jacobsen, Dag Ingvar (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskaplig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

Schiefloe, Per Morten (2003). *Mennesker og samfunn*. Oslo: Fagbokforlaget

Tranøy, Joar og Aage Georg Sivertsen (2007). *ADHD Piller på avveie*. Kolofon Forlag

Trillingsgaard, Anegen (1997). *Kun få vokser fra det - Om DAMP, ADHD og Hyperkinetisk Forstyrrelse i livsløbsperspektiv*. København: Dansk psykologisk Forlag

Zeiner, Pål et al. (2004). *Barn og unge med ADHD*. Vollen: Tell forlag a.s.

Lovverk:

Noreg Lover (2007-2008) *Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2007 - 2008*. Oslo:
Gyldendal Akademisk

Kjelder henta frå internett:

<http://www.nrk.no/programmer/tv/puls/4710766.html>

(17.02.2010. Kl. 11.30)

<http://studiehandbok.hisf.no/no/content/view/full/6701>

(17.02.2010. Kl. 16.30)

<http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/15794.pdf>

(05.02.2010. Kl. 11.10)

<http://www.forskning.no/artikler/2009/november/235237>

(05.02.2010. Kl. 11.30)

<http://www.sykehuset->

[buskerud.no/modules/module_123/proxy.asp?iCategoryId=648&iInfoId=6627&iDisplayType=2](http://www.sykehuset-buskerud.no/modules/module_123/proxy.asp?iCategoryId=648&iInfoId=6627&iDisplayType=2)

(09.02.2010. Kl. 11.40)