

Masteroppgave i pedagogikk

Fakultet for pedagogikk
Høgskolen i Agder - Våren 2007

ADHD som diagnose

En vurdering av ADHD-diagnosens
gyldighet og pålitelighet, og det
metateoretiske grunnlaget for diagnosen

Pia Berger Bjorvatn

Pia Berger Bjorvatn

ADHD som diagnose

***En vurdering av ADHD diagnosens gyldighet og pålitelighet,
og av det metateoretiske grunnlaget for diagnosen***

Masteroppgave i Pedagogikk, fordypning i læring

Fagkode 511

Høgskolen i Agder

Fakultet for pedagogikk

Vår 2007

(...) i begynnelsen av 1960-tallet, ble det så foretatt mer omfattende forsøk på skolebarn i Baltimore, og resultatet var større ro i skolene - barna reagerte på amfetaminpreparatet med søvnig oppførsel, mindre uro og bråk, hvilket gledet både skoleledelsen og initiativtaker til forsøket, nemlig farmasøytiske industri. Skoleledelsen så dette som en lettvint mulighet til å gjøre bråkete barn stille og rolige og derved kunne gjennomføre skoledagen uten for mye bruk av tid- og pengekrevenne ressurser. Initiativtakeren – altså legemiddelfirma – så her en ny mulighet til fortjeneste. Resultatet av undersøkelsen i Baltimore betød et gjennombrudd for en ny anvendelse av amfetamin og nye muligheter for bruk av stoffet. Tidligere hadde det vært produsert store mengder amfetamin til bruk for militære formål. Nå åpnet det seg andre og større markeder, ettersom uro i skolene var et åpenbart problem som ellers ville kreve enorme summer. Å kunne roe utagerende barn og unge med en enkel pille syntes å være en drømmeløsning (Adalbèron 2005, s. 6).

Innhold

Forord	6
Sammendrag	7
1. Innledning	10
1.1 Bakgrunn for prosjektet	10
1.2 Bruk av sentralstimulerende legemidler	11
1.3 Ulike synspunkter på utviklingen	12
1.4 Forskningsspørsmål	14
2. Vitenskapsfilosofisk, -teoretisk og metodologisk grunnlag for å vurdere ADHD som diagnose	17
2.1 Frankfurtskolen og kritisk teori	17
2.1.1 Ideologikritikk	18
2.1.2 Erkjennelse og interesse	19
2.1.3 Den norske positivismedebatten	20
2.1.4 Å arbeide etter kritisk metode	21
2.2 Vitenskapsfilosofi	21
2.2.1 Vitenskap	22
2.2.2 Kunnskap	23
2.2.3 Sannhet	24
2.3 Metodologi	25
2.3.1 Validitet	25
Indre validitet	26
Begrepsvaliditet	27
Ytre validitet	29
2.3.2 Reliabilitet	30
2.4 Intern og ekstern kritikk	31
3. Diagnosen ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse	33
3.1 Diagnosebegrepet	33
3.2 AD/HD (DSM-IV)	35
3.3 Hyperkinetisk forstyrrelse (ICD-10)	37

3.4 ADHD versus Hyperkinetisk forstyrrelse	38
3.5 Diagnostisering av tilstanden	39
3.6 Omfang av tilstanden	40
3.7 Følger av tilstanden	41
3.8 Behandling av tilstanden	42
3.8.1 Medikamentell behandling	42
Sentralstimulerende legemidler	42
Atomoksetin	44
3.8.2 Stille med pille. Er det så enkelt?	44
4. Kritisk vurdering av ADHD som diagnose	47
4.1 Noen kritiske røster	47
4.2 Kritisk vurdering av ADHD som diagnose	48
4.2.1 Validitet av ADHD diagnosen	48
Indre validitet	49
Begrepsvaliditet	55
Ytre validitet	57
4.2.2 Reliabilitet av ADHD diagnosen	60
Indre konsistens	61
Stabilitet over tid	62
5. Kritisk vurdering av det biologiske paradigmet	63
5.1 Det biologiske paradigme	63
5.1.1 Den nye biologiske psykiatrien	64
5.1.2 ADHD i den biologiske psykiatrien	66
5.2 Det metateoretiske grunnlaget for å stille diagnosen ADHD	66
5.2.1 Sykdomsmodellen	67
5.2.2 Realisme	68
5.2.3 Empirisme	69
5.2.4 Teknisk instrumentell praksisoppfatning	70
5.3 Makta ikler seg kunnskapens språk	71
5.3.1 Det diagnostiske språket som maktfaktor	72
5.3.2 Legemiddelindustrien som maktfaktor	73
5.4 Den diagnostiske kultur, en kolonisering	75

6. Oppsummering og avslutning	79
6.1 Oppsummerende betraktninger	79
6.1.1 Interne betraktninger	80
6.1.2 Eksterne betraktninger	81
6.2 Avsluttende betraktninger	82
Litteraturhenvisninger	84

Forord

Går det an å skrive en masteroppgave basert på å være kritisk?

Dette var spørsmålet jeg kom med til min veileder høsten 2006. Jeg hadde brukt sommeren til å sette meg inn i nyere litteratur om ADHD-tilstanden, og kjente mer enn noe annet at jeg var kritisk til måten samfunnet forstår, imøtekommer og behandler barn og unge med ukonsentrert, impulsiv og hyperaktiv atferd.

I mitt arbeid som lærer i ungdomsskolen, og som pedagogisk psykologisk rådgiver i kommunen, har jeg møtt mange barn og unge med atferdsvanskeligheter, og flere av disse har fått diagnosen ADHD og medikamentell behandling som følge av denne. Men spørsmålet jeg ofte stiller meg i møte med disse barna er hvorvidt årsaken til deres vansker er å finne i nevrologien, eller om det like gjerne er forhold i miljøet, og barnets interaksjon med dette miljøet, som best kan forklare problematferden? I mange tilfeller er dette ikke umiddelbart lett å avgjøre.

Min veileder, Gjert Langfeldt, svarte *ja* på spørsmålet mitt, og dette var starten på et år med mange gode samtaler, konstruktive tilbakemeldinger og velmenende *spark bak* i en prosess som resulterte i denne masteroppgaven. En spesiell takk til Langfeldt for viktig støtte og hjelp i denne prosessen.

En spesiell takk også til min tålmodige familie, som nok mest av alt gleder seg over at det nå nærmer seg tid for innlevering.

Pia Berger Bjorvatn, Kristianstad mai 2007.

Sammendrag

For noen år siden publiserte fem kanadiske psykiatere artikkelen ”Patologi i Hundremetersskogen”. Der brukte de moderne diagnose-systemer på skikkelsene i A. A. Milnes klassiske barnebøker, og det viste seg at Ole Brumm og alle vennene hans hadde alvorlige psykiske lidelser. Poenget med denne artikkelen var ikke å kaste kritisk lys over A. A. Milnes bøker, men heller å fleipe med diagnose-systemene (Shea m.fl. 2000). Stadig flere menneskelige problemer blir innlemmet i et sterkt voksende område for psykiske lidelser. Årsakene til denne utviklingen kan forstås på forskjellige måter: Enten er folk blitt sykere, eller så har man er blitt flinkere til å fange opp folk som oppfyller kriteriene til en gitt diagnose, eller så er det slik at man har utvidet kriteriene for de ulike tilstandene slik at en større gruppe enn tidligere faller inn under diagnosene.

I denne masteroppgaven har jeg valgt å rette et kritisk fokus mot ADHD-diagnosen, og den dramatiske økningen i bruk av denne. Jeg vil stille spørsmål ved diagnosens gyldighet og pålitelighet, med den hensikt å vurdere diagnosens legitimitet og troverdighet som medisinsk diagnostiseringsverktøy. Er diagnosen, slik den i dag benyttes av medisinsk fagpersonell, god nok til å fange opp de personer man mener lider av tilstanden ADHD, slik at så alvorlige tiltak som å gi sentralstimulerende legemidler til barn kan forsvares?

Utgangspunktet for min kritiske vurdering har vært å sette meg inn i relevant faglitteratur om ADHD-tilstanden. Jeg har også forsøkt å sette meg inn i den debatt som i dag finnes omkring diagnosen, og i dette arbeidet har Internett vært en sentral kilde for informasjonsinnhenting. Fordelen med bruk av Internett er at man ved hjelp av et par tastetrykk får tilgang til et relativt stort kunnskapsmateriale. Utfordringen i denne sammenheng er imidlertid å skille seriøse kilder fra mer kontroversielle innlegg med mangelfull vitenskapelig holdbarhet. Jeg har derfor i dette arbeidet forsøkt å holde meg til artikler publisert i kjente tidsskrifter, offentlige dokumenter eller informasjon lagt ut på hjemmesidene til sentrale interesseorganisasjoner. Et foredrag/artikkel benyttet som kilde i denne masteroppgaven; ”Biologi som ideologi” av Ekeland (2006), finnes imidlertid ikke lenger på den Internettadressen jeg lastet det ned fra (Mental Helses hjemmeside), og det har ikke lyktes meg å finne dette materialet publisert andre steder. Jeg har likevel valgt å beholde denne kilden, da foredraget uttrykker en del sentrale poenger med stor relevans for denne masteroppgaven. Også to andre artikler av Ekeland, publisert i kjente tidsskrifter, er benyttet som kilder i denne masteroppgaven.

Oppgaven er delt inn i 6 kapitler, i tillegg til sammendrag og litteraturhenvisninger. I det første kapitlet presenteres tema og problemstilling, samt bakgrunnen for min interesse for ADHD-utviklingen de senere årene. Hvilke tendenser kan sees i relevante rapporter og litteratur om ADHD-tilstanden, og hvilke synspunkter rører seg i feltet? Målet med denne innføringen er å få frem den dramatiske økningen i antall barn og unge som får diagnosen ADHD og den tilsvarende økning i bruk av sentralstimulerende legemidler, for så å problematisere denne tendensen. Er dette en utvikling vi i vårt moderne samfunn ønsker oss, eller trengs en dreining av forståelsen og behandlingen av barn og unge med atferdsvansker?

I det andre kapitlet gjøres greie for det vitenskapsfilosofiske, teoretiske og metodologiske grunnlaget for det videre arbeidet med ADHD-diagnosen. Hva betyr det når man innen forskning snakker om vitenskapelig fundert kunnskap, og hvilke kriterier må oppfylles for at man skal kunne hevde å ha *sikker* og *sann* kunnskap om ADHD. Først i kapitlet imidlertid en kort innføring i *kritisk teori*, og hva det vil si å ha en slik referanseramme som utgangspunkt for vurderingen av ADHD-diagnosen.

I det tredje kapitlet gis en beskrivelse tilstanden; *Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse* i WHO's diagnosemanual ICD-10, og *AD/HD* i den amerikanske psykiatriforening (APA)s diagnosemanual DSM-IV. Hvilke kriterier må oppfylles for å utløse diagnosen i de to diagnosesystemene, og hvilke likheter/forskjeller er det mellom disse. I tillegg redegjøres for omfang, følger og medikamentell behandling av tilstanden.

I det fjerde kapitlet foretas en kritisk vurdering av ADHD-diagnosen. Oppfyller diagnosen, slik medisinsk personell i dag læres opp i den, vitenskapelige krav til validitet og reliabilitet? Målet med denne vurderingen er å se etter eventuelle svakheter ved diagnosen, og stille spørsmål ved dens legitimitet som medisinsk diagnostiseringsverktøy. Kan eventuelle svakheter ved diagnosen være med å forklare den dramatiske økningen i antall ADHD-tilfeller de senere årene?

I det femte kapitlet gis en kritisk vurdering av det biologiske forståelsesparadigmet, og de metateoretiske premissene som ligger til grunn for å forstå, imøtekomme og behandle barn og unges atferdsvanskeligheter med diagnoser og sentralstimulerende legemidler i et slik omfang man ser konturene av i dag. Hva betyr det at et slikt forståelsesparadigme gjennomsyrrer det medisinske praksisfeltet i den vestlige verden, og hvilke konsekvenser får en slik

referanseramme for legitimering av tiltak i forbindelse med tilstanden ADHD. Målet med denne kritiske vurderingen er å problematisere tendensen til å oppfatte den ”diagnostiske virkeligheten” som omgir oss: Diagnosen er ikke nødvendigvis ”sannheten”, den er snarere en konstruksjon som må sees i lys av historiske, politiske og kontekstuelle faktorer. Når dette blir tydelig, kan man så vurdere om en slik konstruksjon er ønskelig i vårt samfunn, eller om et nytt paradigme, som bedre ivaretar mellommenneskelige og kontekstuelle faktorer, bør utarbeides.

I det sjette og siste kapitlet gis en oppsummering og avslutning av dette prosjektet. Hvilken kunnskap kan trekkes ut av den kritiske vurderingen av ADHD-diagnosen, og hva kan denne kunnskapen så bety for vår forståelsen av barn og unge med impulsiv, ukonsentrert og hyperaktiv atferd?

Kildehenvisninger i denne masteroppgaven er ordnet etter Publication Manual of the American Psychological Association (APA)s retningslinjer.

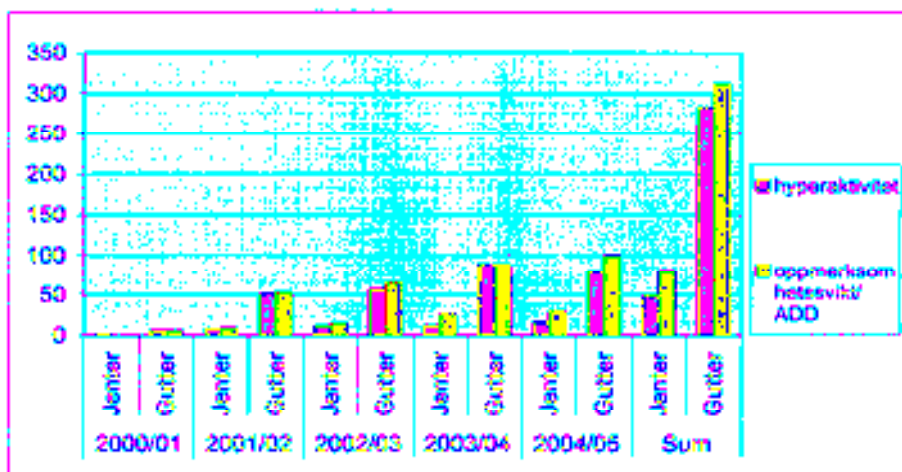
1. Innledning

Barn og unge med impulsiv, ukonsentrert og hyperaktiv atferd topper mange av de statistikkene ingen ønsker å toppe. De kan være en belastning både for seg selv, familien og samfunnet, og frustrerte foreldre eller et hardt presset skolesystem svarer derfor ofte på slik atferd med ønske om ADHD-utredning og påfølgende medisiner. Dette har den senere tid ført til at bruken av sentralstimulerende legemidler til barn og unge har økt dramatisk viser en rapport fra Norges Apotekerforening (NAF 2005), og denne tendensen sees også i mange andre vestlige land. Den dramatiske økningen har imidlertid fått landets politikere til å rope varsku, og sette i gang tiltak for å bremse utviklingen (Stortingets spørretime 2006, 15. mars). Men hvorfor er det så mange flere barn og unge som får denne diagnosen nå enn tidligere, og hvorfor er det i enkelte miljøer tilsynelatende uproblematisk at å hevde at om lag 5 % av norske barn og unge bør gis sentralstimulerende legemidler for å greie å innordne seg i de systemene samfunnet mener de skal passe inn i (Shdir 2006 og Løvås 2006)?

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Bakgrunnen for dette ADHD-prosjektet var en kommentar fra rektor ved en grunnskole i Kristiansand våren 2006. Han mente at det nå var mange flere elever ved hans skole som fikk diagnosen ADHD. Han kunne ikke tallfeste økningen, men etter å ha undersøkt forholdet nærmere viste det seg at rektors magesfølelse stemte med virkeligheten. Økningen var dramatisk:

Figur 1. Antall ADHD/ADD-tilfeller meldt til PPT, grunnskolen i Kristiansand i tidsrommet 2000/2001 – 2004/2005

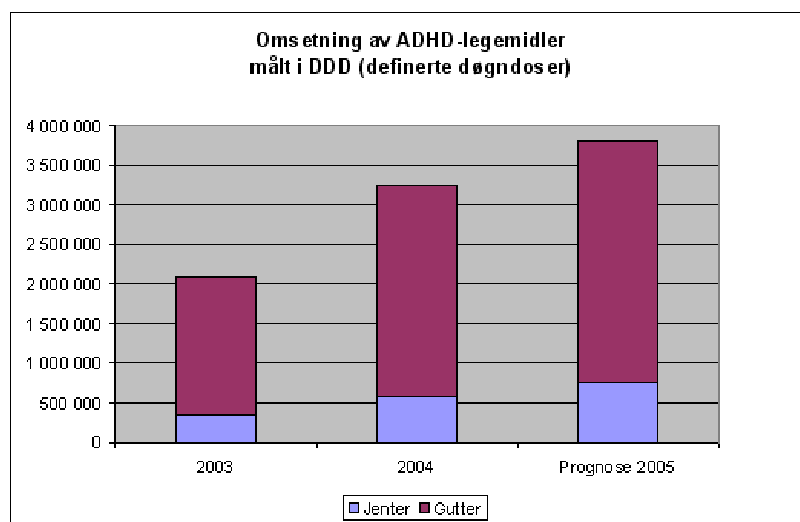


Av tabellen kan leses at det blant henviste elever til PPT i Kristiansand kommune i tidsrommet 2000 til 2005 har vært en dramatisk økning i antallet som har fått diagnosen ADHD. Mens det i skoleåret 2000/2001 var en jente og seks gutter med diagnosen, var det hele 16 jenter og 79 gutter med samme diagnose 2004/2005. Også for oppmerksomhets og konsentrasjonsvansker uten hyperaktivitet (ADD) sees en tilsvarende utvikling. I skoleåret 2000/2001 var det kun en gutt med denne diagnosen, mens tallet i 2004/2005 var steget til 30 jenter og 100 gutter. Dette fikk meg til å stille spørsmålet: Hvorfor? Hvorfor er det så mange flere barn og unge som i dag ser ut til å ha problemer med oppmerksomhet, konsentrasjon og impulsivitet?

1.2 Økning i bruk av sentralstimulerende legemidler

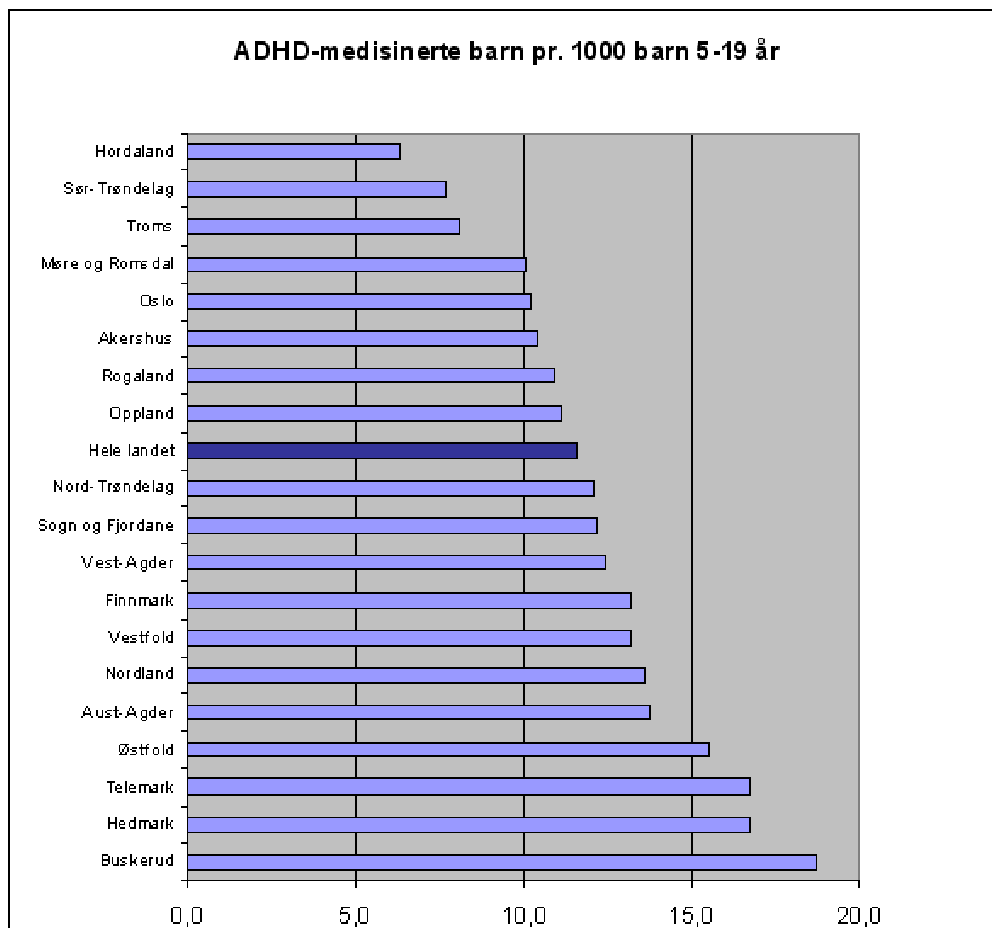
Av Fig. 1 går det klart fram at det har vært en dramatisk økning i antall individer med atferdsforstyrrelser. Det må derfor forventes at også bruk av sentralstimulerende medikamenter har økt. For å finne et tallmessig uttrykk for en slik økning viste et søk på Internett, under søkeordene ”økning + ADHD”, flere artikler som uttrykte bekymring for den økte bruken av sentralstimulerende legemidler i behandling av barn og unge med diagnosen ADHD. Blant annet viste flere artikler til Norges Apotekerforening (NAF)s rapport fra 2005. Denne rapporten var laget på grunnlag av bransjens egen statistikk, og viser utvikling i omsetning av legemidler til bruk i behandling av ADHD. Tallene viser at det i perioden 2003 til 2005 har vært en kraftig økning i bruken av sentralstimulerende legemidler, og størst økningen blant jenter på hele 122 %, og for gruppen barn og unge mellom 0-19 i sin helhet på 82 %:

Figur 2



Rapporten viser også at det er store fylkesmessige variasjoner. Buskerud ligger på topp med 19 barn i medikamentell behandling pr 1000 barn i alderen 5-19 år, og Hordaland på bunn med 6 barn i behandling:

Figur 3



Men hva er så årsaken eller årsakene til tendensene som kommer til syne i figurene 1-3? Er barn og unge av en eller flere grunner blitt sykere? Er det slik at vi i dag ser konturene av en ADHD-epidemi? Har barn og unge med ADHD lenge vært en underdiagnostisert gruppe slik at økningen bare skyldes at en nå ser et ”riktigere” bilde av situasjonen? Eller er det rett og slett for mange som i dag får diagnosen?

1.3 Ulike synspunkter på utviklingen

Synspunktene på ADHD-utviklingen er mange og varierte. Noen mener at økningen er utrykk for at gruppe barn og unge med ADHD nå endelig får den oppfølging de har behov for, og at

det derfor en ”gledelig” utvikling som kommer til syne i Apotekerforeningens bransjerapport for 2005. Blant annet skriver psykolog Eva Karin Løvaas i et notat på ADHD-foreningens hjemmeside: ”Økning i bruk av egnete behandlingstiltak, deriblant sentralstimulerende midler, er en naturlig følgetilstand av økt bevissthet og kompetanse vedrørende selve diagnosen” (Løvaas 2006, s. 2). Løvaas viser i denne sammenheng til legeforeningens gjennombruddsprosjekt fra 2004, hvor: ”Målet var å forbedre diagnostikk og behandling av AD/HD, en lidelse som rammer om lag 5 % av befolkningen ” (Løvaas 2006, s. 2).

Andre igjen er mer skeptiske til utviklingen. Blant annet hevder psykolog Espen Idås i artikkelen ”Urovekkende utvikling rundt ADHD” (2006) at mye av forklaringen på den økte mengden medikamenter til bruk i behandling av barn og unge med diagnosen ADHD ligger i barns oppvekstmiljø. Mer stress, hurtigere tempo, økte krav i skolen og mindre rom for å være annerledes trekker han frem som viktige årsaksforklaringer. Det blir flere ”sentrifugebarn” som prøver å henge med så godt de kan i en verden som stadig skrur opp tempoet. Prisen ”sentrifugebarna” betaler, er manglende evne til å holde fokus over tid, økende uro og rastløshet. I stedet for å gi disse barna Ritalin, mener Idås at det er nødvendig å rette fokus mot barnets miljø, skolehverdag og hjemmeforhold, for å finne årsakene til den eksplosive økningen i antall urolige barn. Tendensen innen det medisinske fagmiljøet de siste årene har imidlertid vært det motsatte, nemlig å vende blikket innover i barnets hjerne for å finne svaret. ”Min erfaring er at det sjelden har vært noe ”feil” med barnet. Man må heller se barnets oppførsel som en selvbeskyttende reaksjon på miljøet som omgir det”, skriver Idås (Idås 2006, s. 4). Han kan ikke tro at en hjerneorganisk funksjonsforstyrrelse skal kunne øke i et slikt omfang i befolkningen som ADHD-tallene den senere tiden tilsier. ”Dersom en tilsvarende økning over samme tidsrom hadde skjedd med en krefttype hos barn ville alle ressurser blitt satt inn for å finne ut hva som førte til den dramatiske økningen av antall tilfeller” (Idås 2006, s. 2).

Også landets politikere har begynt å bekymre seg for utviklingen. Blant annet står det å lese i et referat fra Stortingets spørretime 15. mars, 2006: Laila Dāvøy (KrF):

FN har reagert på stor økning i bruk av ADHD medikamenter i Norge. Det er viktig at Helsetilsynet undersøker den norske praksisen vedrørende bruk av ADHD-medisin og ser på ev. koblinger mellom legemiddelindustrien og enkeltleger.

Statsråd Sylvia Brustad (Ap) svarer på dette innlegget ved å si følgende:

I den årlige rapporten fra FNs narkotikakommisjon for 2004 er det en oversikt over bruk av medikamenter ved ADHD i 20 land. Det går fram, som representanten kjenner veldig godt til, at det er stor økning i bruk av medikamenter ved behandling av ADHD. Det er også store variasjoner mellom landene. Norge peker seg ut ved å ligge høyt på statistikken. Medikamentforbruket i Norge er for eksempel 50 pst. høyere enn i England, og det er også hele fire ganger høyere enn Sverige. USA og Island topper statistikken – i disse landene er forbruket tre ganger så høyt som i Norge (...) Jeg deler representanten Dåvøys syn på at vi må skjerpe blikket når det gjelder bindinger mellom legemiddelindustrien og legene (...) Jeg har også bedt Helse Øst om å redegjøre for eventuelle bindinger mellom legemiddelindustrien og Nasjonalt Kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi, som er underlagt Ullevål sykehus HF.

Men hvem har så rett i sine synspunkter? Er utviklingen et resultat av en svært vellykket kompetanseheving i norske utredningsforetak? Er det samfunnet som akselererer så raskt at flere og flere barn og unge ikke greier å holde tritt med tempoet? En kan jo også stille det provokative spørsmålet: Eller er det rett og slett legemiddelindustriens ønske om å legitimere en diagnose som rettferdiggjør salg av kostbare legemidler, under påskudd å oppnå mer ro i norske klasserom, som er årsaken til utviklingen?

1.4 Forskningsproblem

Det er ikke noe entydig og lett svar på spørsmålet om hva som er årsaken eller årsakene til at stadig flere barn og unge i dag får diagnosen ADHD og medikamentell behandling som følge av denne. Det er heller ikke mulig å finne en enkelt faktor som kan forklare hele utviklingen. Høyst sannsynlig er det flere faktorer som spiller inn. Å komme inn på alle årsaksforholdene ville imidlertid sprengte rammene for denne masteroppgaven. Jeg ønsker derfor i mitt arbeid å rette fokus mot en faktor som etter min oppfatning spiller en vesentlig rolle i denne sammenheng; nemlig selve diagnosen.

Er diagnosen, slik den er skissert i diagnosesystemene ICD-10 og DSM-IV, god nok til å fange opp de personer man mener lider av tilstanden ADHD? Eller er det, på grunn av vesentlige svakheter ved diagnosen, for mange urolige, ukonsentrerte og impulsive barn og unge som i dag blir vurdert å være ”syke” eller ”unormale”?

Som første ledd i en slik vurdering ønsker jeg å beskrive selve diagnosen. Hva består denne tilstanden i, slik den kommer til uttrykk i diagnosemanualene, og hvilke kriterier må oppfylles for å utløse diagnosen?

Mitt prosjekt har også et kritisk perspektiv. Jeg ønsker derfor å stille spørsmål ved selve grunnlaget for å stille diagnosen. Fyller diagnosen, slik den i dag benyttes av medisinsk fagpersonell, rimelige krav til gyldighet og pålitelighet, slik at så alvorlige tiltak som å gi sentralstimulerende legemidler til barn kan forsvares? Og hvilken ideologi og tenkemåte ligger til grunn for å forstå, imøtekomme og behandle barn og unges atferdsvanskeligheter med diagnoser og medikamentell behandling i et slik omfang man ser konturene av i dag?

I følge Joar Tranøy, i artikkelen ”Diagnostisering av problematferd i skolen, et feilspor?” (2003), kan idéhistorikeren Michel Foucaults makt- og disiplineringsperspektiv brukes for kritisk å vurdere den medikamentfokuserede praksis som i dag benyttes overfor skolebarn med diagnosen ADHD. Den medikamentelle behandlingen utgjør en forlengelse av samfunnets eksklusjonsprosess, hevder han, der barn blir kuert gjennom kjemisk kontroll. ”Den som konstruerer det normale har makt”, skriver Tranøy, og det er ekspertgrupper som har denne makten gjennom sin sosiale teknologi. Bestemmelsen av avviksbegrepet blir stadig mer finmasket, og klassifisering av avvik får stadig nye kategoriseringer og skillelinjer. Den medisinske profesjon har fått mandat fra samfunnet til å definere avvikere som klinisk/psykiatriske og medisinske kasus, men en slik diagnostiseringspraksis i forhold til problematferd kan, i følge Tranøy, ikke kun betraktes som et rent medisinsk anliggende, men må ses som et produkt av pedagogiske, terapeutiske og politiske konstruksjoner. ”Det er viktig at denne type diagnostiseringspraksis diskuteres offentlig, og ikke avgrenses til en ”intern debatt” blant medisinske, nevropsykologiske og spesialpedagogiske spesialister”, skriver Tranøy (Tranøy 2003, s. 73).

I det videre er det nettopp en slik debatt om ADHD-diagnosen jeg ønsker å ta del i, og da gjennom et vitenskapelig arbeid basert på kritisk teori. Betegnelsen *kritisk* henspiller i denne sammenheng på at våre daglige oppfatninger av reelle forhold og prosesser i samfunnet er ufullkomne, og at vi derfor til stadighet må være opptatt av, og på jakt etter eventuelle feilkilder. Foucaults makt- og disiplineringsperspektiv, som beskrevet over i Tranøys artikkel, er et godt utgangspunkt for å kaste lys over hvilke skjulte maktfaktorer som kan gjemme seg i kjølvannet av ADHD-diagnosen. Hvem kan ha fordel av en slik diagnostiseringspraksis som

vi har vært vitne til de senere årene, og med hvilken hensikt? Jeg har imidlertid valgt å angripe problemstillingen fra en litt annen vinkel. Det er den medisinske virkeligheten jeg ønsker å stille spørsmålstegn ved, og jeg vil forsøke å gå inn i den form for vitenskapelighet som diagnostikerne selv anerkjenner som gyldig. Jeg vil forsøke å se etter svakheter ved diagnosens vitenskapelige representasjon, og som følge av dette stille spørsmålstegn ved dens legitimitet og troverdighet som medisinsk diagnostiseringsverktøy.

2 Vitenskapsfilosofisk, -teoretisk og metodologisk grunnlag for å vurdere ADHD som diagnose

På 1800-tallet spilte naturvitenskapen en viktig rolle, og fysikken var et stort forbilde. Dette førte til at de samfunnsvitenskapelige disiplinene ønsket seg den samme grad av objektivitet og sikkerhet som fysikken. Det vitenskapsteoretiske paradigme som vokste frem i denne perioden går under betegnelsene *naturalisme* eller *positivisme*, der positivisme blant annet henspiller på forskningens positive holdning til å anvende naturvitenskapelige metoder også innen humaniora. Positivismens mål var å overføre naturvitenskapens kriterier for vitenskapelighet til samfunnsvitenskapene. Idealet var å avdekke de kausale lover som menneskets atferd er underlagt, for på den måten å bli i stand til å forklare og predikere. Man hadde stor tro på vitenskapen, og mente at man ved hjelp av naturvitenskapelige metoder kunne avdekke virkeligheten bit for bit, og dermed bli i stand til å kontrollere og manipulere den - i den retning man ønsket.

Etter hvert utviklet det seg imidlertid en heftig diskusjon om denne måten å bedrive vitenskapelig arbeid på, og noen av de kritiske røstene kom fra den såkalte *Frankfurtskolen*. Tilhengerne av Frankfurtskolen anså samfunnsvitenskapelige teorier å være prinsipielt forskjellige fra naturvitenskapelige teorier. Teorier om samfunnsutvikling, og om hvordan mennesker opptrer i samfunnet, blir *konstituerende elementer*, hevdet de, ved at de påvirker måten mennesker forstår og handler på. Slike teorier kan derfor sies å ha en innvendig status i forhold til det de omhandler, og kan ikke sammenfattes i uforanderlige teorier eller lover om samfunnet eller mennesker på samme måte som for naturen. Som en slags motvekt til den positivistiske vitenskapsinnflytelsen, utviklet Frankfurtskolens tilhengere den kritiske teorien, med det mål å frigjøre mennesker fra undertrykkende maktutøvelse.

2.1 Frankfurtskolen og kritisk teori

Frankfurtskolen og kritisk teori ble utviklet i mellomkrigstiden, blant andre av Max Horkheimer (1895-1973), Herbert Marcuse (1898-1979) og Theodor W. Adorno (1903-1969). De hentet sin hovedinspirasjon fra Marxismen og psykoanalysen, fra samfunn og psykologi. De mente likevel at marxismen hadde et for ensidig samfunnsperspektiv, og psykoanalysen et for ensidig subjektivt perspektiv. Målet var derfor å komme frem til en psykologi med subjektet satt inn i en samfunnsmessig sammenheng.

Det grunnleggende i Frankfurtskolens arbeid var systematiske analyser av den politiske situasjon, med det mål å knytte forbindelse mellom teori og praksis. Den kritiske teori satte spørsmålstegn ved det kapitalistiske samfunns bruk av *illegitim maktutfoldelse*, det vil si at enkeltpersoner, sosiale institusjoner eller annen virksomhet hadde mulighet til å manipulere og undertrykke andre gjennom bruk av kunnskap. Den kritiske teorien ønsket i stedet å frigjøre mennesker fra slik maktutøvelse gjennom *selvrefleksjon*. Ved å analysere de faktiske forhold i samfunnet og bevisstgjøres av disse, skulle mennesker slik gis bedre mulighet for å endre undertrykkende forhold. Oppgaven var derfor å avsløre undertrykkende mekanismer (Ulleberg 2002).

2.1.1 Ideologikritikk

En ideell fremgangsmåte for slike bevisstgjøringsprosesser mente tilhengerne av Frankfurtskolen å finne i psykoanalysen. Det Marx kalte *ideologi* og det Freud kalte *nevrose* ble oppfattet likt. Ideologi på det sosiologiske plan hadde samme funksjon som nevrotiske forsvarsmekanismer på det psykologiske plan; nemlig å hindre mennesker i å erkjenne og forstå sine reelle livsbetingelser. Ideologikritikk ble derfor en vesentlig oppgave i det kritiske vitenskapsarbeidet; det å rette et kritisk blikk mot fremherskende ideologier (Ulleberg 2002). Begrepet *ideologi* betyr her bærende ideer i et politisk system, livssyn eller idésystem. Allment kan en knytte begrepet til et system av forestillinger, oppfatninger, vurderingsmåter og diskurser som råder grunnen innen bestemte samfunnsgrupper. Siden disse forestillingene er knyttet til interesser og handlingsutøvelse, vil konsekvensene av slike ideologier ofte være at de stenger for en sannhetsorientert erkjennelse (Ekeland 2006).

Også vitenskapen vil som oftest være ideologisk infisert gjennom de ulike metoder og referanserammer som benyttes i forskningen. Ideologikritikk bør derfor alltid være en sentral del av den vitenskapelige selvrefleksjon. Å renske samfunnsvitenskapen for ideologiske villfarelser var derfor, og er fortsatt, en sentral oppgave i den kritisk teori. Men ideologier hører også praksis og dagliglivet til. Dette fordi kunnskapsbidraget fra vitenskapsfeltet nedfelles i dagligtalen og blir en del av folks selvoppfatning. På denne måten blir tidens rådende ideologi gjeldende som common sence – et meningssystem som bare tas for gitt uten at det stilles spørsmålstegn ved det.

2.1.2 Erkjennelse og interesse

Etter krigen kom også Jürgen Habermas (1929-) med i Frankfurtskolen, som assistent for Adorno. Han reformerte i 1960-årene den kritiske teorien, og orienterte den mer i retning av *erkjennelsesinteresser* i stedet for politikk og økonomi. I artikkelen ”Erkjennelse og interesse” (1969) hevdet han at det ikke er mulig å snakke om *objektive* teorier, fordi våre oppfatninger av empiriske størrelser, fremstilt gjennom teoretiske utsagn, alltid vil være farget av den referanseramme slike meningsutsagn blir dannet innenfor. Habermas beskriver dette slik: ”Straks utsagnene blir forstått i forhold til tidligere forutsatte referansesystemer, faller det objektive skinn bort og lar en erkjennelsesledende interesse komme klart til syne” (Habermas 1969, s. 9). På samme måte som våre handlinger i det daglige kan være farget av rettferdiggjørende motiver i stedet for virkelige, kan handlinger på det kollektive nivå også være det, da kalt ideologi. Slik ideologi kan ha en ureflektert binding til interesse, i følge Habermas. Vår måte å oppfatte virkeligheten på kan ubevisst være farget av egeninteresse, og gi rom for maktutøvelse. Habermas hevder derfor at den objektive vitenskapsforståelsen skjuler sammenhengen mellom *erkjennelse* og *interesse*.

I den kritiske forskningsprosessen er det nettopp det å påvise slike sammenhenger mellom logisk-metodiske regler og erkjennelsesledende interesser som er det sentrale. De kritiske vitenskaper har en frigjørende erkjennelsesinteresse som mål:

(...) informasjon om lovsammenhenger utløser en refleksjonsprosess i bevisstheten til angjeldende person selv; derigjennom kan det ureflekterte bevissthetsnivå, som hører til utgangsbetingelsene for slike lover, bli forandret. En kritisk formidlet viten om lover kan via dette gjennom refleksjon om ikke oppheve loven, så i hvert fall gjøre at den ikke kan anvendes. (...) Selvrefleksjon løser subjektet fra avhengigheten av hypostaserte makter. Selvrefleksjon er bestemt av en frigjørende erkjennelsesinteresse (Habermas 1969, s. 11).

Det å sette en diagnose er makt. Det er derfor viktig at de som utøver denne makten begrunner sin egen maktutøvelse. For hvor kommer den fra, denne retten til å gripe inn i menneskers liv? Og med hvilken hensikt utøves en slik praksis? I denne masteroppgaven er det viktigste ikke å argumentere for kritisk teori i abstrakt forstand. Jeg vil heller bruke kritisk teori til å få perspektiv på den makt som er forbundet med diagnostisering og behandling av ADHD-tilstanden, slik at denne makten kan bli synlig og gjenstand for offentlig debatt.

2.1.3 Den norske positivisme-debatten

Også den norske vitenskapsfilosofen Hans Skjervheim (1926-1999) deltok aktivt i positivisme-debatten på 1950- og 60-tallet. Gjennom en rekke artikler og essays tok han oppgjør med positivismen i samfunnsvitenskapene, som ser mennesket som et hvilket som helst annet objekt i naturen; en ting styrt av ytre påvirkning fra andre ting (tingliggjøring). Skjervheim kritiserer vitenskapsfilosofien for objektivismen, samfunnsvitenskapen for positivismen, profesjoner som pedagoger og psykologer for å omsette et positivistisk vitenskapsideal i praksis, og Arbeiderpartistaten for teknokratisk samfunnsstyring og ekspertvelde.

Skjervheim imøtegår det positivistiske idealet med utgangspunkt i et annet menneskesyn; det subjektivistiske. Mennesket er ikke en ytrestyrt ting eller et objekt, men et meningsfortolkende og fritt velgende subjekt. Objektivismen møter en prinsipiell grense i menneskets frihet og selvstendighet, som kommer til uttrykk for eksempel i dette at det er umulig å objektivere seg selv. Man kan nok behandle andre som objekter, men man kan ikke objektivere seg selv. Bak objektiveringen skjuler det seg alltid et fritt og selvstendig subjekt (transcendentalt ego) som foretar objektiveringen, og som ikke selv kan objektiveres. Hvis mennesket er et subjekt som handler fritt og på grunnlag av den mening det tillegger situasjoner, kan ikke menneskelige handlinger kausalforklares. I stedet må de forstås; det vil si at man må gripe den mening og intensjon som ligger til grunn for handlingen. Intensjonale forklaringer må derfor erstatte kausale forklaringer.

Mange av Skjervheims argumenter er i dag relevante i debatten om den biologiske forståelsen av psykologiske fenomener. Skjervheims tar avstand fra den *tingliggjøring* eller *objektivering* av klienter som ligger til grunn for et slikt paradigme. I essayet "Deltakar og tilskodar" (1976) skriver han blant annet at det ikke er mulig å stille seg helt utenfor det fenomenet man studerer, i en absolutt tilskuerposisjon. Den positivistiske forskeren og psykologien gjør nettopp dette, men overser at den tolkning som gjøres av en klient etter hvert blir overtatt av klienten selv og blir en del av hans eller hennes selvforståelse. Selv om man holder tolkningsaspektet helt utenfor, og ser på seg selv som en fullt ut objektiv forsker, griper man inn i den andres selvforståelse. Dersom man diagnostiserer klienten ut fra et strengt biologisk perspektiv, vil den biologiske diagnosen i neste omgang bli en del av klientens selvforståelse. Man tror man behandler den biologiske forstyrrelsen, men griper i stedet inn i det mentale (Sørbø 2003).

2.1.4 Å arbeide etter kritisk metode

Ordet kritikk kommer fra gresk og betyr å *kunne skille*, mellom sant og falskt og mellom gyldig og ugyldig. Man kan også snakke om *rett bruk av dømmekraft*, i motsetning til bare å akseptere eller forkaste noe uten å stille spørsmålstegn ved det. I vitenskap og filosofi er kritikk og kritisk innstilling noe selvsagt. Her er det nettopp det å kunne skille mellom oppfatninger som kan grunngis og oppfatninger som ikke kan grunngis, som er det sentrale. Å stille vitenskapelige og filosofiske oppfatninger på prøve, er nettopp å undersøke om de kan stå imot kritikk (Skjervheim 1992).

Kritisk teori brukes i dag som merkelapp på en rekke forskjellige måter å studere samfunnet på, hvor fellesnevneren er søken etter å se etablerte realiteter som uttrykk for tilstivnet ideologi og fastfrosne maktforhold. Den kritiske teori skal videre forsøke å belyse realiserte mønstre ut fra sin motsats, det vil si vurdere muligheten for at virkeligheten kunne sett kvalitativt annerledes ut. Å forske gjennom kritisk teori kan sies å være et teoretisk, eller metateoretisk arbeid, der abstraksjonsnivået ofte ligger langt fra de spørsmål, begreper og tolkninger som tradisjonelt kjennetegner empirisk forskning. Mange hevder til og med at den kritiske teoriens innsikt ikke uten videre lar seg omsette til empirisk forskning, og at det i likhet med hermeneutikken er vanskelig å få gode ledertråder for hvordan det kritiske forskningsarbeidet kan bedrives. Kritisk teori er likevel viktig i vitenskapelig sammenheng, da den kan være med på å gi den etablerte empiriske forskning en motvekt til tilsynelatende nøytrale beskrivelser av virkeligheten og institusjonaliserte maktforhold, ved kritisk å ville til livs virkelighetsoppfatninger som bare tas for gitt uten at det stilles spørsmålstegn ved dem (Alvesson og Sköldberg 1994).

For meg gir det å arbeide etter kritisk metode mulighet til å stille spørsmålstegn ved den diagnostiseringskultur som i dag preger forståelsen og behandlingen av atferdsvanskelige barn og unge. Jeg får anledning til å sette meg inn i det vitenskapelige grunnlaget for dagens praksis, og stille spørsmålstegn ved et menneskesyn som for meg oppleves fremmed. Hvilket grunnlag skal man ha for å bruke denne typen makt overfor barn og unge?

2.2 Vitenskapsfilosofi

Vitenskapsteori eller vitenskapsfilosofi er den grenen av filosofien som undersøker vitenskapene og deres strukturer. Sentrale vitenskapsteoretiske spørsmål blir dermed: Hva er

vitenskap, hva kjennetegner vitenskapelig fundert kunnskap og hvordan oppnås vitenskapelige fremskritt?

Det kan være glidende overganger mellom dagliglivet og forskningen, mellom common sense og vitenskap. Forskere gjør grunnleggende sett det samme som vi alle gjør i vår hverdag, men de har til sin disposisjon et stort utviklet apparat av normative prinsipper, metoder og statistiske teknikker til hjelp i sine undersøkelser og ved utvikling av kunnskap og teori. En av de viktigste begrunnelsene for bruk av metode er å sikre holdbarheten av de påstander en kommer med. I bunn og grunn er dette en etisk sak. Når forskere og andre sier at de *vet* noe, sier de samtidig at dette er til å stole på og at andre kan ha tillit til at det faktisk forholder slik forskeren sier at det gjør. Det å si at man *vet* noe er imidlertid mer komplisert enn man skulle tro. Det reflekterer våre standarder og idealer for evidens og legitimering, ideer om sannhet og antakelser om hvilke strategier og muligheter som er å foretrekke. Disse standardene, idealene og antakelsene varierer fra område til område. I forskningen er de strengere og mer eksplisitte enn i dagliglivet, og finnes blant annet i form av metodiske krav og overveielser (Kvernbekk 2002).

2.2.1 Vitenskap

Vitenskap er en rasjonell aktivitet sentrert rundt framlegging av argumenter og evidens. Begrepet *vitenskap* kan ha flere betydninger: På den ene siden betegner begrepet prosedyrer og metoder, og på den andre siden den systematiske og ordnede kunnskapen som er resultatet av disse metodene. I vitenskapens spede barndom var metoden demonstrasjon og bevis, og kunnskapen ervervet på denne måten ble ansett for å være absolutt sikker. Vitenskapen var per definisjon ufeilbarlig. Denne oppfatningen holdt seg levende frem til 1600-tallet, da begrepet *sannsynlighet* etter hvert overtok for den absolutte sannhet: Jo flere observasjoner eller eksperimenter som støtter hypotesen, desto større sannsynlighet for at den er riktig (Kvernbekk 2002).

Vitenskap er en aktivitet som søker å beskrive og forklare fenomener med hypoteser som kan kritiseres, testes eller etterprøves. Et utsagn kan dermed betegnes som vitenskapelig hvis det, i det minste i prinsippet, er mulig for andre forskere å tilbakevise det på grunnlag av observasjoner, resonnement eller eksperimenter. Eksempler på ikke-vitenskapelige utsagn er dogmer eller definisjoner. *Dogmer* er uvitenskapelige fordi deres holdbarhet av ulike grunner ikke kan eller ønskes diskutert. *Definisjoner* er kjennetegnet ved å være *sanne ved*

overenskomst. At en sirkel er rund er for eksempel ikke åpent for kritikk fordi det *per definisjon* er sant. Med dette er det ikke sagt at uvitenskapelige utsagn er uønskelige. Definisjoner er for eksempel viktig for vitenskapen for å avklare hva man snakker om. Nøyaktige definisjoner kan derfor være forutsetningen for vitenskapelig aktivitet, selv om de selv ikke er vitenskapelige.

I følge Kvernbekk (2002) bærer vi på en filosofisk tradisjon som tilsier at alle vitenskaper kan deles inn i to grupper; *teoretiske* og *praktiske*. Teoretiske vitenskaper har som formål å lage kunnskap om hvordan ulike fenomener er, mens praktiske teorier har inngripen og endring som mål. Teoretiske vitenskaper skal beskrive, forklare og predikere fenomener, mens de praktiske teoriene skal fortelle oss hvordan vi skal gå frem for å skape endring. Da de praktiske samfunnsvitenskaper har som mål å skape endring, og slik griper inn i menneskers livsverden, må de rettferdiggjøre sin praksis teoretisk. Hvorvidt forskeren har en teoretisk eller praktisk referanseramme, påvirker hans eller hennes valg av metoder og teori.

2.2.2 Kunnskap

I følge Kvernbekk (2002) finnes det en standard definisjon av begrepet *kunnskap*. Denne stammer fra Platons dialog *Theaitetos*, og har hatt en enorm innflytelse både på filosofisk, vitenskapelig og dagligdags tenkning. I denne definisjonen beskrives kunnskap som *en legitimert, sann oppfatning*. Definisjonen er treleddet, og inneholder antakelser både om sannhet, evidens og sikkerhet i representasjoner.

Det første leddet, sannhetsbetingelsen, sier at for at vi skal *vite* noe, må dette ”noe” være sant. Denne sannhetsbetingelsen gjør kunnskap uforenelig med feiltak, og representerer slik en meget høy standard fordi den innebærer at vi forplikter oss på eksistensen av en gitt tilstand i verden; nemlig det forholdet vi sier at vi vet noe om.

Det andre leddet, evidensbetingelsen, har med legitimering å gjøre. Til grunn for denne betingelsen ligger ideen om at kunnskap skal være noe mer enn bare en sann oppfatning, for da ville også heldige gjetninger kunne gjelde som kunnskap. Legitimering innebærer derfor at kunnskapen eller påstanden om et fenomen skal kunne underbygges. Slik evidens kommer oftest i form av data, begrunnelser og argumenter, og disse må kunne vurderes som gode og relevante. Ikke hva som helst vil kunne aksepteres som evidens. Data må for eksempel

vurderes å være fremkommet på en pålitelig måte. En diagnostisk slutning bør for eksempel kreve betydelig mer evidens enn common sense for å kunne kalles sikker.

Det siste leddet i definisjonen sier noe om at ideen om sikker kunnskap også er knyttet sammen med korrekte representasjoner. Et fenomen kan imidlertid representeres på mange måter, så et viktig vitenskapsteoretisk aspekt er derfor å diskutere teorivalg og kriterier for ”riktig” representasjon. Slike representasjoner kan for eksempel være teorier, modeller, tabeller, strukturer eller som i denne masteroppgaven; en diagnose. Ingen fenomener er imidlertid utstyrt med merkelapper som forteller hva som er den beste måten å representere et fenomen på, så dette er i bunn og grunn en vurderingssak. Et vesentlig spørsmål i den vitenskapelige arbeidsprosessen er derfor hva slags forbindelse det er mellom representasjonene og det de representerer.

2.2.3 Sannhet

Sannhet er en bestemt type relasjon mellom språklige utsagn og forhold i verden. Det å si at et utsagn er sant, er å si at tilstanden eller prosessen utsagnet beskriver, faktisk stemmer over ens med virkeligheten. Et utsagn er dermed sant fordi det korresponderer med et faktum i verden. Hva er det så vitenskapen produserer kunnskap eller sannhet om? Er det om verden, om representasjoner av verden, eller rett og slett om representasjoner? Disse spørsmålene er helt vesentlige fordi de representerer etiske problemstillinger som gjelder påliteligheten i det vi sier om verden, og forskningens samfunnsmessige plass og rolle som premissleverandør for beslutninger og tiltak. Ved å sette spørsmålstegn ved vitenskapens rasjonalitet rokker en således ved dens legitimitet som produsent av pålitelig kunnskap (Kvernbekk 2002).

Sannhet er vanskelig å definere nøyaktig. Som første tilnærming bør man skille mellom to ulike betydninger av sannhet. For det første snakkes det om *formal* eller *logisk* sannhet som kan avledes uten henvisning til virkeligheten. Et utsagn kan etter dette kalles logisk sant hvis dets sannhet kan deduseres fra andre utsagn eller regler som antas å være sanne (Hvis A så B. $A \rightarrow B$). For det andre snakkes det om *faktisk* eller *empirisk* sannhet som kan defineres som *den egenskap et utsagn har hvis det er i samsvar med virkeligheten*. Diagnosen ADHD er etter dette sann hvis og bare hvis ADHD faktisk samsvarer med virkeligheten og er åpen for empiriske undersøkelser. I mange sammenhenger, inkludert dagliglivet, er denne definisjonen tilstrekkelig og formålstjenlig. I erkjennelses- og vitenskapsteorien er den imidlertid ikke helt uproblematisk, for hvordan skal man definere ”samsvarer”? Vitenskapen snakker derfor om

hypoteser og teorier, og om hvor mye eller lite *støtte* disse har fått gjennom forskning. Antagelsen er at vitenskapen tilnærmer seg sannheten gradvis. Man vil imidlertid aldri med sikkerhet kunne slå fast hvor nær man har kommet sannheten med de teoriene som til enhver tid er aksepterte.

I vitenskapen snakkes det også om realisme og antirealisme. Vitenskapelig realisme gjelder to forhold; størrelser og teorier. Når det gjelder størrelser, tilstander og prosesser som beskrives av korrekte teorier, sier realismen at de faktisk eksisterer og at de er reelle. Oppfatninger om fenomener (for eksempel ADHD) anses dermed å være reelt eksisterende, selv om det ikke observeres eller påvises på noen måte. Antirealisme forfekter det motsatte synet, nemlig at teoretiske størrelser ikke eksisterer, og at vi bare kan regne med at observerbare størrelser er reelt eksisterende. Derfor eksisterer klasserom og observerbar atferd, men ikke ubevisste fiksjoner eller logiske konstruksjoner om årsaker til denne atferden. Positivismen er et eksempel på en slik antirealistisk orientering (Kvernbekk 2002).

2.3 Metodologi

En av de viktigste begrunnelsene for bruk av metode i vitenskapen er å sikre holdbarheten av de påstander man kommer med. Metode er ofte ansett som det fremste kriteriet på vitenskapelig rasjonalitet, det verktøyet som har gitt oss den kunnskapen som igjen har transformert verden. Det finnes mange ulike metoder, fra de nokså generelle til de mest spesifikke. Valg av metode i en forskningsprosess er med på å bestemme hvordan modeller konstrueres, hvilke problemstillinger som reises og hvordan forskningsspørsmål blir besvart.

Metodologi er en teoretisering av hvordan ulike metoder er med på å bestemme rammene for det vi sier at vi vet noe om. Når en forsker sier at han eller hun *vet* noe, sendes det sterke signaler ut til folk om at det forskeren har kommet frem til er til å stole på, og at det er *sant*. Kvalitetsvurdering av vitenskapelige fremstillinger bør derfor alltid være en vesentlig del av forskningsprosessen. Sentralt i en slik systematisk kvalitetsvurdering er begrepene *validitet* og *reliabilitet*. Vi skal nå se nærmere på hva disse begrepene innebærer.

2.3.1 Validitet

Legitimering av viten er det sentrale i forskningens streben etter å oppnå kunnskap, og denne legitimeringen er nøye relatert til at forskningsarbeidet kan dokumentere med rimelig sikkerhet at sentrale feilkilder er eliminert ved en systematisk fremgangsmåte. I denne

sammenheng har Cook og Campbell (1979) utarbeidet et generelt validitetssystem. Et generelt validitetssystem vil si at man søker å etablere et felles språk på tvers av teori og metodologi for å kunne kommunisere om slutningers kvalitet. Systemet er vanlig brukt som metodologisk referanseramme innen kvantitativ forskning, men kan også være et egnet verktøy for forskning generelt. Systemet omfatter fire validitetsaspekter i forbindelse med kausale undersøkelser: *Statistisk validitet*, *indre validitet*, *begrepsvaliditet* og *ytre validitet*. For hver validitetstype er det formulert mulige feilfaktorer, kalt trusler, som gjør det vanskelig å oppnå valide slutninger. Vi skal nå se nærmere på tre av disse fire validitetsaspektene. Statistisk validitet vil ikke bli omtalt her, da det til grunn for vurderingen av ADHD-diagnosen i denne masteroppgaven ikke foreligger noe statistisk materiale.

Indre validitet

Indre validitet er av stor betydning dersom sammenhengen man undersøker skal fortolkes *kausalt*, som påvirkning av uavhengig variabel på avhengig, slik som variablene er operasjonalisert, uansett hvilke begreper de representerer. At en undersøkelse er *kausal*, betyr i denne sammenheng at den har et ”produksjonsaspekt”, det vil si at undersøkelsen forsøker å finne ut noe om ”hva” som har ført til, eller produsert ”hva”. Indre validitet er følgelig definert som en kausal relasjon mellom to sett av operasjonaliseringer (Lund 2002). I forhold til problemstillingen i denne oppgaven blir det i en vurdering av indre validitet viktig å se på om atferden som beskrives i diagnosemanualene DSM-IV og ICD-10 med stor grad av sannsynlighet kan sies å være forårsaket av ”ADHD”, eller om atferden like gjerne kan skyldes alternative forhold eller faktorer. Slike alternative forhold representerer mulige trusler for indre validitet (Lund 2002).

Lund (2002) opererer med ni vanlige trusler mot indre validitet; retningsproblemet, historie, modning, testing, instrumentering, seleksjon, frafall, statistisk regresjon og atypisk kontrollgruppeatferd. Med *retningsproblemet* menes vanskeligheten med å avgjøre hva som er årsak og hva som er virkning: Går den kausale prosess fra A til B eller motsatt? *Historie* er en hendelse som oppstår uavhengig av den antatte årsaken, som kan frembringe effekten. Med *modning* menes en endring på avhengig variabel som kan skyldes biologiske eller miljømessige forhold, og som er uavhengig av den antatte årsaken. Denne trusselen er særlig viktig i studier av barn og ungdom i vekstperioder. *Testing* betyr at målingen ved en anledning har konsekvenser for resultatene ved en senere måling, slik at en da får for høy eller lav skår. Med *instrumentering* menes forhold ved et måleinstrument eller en måleprosedyre

som resulterer i kunstige resultater. Seleksjon vil si en ikke tilfeldig (ikke-random) personfordeling over forsøksbetingelser. Med *fracfall* menes at enkelte forsøkspersoner slutter i undersøkelsen, og at disse skiller seg systematisk fra de øvrige med hensyn til avhengig variabel. Statistisk regresjon mot gjennomsnittet vil si at en gruppe som er selektert på en skåringsvariabel, kan predikeres lineært ut fra denne seleksjonsvariabelen å være nærmere gjennomsnittet på den predikerte variabelen enn på seleksjonsvariabelen, gitt at begge avstander er målt i standardavvik. *Atypisk kontrollgruppeatferd* kommer av at kontrollgruppen oppfatter tildelingen av et ønskverdig tiltak til tiltaksgruppen som urettferdig. En konsekvens kan da være at kontrollgruppen gjennomgår deler av tiltaket, eller et liknende tiltak, som kompensasjon.

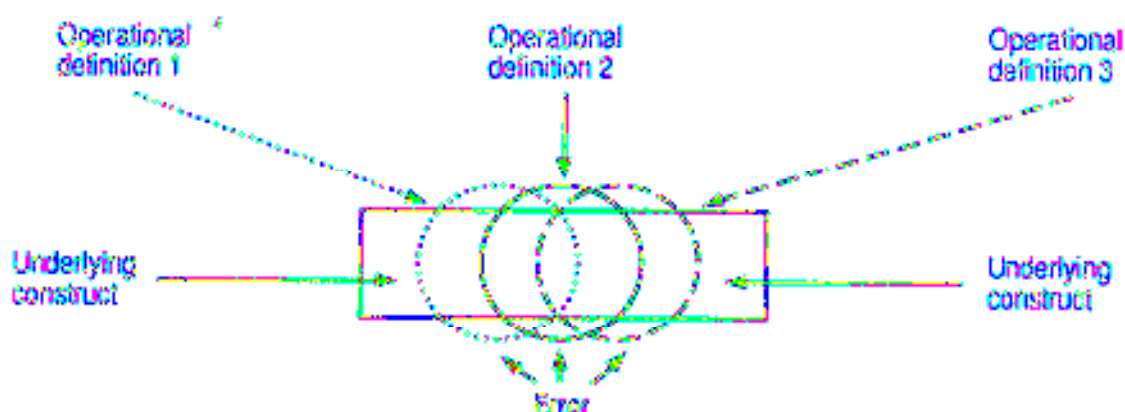
Begrepsvaliditet

Med *begrepsvaliditet* menes grad av samsvar mellom et begrep slik det er definert teoretisk og begrepet slik en har lyktes å operasjonalisere det (Kleven 2002). Enkelte bøker snakker også om *definisjonsmessig validitet*, da som et uttrykk for samsvar mellom den teoretiske definisjonen av begrepet og den operasjonaliserte definisjonen slik denne kommer til uttrykk i en eksplisitt formulering, en konkret test eller en holdningsskala (Kleven 2002).

En operasjonell definisjon vil inkludere irrelevante komponenter gjennom de indikatorene som blir valgt, og mislykkes oftest i å fange opp alle de relevante delene av den underliggende konstruksjonen. Slike forhold kan svekke begrepsvaliditeten, og er derfor trusler. Truslene mot begrepsvaliditet kan deles inn i to hovedgrupper: *Tilfeldige målefeil* og *systematiske målefeil* (Kleven 2002). Når det snakkes om tilfeldige målefeil, betyr det ikke at feilene skyldes tilfeldigheter, men heller at feilene oppfører seg tilfeldige ved at de følger tilfeldighetenes lov; flaks og uflaks. Slike feil jevner seg ut i det lange løp, så hvis en undersøkelse bare gjentas tilstrekkelig mange ganger vil tilfeller av flaks og uflaks etter hvert bli jevnt fordelt.

Men det forekommer også målefeil som er konsistente, og som ikke jevner seg ut selv om en undersøkelse gjentas uendelig mange ganger, da kalt systematiske målefeil. Slike feil omfatter det av et begrep som en operasjonalisering ikke greier å få med seg, samt det operasjonaliseringen får med som men som er irrelevant. De systematiske feilene består altså dels i at vi får et mer eller mindre skjevt bilde av begrepet fordi vi ikke får med oss hele

fylden i det teoretiske begrepet, og dels at det sniker seg inn noe som ikke hører til begrepet i det hele tatt:



Figur 5: Operasjonalisering av et fenomen/begrep/definisjon (Jodd, Smith og Kidder 1991, s. 53).

Bruk av operasjonelle definisjoner i stedet for teoretiske er tilslørende. Problemet med operasjonaliseringer er at det ikke er gitt hva som skal brukes som indikatorer for å måle et begrep eller en definisjon og at våre begreper rommer mye mer enn det en operasjonalisering greier å ivareta.

Gjennom en operasjonalisering forsøkes det å gjøre et ikke observerbart begrep observerbart, med den usikkerheten dette innebærer. For eksempel er "ADHD" forsøkt definert gjennom atferdstrekk beskrevet i diagnosesystemene ICD-10 og DSM-IV. Selve kjernen i målingsproblemer i fag som pedagogikk og psykologi er at man må bruke slike synlige indikatorer for å måle abstrakte begreper som egentlig ikke er målbare (Kleven 2002). Når man i vitenskapen likevel velger å benytte slike operasjonelle definisjoner er det av avgjørende betydning at begrepsvaliditeten er god, slik at det som måles er så nært opp til det teoretiske begrepet som mulig. En kommer likevel ikke utenom slike operasjonaliseringer for å kunne studere et begrep empirisk. Når en leser resultater fra empiriske undersøkelser er det imidlertid viktig å huske at resultatene i undersøkelsen er knyttet til det operasjonaliserte begrepet, og ikke til det virkelige fenomenet. I hvilken grad resultatet også har gyldighet for det teoretisk definte begrepet er et spørsmål om hvilken begrepsvaliditet operasjonaliseringen har (Kleven 2002).

Ytre validitet

Som regel vil et forskningsproblem ikke bare omfatte begreper og relasjoner mellom begreper, men også ha referanser til andre individer, situasjoner og tider. For å belyse et forskningsproblem empirisk er det derfor ikke tilstrekkelig at begrepene er operasjonalisert adekvat og at relasjonene mellom de operasjonaliserte begrepene er målt ved hjelp av god design. Forskeren må i tillegg velge relevante individer, situasjoner og tider. Som regel vil de valgte individene, situasjonene og tidene ikke inkludere alle individene, situasjonene og tidene som forskningsproblemet gjelder, men bare et utvalg av disse. Det er derfor viktig at valgene er foretatt slik at de empiriske resultatene kan generaliseres på en mest mulig valid måte (Lund 2002).

Et fruktbart perspektiv er å belyse ytre validitet som en funksjon av den generelle likheten mellom undersøkelsen og målet (personer, grupper, situasjoner eller liknende) som en generalisering sikter mot. Jo større likhet det er mellom undersøkelsen og målet, desto bedre kan validiteten av generaliseringen forventes å bli (Lund 2002).

Men ytre validitet er ikke bare betinget av hvordan individer, situasjoner og tider er valgt ut. Kunnskapen vi har fra andre undersøkelser eller andre kilder vil også være bestemmende for hvor sikkert vi kan generalisere i en undersøkelse. Det er altså den samlede kunnskap basert på informasjon i og utenfor undersøkelsen som er avgjørende for validiteten av en generalisering (Lund 2002).

Lund (2002) opererer med tre trusler mot ytre validitet: 1) Interaksjon mellom uavhengig variabel og individer, situasjoner og tider. 2) Individhomogenitet. 3) Ikke-representativt individutvalg. *Interaksjonen mellom uavhengig variabel og individer, situasjoner og tider* vil si at en kausal effekt eller relasjon varierer over individtyper, situasjonstyper og tider. Jo større variasjonen er, desto mer usikker over- generalisering. Med *individhomogenitet* menes at individene i undersøkelsen er en relativt ensartet gruppe. Det er dermed en risiko for at gruppen er så spesiell at de kausale resultatene ikke lar seg generalisere til andre persontyper. *Ikke-representativt individutvalg* impliserer at generalisering til en bestemt populasjon er usikker fordi forsøkspersonene ikke er representative for populasjonen. Ytre validitet kan ofte styrkes ved å anvende teori og resultater fra annen forskning.

2.3.2 Reliabilitet

Begrepet *reliabilitet* kan oversettes med *pålitelighet*, og henger i forskningen nøye sammen med spørsmålet om hvor nøyaktig eller konsistent en test måler det den er ment å skulle måle. Ingen ville for eksempel bruke en strikk for å måle lengde, fordi resultatene da ville bli for usikre og variere for mye fra gang til gang. Dersom målingene er konsistente, vil samme person få tilnærmet det samme resultatet ved gjentatte målinger, forutsatt at personen ikke har forandret seg i mellomtiden. God reliabilitet er grunnlaget for å trekke gyldige konklusjoner, og er dermed en forutsetning for et godt forskningsresultat. Et mål kan imidlertid være reliabelt uten å være valid, men aldri valid uten være reliabelt. Spørsmålet om *hva* det så er testen måler, regnes for irrelevant i reliabilitetsteorien, men sentralt innenfor validitetsteorien (Kleven 2002).

I forskningsmetodelitteraturen er reliabilitet også et uttrykk for i hvilken grad data er fri for tilfeldige målefeil. Dette kan illustreres slik:

$$\boxed{\text{MÅLERESULTAT}} = \text{SANT MÅL} + \text{MÅLEFEIL}$$

Figur 4. Illustrasjon av reliabilitet som fenomen

I følge Kleven (2002) kan en persons observerte skår deles inn i to komponenter: "sann" skår og feil skår. Kleven fremstiller dette gjennom en formel gitt ved: $X = T + E$. I denne formelen står X for den observerte skåre (måleresultat), T for "sann" skåre (true eller sant mål) og E for tilfeldige feil (error eller målefeil). Når begrepet *sann* står i gåseøyne, er det fordi reliabilitetsteorien ikke tar opp spørsmålet om testen måler det den skal måle. Sann betyr derfor her konsistent, og feil betyr tilfeldige målefeil. En persons "sanne" skåre kan ut fra dette defineres som den skåre han eller hun ville få hvis målingen var uten målefeil. Målefeilene kan som nevnt under avsnittet *begrepsvaliditet* deles inn i systematiske og tilfeldige målefeil. Det der de tilfeldige målefeilene som har med reliabilitetsvurderingen å gjøre, og tilfredsstillende reliabilitet vurderes i forhold til om det kan dokumenteres med rimelig sikkerhet at data er fri for slike tilfeldige målefeil.

Hvis vi tenker oss at en person ble målt uendelig mange ganger uten å forandre seg i mellomtiden, ville gjennomsnittresultatet av alle disse målingene være personens ”sanne” skåre. I praksis er det ikke mulig å legge til rette for en optimal testsituasjon. Vi kjenner ikke en persons ”sanne” skåre eller omfanget av tilfeldige målefeil, og definisjonen ”sann skåre” kan dermed ikke brukes til å *beregne* reliabilitet. Det den imidlertid kan brukes til er å *estimere* reliabilitet under spesifiserte forutsetninger.

Reliabiliteten kan sjekkes på flere måter. Fordi målefeil kan komme til syne på forskjellige måter avhengig av forskningsverktøy og metode, kan ulike verktøy være hensiktsmessig i ulike sammenhenger. To viktige egenskaper i en reliabilitetsvurdering er *indre konsistens* og *stabilitet* over tid. Et mål kan sies å ha lav indre konsistens når svar på spørsmål som skal måle det samme spriker i forskjellige retninger. Dette er for eksempel en vanlig problemstilling når man oversetter en test fra et språk til et annet, og kommer av at ord og begreper ofte brukes og forstås forskjellig fra land til land, og mellom ulike folkegrupper og kulturer. En test med lav indre konsistens vil i beste fall være lite effektiv, men kan også komme til å gi misvisende informasjon. Beregning av *alpha-koeffisient* eller *split-half* reliabilitet gir estimater på indre konsistens (Kolstø 1997).

En annen viktig egenskap er hvor stabile resultater et måleverktøy gir over tid. Hvis en persons resultat en dag er helt forskjellig fra resultatet på den samme testen en annen dag, kan man ikke uten videre vite hva dette kommer av. Kanskje er testresultatet veldig påvirkelig av personens dagsform eller forstyrrelser fra omgivelsene? Kanskje det er lett å gjøre feil når man administrerer eller skårer testen? Eller kanskje personen svarer på spørsmål, særlig om personlige egenskaper, med et bestemt formål i tankene; hvordan vil disse svarene tolkes, og hva er det i så fall best at jeg svarer for å oppnå det jeg ønsker? Det er med andre ord viktig at testresultatet ikke er for avhengig av slike varierende betingelser. Ved for eksempel å teste en egnet gruppe personer to ganger, får man et estimat på hvor stabile resultatene er. En slik *test-retest* reliabilitet er imidlertid avhengig av tidsrommet mellom hver testing, antall personer som testes og om gruppen som testes passer i forhold til målgruppen testen er beregnet på (representativitet) (Kolstø 1997).

2.4 Intern og ekstern kritikk

En diagnose kan sies å være et vitenskapelig måleinstrument, og ved hjelp av dette måleinstrumentet skal ulike fagpersoner kunne konkludere med ”sykdom” eller ”ikke

sykdom” i en diagnostiseringssituasjon. I hvilken grad diagnosen vurderes å ha god validitet og reliabilitet blir derfor en vesentlig forutsetning for om diagnosen kan sies å være et godt verktøy, og om slutningene som trekkes på grunnlag av denne kan sies å være sikre og ikke preget av for mange tilfeldige målefeil. Den vitenskapelige legitimiteten rundt en diagnose har ofte vært konsentrert om de rent tekniske utfordringene som reliabiliteten representerer, for som et vitenskapelig måleinstrument er høy reliabilitet en vesentlig forutsetning. Men høy reliabilitet har som nevnt tidligere ingenting med validitet å gjøre. Validiteten kan både være lav og irrelevant selv om reliabiliteten er høy. Det hjelper for eksempel ikke om man ved gjentatte undersøkelser kommer frem til den samme konklusjonen, dersom konklusjonen viser seg å være feil. En diagnoses brukbarhet er derfor avhengig av at den, ved hjelp av vitenskapelige funderte metoder, kan påberope seg både god reliabilitet (pålitelighet) og god validitet (sikkerhet).

Når det gjelder kritikk av diagnoser og de diagnostiske systemene disse er en del av kan det i følge Rognes (2003) skilles mellom *intern* og *ekstern* kritikk. Med intern kritikk menes en kritikk som ikke retter seg mot de metateoretiske premissene som ligger til grunn for den diagnostiske tenkningen, det vil si at det overordnede paradigme tas for gitt og at de føringer dette legger for tenkningen aksepteres. Kritikken retter seg i stedet mot selve fenomenet, og ikke mot premissene som ligger til grunn for forståelsen av dette. Treffende intern kritikk kan møtes med justeringer og forbedringer innenfor det rådende paradigmet. En slik intern kritikk av diagnosen ADHD vil bli behandlet i kapittel 4.

Med ekstern kritikk derimot er det nettopp kritikk av de metateoretiske premissene som er hensikten. Her dreier det seg om en paradigmekritikk eller ideologikritikk. Treffende ekstern kritikk kan føre til at det rådende paradigmet må oppgis, og at det må utformes nye standpunkter, teorier og former for praksis som er prinsipielt annerledes enn det som har vært gjeldende. En slik ekstern kritikk av den diagnostiske virkeligheten ADHD-diagnosen er en del av vil bli behandlet i kapittel 5. Først imidlertid, i kapittel 3, en nærmere redegjørelse for tilstanden ADHD.

3 Diagnosen ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse

Den første vitenskapelige artikkelen som beskrev en tilstand som liknet diagnosen ADHD slik vi kjenner den i dag, kom ut i 1899. Det var legen T. S. Clouston som skrev i *The Scottish Medical and Surgical Journal* en artikkel under tittelen “Stages of over-excitability, hypersensitiveness, and mental explosiveness in children and their treatment by the bromides” (Zeiner 2004). Noen år senere, i 1902, avholdt også professor Still flere foredrag, lansert som artikler i *The Lancet*, der han beskrev 20 barn med ADHD-liknende symptomer (Zeiner 2004). På 1920-tallet var forståelsen av hyperaktiv atferd hos barn knyttet sammen med følgetilstander etter alvorlige virusinfeksjoner, for eksempel spanskesyken som herjet i Europa og USA mellom 1917 og 1934. Man antok da at problemene skyldtes skader i det senteret i hjernestammen som hadde til oppgave å regulere aktivitetsnivået. I 1937 behandlet Bradley hyperaktive barn med amfetamin, og påviste betydelige effekt på hyperaktiv og impulsiv atferd. Denne ”oppdagelsen” fikk imidlertid ikke noen innvirkning på forståelse og behandling av tilstanden før 30-40 år senere (Zeiner 2004).

ADHD kom inn i det norske barne- og ungdomspsykiatriske arbeidet i begynnelsen av 1980-årene, men allerede fra 1950-tallet hadde man drevet med diagnostikk og behandling av barn med oppmerksomhetsvansker og uro. Selve diagnosebetegnelsen ”ADHD” ble imidlertid først vedtatt på årsmøtet for amerikanske psykiatere i 1987, og har derfor en mye kortere historie. I 1960-årene ble tilstanden med konsentrasjonsvansker, motoriske vansker, impulsivitet og hyperaktivitet benevnt med ”Minimal Brain Damage” (MBD), da man trodde at vanskene skyldtes en mindre skade i hjernen. Gjennom 1960- og 70-tallet ble det imidlertid gjort mye forskning som resulterte i at forståelsen av MBD-problematikken økte betraktelig, og man tilegnet seg mye kunnskap om ulike ytringsformer, årsaker og behandlingseffekter. Dette førte til at MBD-begrepet i 1980- og 90-årene forsvant, og ADHD-betegnelsen, slik vi kjenner den i dag, ble tatt i bruk (Zeiner 2004).

3.1 Diagnosebegrepet

Diagnoser er laget ut fra gjennomsnittsopplevelsen og gjennomsnittsatferden til et flertallet av pasientene med samme problematikk. En *diagnose* er primært et kommunikasjonsmiddel mellom fagfolk, og kan oversettes med *kunnskap om kategorier*. Som praktisk handling dreier diagnostisering seg om et sett av kognitive operasjoner etter en viss logikk: Man tolker tegn (symptomer) og ordner disse i en viss kategori. Deretter aktiviseres kunnskap om denne kategorien, slik at foretrukne tiltak kan iverksettes. Diagnosen kan derfor sies å være en

konklusjon om en viss kategoritilhørighet innenfor et sett av mulige kategorier (Ekeland 2001). En diagnose impliserer vitenskaplig kunnskap om en tilstands etiologi (årsaker som kan ligge bak), patologi (sykdomsprosessen) og prognose (utvikling). Det er praktisk å anvende like betegnelser på liknende fenomener for å kunne forstå hverandre og for å kunne kommunisere erfaringer. Det er også nyttig å ha knagger å henge erfaringene på for igjen å kunne bidra til akkumulering av kunnskap.

For å erkjenne verden er det nødvendig å dele den opp. Hvordan dette skal gjøres er imidlertid ikke gitt, men skapt gjennom klassifiseringssystemer som ICD-10 og DSM-IV. Det er derfor ikke en nødvendighet at den diagnostiske virkeligheten ser ut slik den gjør, men den gjør det fordi fagfolk og ulike institusjoner har funnet det nyttig og formålstjenlig å konstruere den på denne måten. En diagnose kan derfor også sies å være en kategori, innen et bestemt diagnosesystem og det medisinske meningssystemet (paradigmet) dette er en del av (Ekeland 2001).

Diagnostisk klassifikatorisk forskning har de siste 15-20 årene fått en renessanse innenfor psykiatri og klinisk psykologi. I tråd med økt biologisering av psykiatrien på den ene siden, og en stadig sterkere markedsorientering med vekt på effektiv målrasjonalitet på den andre, investeres betydelige ressurser i utviklingen av klassifikasjonssystemer som ICD-10 og DSM-IV. Nesten alle nyere lærebøker i psykopatologi gir fyldige fremstillinger, særlig av DSM-IV, noe som sikrer en sosialisering til den utpregede empiriske tenkemåten som er innbakt i dette, og tilsvarende diagnostiske systemer. Slike klassifikasjonssystemer utvikles for å skape orden, og for å gi interessant informasjon om ulike fenomener. DSM-IV er i dag det internasjonalt ledende diagnosesystemet i psykiatri og klinisk psykologi. Det offisielle norske er imidlertid ICD-10, men dette er nylig revidert og lagt tett opp til DSM-IV, både med tanke på kategorier og grunnleggende tankegang (Rognes 2003).

DSM-IV er et *kategorialt* system, det vil si at svært mange diagnoser avgrenses prototypisk og ikke klassisk (en personen får diagnosen dersom han/hun oppfyller X av Z mulige kriterier). Systemet tilsikter å være mest mulig deskriptivt og ateoretisk, i betydning av at diagnostisering skjer på bakgrunn av symptom- eller atferdsobservasjon, og ikke på bakgrunn av slutninger om tilgrunnliggende årsaksforhold. I tråd med dette har systemet en utpreget operasjonell orientering: For å sikre en mest mulig reliabel personklassifisering anvendes

eksplisitte kriterier i form av beskrivelser av observerbare symptomer, blant annet utarbeidet til strukturerte intervjumanualer (Rognes 2003).

Diagnosen i vestlig medisin kan vi kalle biomedisinsk, det vil si en *naturalisert* oppfatning av sykdom, der både diagnose og behandling forankres i forståelsen av den biologiske kroppen som natur. Biomedisinens praksis for sykdomsklassifisering har en lang historie med utgangspunkt i det som kan kalles en botanisk tradisjon. Det vil si at sykdom blir sett på som fenomener det kan gjøres greie for, på samme måte som beskrivelser av planter: De ordnes etter familier og slektskap, og deretter utvikles spesifikk behandling. Denne forståelsesrammen har historisk sett gjort det mulig for medisinen å gjøre store fremskritt, da kliniske erfaringer er blitt systematisk dokumentert. Biomedisinen er naturlig nok forankret i et naturvitenskapelig og modernistisk vitenskapssyn: Tanken om at sannheten kan avdekkes empirisk og stå frem gjennom universelle og sanne kategorier (Ekeland 2003).

Diagnosebetegnelsen som i dag brukes for å beskrive urolige og hyperaktive barn er *AD/HD* (*attention deficit hyperactivity disorder*) i det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV, og *hyperkinetisk forstyrrelse* i WHO's diagnosesystem ICD-10. Vi skal nå se nærmere på disse to måtene å diagnostisere impulsive, ukonsentrerte og overaktive barn på.

3.2 AD/HD (DSM-IV)

Klassifikasjonssystemet DSM ble skapt av den amerikanske psykiatriforeningen (APA) i 1952. Siden er den blitt revidert og utvidet flere ganger, og i dag er det versjon DSM-IV som benyttes. I DSM-IV brukes egentlig forkortelsen AD/HD, men for enkelhets skyld benyttes videre i denne oppgaven betegnelsen ADHD. ADHD-diagnosen er en operasjonell definisjon, det vil si at den er utformet slik at den skal være anvendelig og lett å sette ut i livet.

Diagnosen er også deskriptiv, det vil si at den skal kunne tjene til å beskrive en pasients sykdom.

De diagnostiske kriteriene for ADHD i DSM-IV er som følger (Zeiner 2004, s. 38f):

(A1) Minst seks av følgende symptom på uoppmerksomhet har foreligget i minst seks måneder i den grad som er maladaptiv og avviker fra normalt utviklingsnivå:

Uoppmerksomhet:

- Er ofte uoppmerksom på detaljer eller gjør slurvfeil i skolearbeidet, yrkeslivet eller andre aktiviteter.
- Har ofte vanskeligheter med å opprettholde oppmerksomhet ved oppgaver eller i lek.
- Synes ikke å høre ved direkte tale.
- Følger ofte ikke gitte instruksjoner og mislykkes med å gjennomføre skolearbeid, hjemmelekser eller arbeidsoppgaver (ikke pga trass eller at personen ikke forstår instruksjonen).
- Kan ikke tilrettelegge sitt arbeide eller sine aktiviteter.
- Unngår eller avskyr oppgaver som krever vedvarende oppmerksomhet.
- Mister ofte saker og ting som er nødvendige for å utføre oppgaver og aktiviteter.
- Lar seg lett distrahere av ytre stimuli.

(A2) minst seks av følgende symptom på hyperaktivitet/impulsivitet har foreligget i minst seks måneder i en grad som er maladaptiv og avviker fra normalt utviklingsnivå:

Hyperaktivitet:

- Uro i hender eller føtter, sitter urolig.
- Forlater sin plass i klasserommet eller i andre situasjoner der personen forventes å sitte på sin plass i en lengre periode.
- Løper, klatrer eller farer omkring på en utilpasset måte (hos ungdom og voksne kan dette være begrenset til en subjektiv følelse av rastløshet).
- Støyende atferd ved lek, har vanskeligheter med å være stille.
- Eksessiv motorisk aktivitet, som ikke lar seg styre.
- Prater mye.

Impulsivitet:

- Svarer før spørsmålet er avsluttet
- Har ofte vanskeligheter med å vente på tur.
- Avbryter eller maser seg på.

Symptomene skal i følge DSM-IV ha vært til stede i minst seks måneder, og ha et slikt omfang at de forstyrrer barnets funksjon. I tillegg skal symptomene være upassende i forhold til barnets alder og kognitive utviklingsnivå. Det er også et viktig kriterium at symptomene skal komme til uttrykk i forskjellige situasjoner (for eksempel både på skolen og hjemme), da dette er med på å utelukke at barnets uro og uoppmerksomhet skyldes andre forhold (for eksempel utrygghet i skolen, lærevansker eller disharmoni i hjemme). Funksjonsavviket må heller ikke kunne forklares ut fra annen diagnose, som for eksempel angst, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser eller mani (Damm og Thomsen 2006).

DSM-IV opererer med tre undergrupper av diagnosen (Damm og Thomsen 2006):

1. Hyperaktiv-impulsiv type (A2, men ikke A1 er oppfylt).
2. Primært oppmerksomhetsvanskeligheter (A1 er oppfylt, men ikke A2).
3. Kombinert type (både A1 og A2 er oppfylt).

Ved den første gruppen er det den hyperaktive og impulsive atferden som er den dominerende. Barnet er i tillegg til å være motorisk urolig også verbalt assosierende, innblandende og avbrytende. Det er impulsivt, kan ikke vente på tur, rekker ikke opp hånden og kommer opp i mange konflikter med jevnaldrende og voksne.

Barna i gruppe to er ADD-type, det vil si med primært konsentrasjons og oppmerksomhetsvanskeligheter. De har typisk planleggings- og overblikksvanskeligheter. De greier ikke holde oppmerksomheten på det de er i gang med. Av ytre kan de virke passive, uengasjerte, stille og mindre begavede.

Gruppe tre utgjør barn som både er hyperaktive og impulsive og i tillegg har oppmerksomhetsvanskeligheter.

3.3 Hyperkinetisk forstyrrelse (ICD-10)

Det internasjonale sykdomsklassifiseringssystemet International Classification of Diagnoses (ICD-10) ble utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon (WHO) 1993, og er det offisielle diagnosesystemet i Norge. I motsetning til DSM-IV er ICD-10 ikke basert på operasjonelle kriterier. I stedet beskrives *Hyperkinetisk forstyrrelse (F90)* i den norske utgaven av ICD-10 slik:

Gruppe lidelser kjennetegnet ved tidlig debut (vanligvis i løpet av de fem første leveårene), manglende utholdenhet i aktiviteter som krever kognitivt engasjement, og tendens til å skifte fra en aktivitet til en annen uten å gjøre noe ferdig, i kombinasjon med uorganisert, dårlig regulert og overdreven aktivitet. Flere andre avvik kan forekomme. Hyperkinetiske barn er ofte uforsiktige og impulsive, utsatt for ulykker og får oftere disiplinærvansker på grunn av tankeløse brudd på normer og regler, mer enn på grunn av bevisst utfordrende atferd. I forhold til voksne viser de ofte sosialt uhemmet atferd med mangel på normal forsiktighet og tilbakeholdenhet. De er upopulære blant andre barn, og kan derfor bli isolert. Kognitive forstyrrelser er vanlige, og spesifikke motoriske og språklige utviklingsforstyrrelser uforholdsmessig hyppige. Sekundære komplikasjoner omfatter dyssosial atferd og lav selvfølelse.

Hyperkinetisk forstyrrelse er inndelt i følgende undergrupper (Zeiner 2004, s. 43):

- Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet (F90.0) som inkluderer
 - Oppmerksomhetsforstyrrelse: forstyrrelse med hyperaktivitet.
 - Oppmerksomhetsforstyrrelse: syndrom med hyperaktivitet.
- Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (F90.1) som inkluderer:
 - Hyperkinetisk forstyrrelse forbundet med atferdsforstyrrelse.
- Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser (F90.8).
- Uspesifisert hyperkinetisk forstyrrelse (F90.9).

Beskrivelsen av Hyperkinetisk forstyrrelse samsvarer i følge Zeiner med de to ADHD undergruppene; *hyperaktiv-impulsiv* og *kombinert type* i DSM-IV systemet (Zeiner 2004).

3.4 ADHD versus Hyperkinetisk forstyrrelse

Hovedforskjellen mellom de to diagnosene *ADHD* og *Hyperkinetisk forstyrrelse* ligger først og fremst i vektleggingen av oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet. ICD-10 krever at kriteriene for alle tre områdene skal være oppfylt for at diagnosen skal kunne stilles, mens DSM-IV ser hyperaktivitet og impulsivitet mer under ett. Dette gjør at en person lettere vil oppfylle kriteriene for diagnosen ADHD etter DSM-IV, og at Hyperkinetisk forstyrrelse etter ICD-10 dermed gir uttrykk for en mer alvorligere form for atferdsforstyrrelse (Shdir 2006).

Ved siden av diagnosemanualen ICD-10 er det laget en egen oversikt, *ICD-10 Research Criteria*, som har kriterier tenkt brukt i forskningssammenheng. Den inkluderer operasjonaliserte kriterier for hyperkinetiske forstyrrelser. På denne måten blir forskjellen

mellom *ADHD* i DSM-IV og *Hyperkinetisk forstyrrelse* i ICD-10 ganske ubetydelige, i følge Zeiner (Zeiner 2004).

De fleste klinikere og forskere bruker i dag ADHD betegnelsen i sine arbeider (Shdir 2006). Dette medfører at det finnes mer dokumentasjon "ADHD" enn "Hyperkinetisk forstyrrelse". I tillegg finner mange at de operasjonaliserte kriteriene og diagnostiske gruppene knyttet til ADHD mer hensiktsmessig i praktisk bruk. I det videre vil jeg derfor benytte DSM-IV systemets "ADHD"-begrep på tilstanden som kjennetegnes ved impulsiv, ukonsentrert og hyperaktiv atferd. Kritikken og vurderingen i det videre vil imidlertid underforstått være rettet mot tilstanden slik den er beskrevet i begge diagnosesystemene.

3.5 Diagnostisering av tilstanden

Det finnes i dag ingen blodprøver eller skanningsundersøkelser som kan påvise ADHD, så i bunn og grunn kan diagnosen sies å være en konstruksjon (en overenskomst). Diagnostisering av ADHD baserer seg kun på vurdering av atferd, og denne atferden må ha vært til stede over en viss tid og i ulike situasjoner, samt være av en slik art at den medfører dysfunksjon i hverdagen for barnet eller ungdommen. ADHD er en *klinisk* diagnose, det vil si at den stilles i terapeutens direkte kontakt med pasienten. Fastsettelsen vil derfor vanligvis basere seg på en samlet vurdering der følgende punkter inngår:

- Klinisk diagnostisk intervju der ADHD og eventuelt andre diagnoser kartlegges.
- Medisinsk undersøkelse.
- Spørreskjema utfylt av foreldre, lærere (eller andre) og evt. barnet.
- Psykologisk/nevropsykologisk testing og utredning etter behov.
- Pedagogisk testing og utredning ved behov.
- Andre indiserte undersøkelser ved behov, for å kartlegge differensialdiagnostiske tilstander.

Hos barn og unge merkes problemene oftest først av foreldre og ansatte i barnehage eller på skole, og det er det gjennomgripende mønsteret av konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet som vil være utgangspunkt for å sette i gang en utredning. I de fleste tilfeller vil utredningen ha sitt utgangspunkt i en vurdering gjort av fastlege, annen behandlende lege eller pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Det skal alltid foretas en medisinskfaglig vurdering, men når det gjelder barn og unge vil det som regel også være ønskelig med både

psykologiske og pedagogiske undersøkelser i forbindelse med skoleferdigheter. En nevropsykologisk undersøkelse kan i mange tilfeller være et godt supplement for å vurdere graden av kognitiv funksjonssvikt, spesielt når det gjelder oppmerksomhet, eksekutive funksjoner og hukommelse (Shdir 2006).

Det å diagnostisere ADHD er ingen umiddelbar enkel oppgave. En av grunnene til det er som nevnt at det ikke finnes noen test eller undersøkelse som kan påvise tilstanden. En annen årsak er at det ofte sees sameksisterende lidelser hos personen som skal diagnostiseres, kalt komorbide tilstander, som gjør det vanskelig å se klart hva som er årsaken til problematferden. Slike komorbide tilstander finnes hos om lag 50 til 80 % av barn som får diagnosen ADHD, og gjør at to barn med samme diagnose kan opptre svært forskjellig (Rønhovde 2004). De komorbide tilstandene som oftest beskrives hos barn og unge med diagnosen ADHD er; atferdsforstyrrelser, depresjon, angsttilstander, spesifikke lærevansker, motoriske problemer, autistiske symptomer, tics, søvnvansker, nevrologiske forstyrrelser, generelle lærevansker, bipolare lidelser, tilpasningsforstyrrelser og posttraumatisk stress (Shdir 2006). Flere diagnoser medfører at det kan være vanskelig å si hva som er den primære lidelsen. Komorbide lidelser vil også føre til at det må iverksettes kompliserte behandlingsprogrammer. Ikke sjelden må det iverksettes flere behandlinger parallelt.

Fordi det synes å være mange årsaker til uro og konsentrasjonsproblemer hos barn og unge opererer DSM-IV manualen med betegnelsen "Not better explained by" for å understreke at det i diagnostisk kartlegging må inngå en vurdering av andre mulige årsaker. Det kan for eksempel være forhold i og rundt barnet eller ungdommen som er en mer sannsynlig eller i hvert fall medvirkende årsak til de aktuelle symptomene; for eksempel somatiske sykdommer, reaksjoner på aktuelle eller tidligere belastninger, store bekymringer, mangelfull omsorg eller tilsyn, sykdom hos foreldre eller liknende.

3.6 Omfanget av tilstanden

Epidemiologiske studier der DSM-systemets begrep anvendes, viser stort sett en høyere ADHD-forekomst enn når ICD-10 kriteriene legges til grunn. Ifølge undersøkelser basert på ICD-10 kriteriene for Hyperkinetisk forstyrrelse er forekomsten 1-3 %, mens det i følge kriteriene for ADHD i DSM-IV ligger på 4-8 % (Shdir 2006). Det vanligste er imidlertid å anta en forekomst på ca. 3-5 % (som også angitt i diagnosemanualen DSM-IV) (Zeiner 2004). Forekomsten er 3 til 6 ganger høyere hos gutter enn hos jenter. Det antas i denne

sammenheng at jenter er underdiagnostisert, fordi de i forhold til gutter ikke *viser* samme grad av hyperaktivitet og atferdsforstyrrelser. Jenter har i stedet oppmerksomhetsproblemer som kan gi seg utslag i sosiale vanskeligheter, vanskeligheter med å forstå samspill og innlæringsvanskeligheter (Damm og Thomsen 2006).

3.7 Følger av tilstanden

Oppmerksomhetssvikt, impulsivitet og hyperaktivitet er som nevnt kjernesymptomer ved tilstanden ADHD, og disse symptomene viser seg ofte i form av ulike vansker i tilknytning til konsentrasjon, oppmerksomhet, persepsjon og utføring.

Svikt i oppmerksomhet og konsentrasjon regnes som gjennomgående trekk ved ADHD-tilstanden, og oppmerksomhet og konsentrasjon er begge viktige elementer i evnen til å kunne fastholde informasjon, ha selektiv oppmerksomhet og klare å mestre distraksjoner. Barn som får diagnosen ADHD viser seg derfor ofte å ha vansker med å huske og tenke samtidig, med det å klare omstillinger, med å skille det uvesentlige fra det vesentlige og med det å være fleksible. De oppfører seg imidlertid ikke likt i alle situasjoner. Oppmerksomhet og konsentrasjon for barn med diagnosen ADHD er avhengig av tid, sted og dagsform, og det er genuint knyttet sammen med motivasjon for oppgaven (Zeiner 2004)

Persepsjonsvansker er også noe som ofte beskrives hos barn med diagnosen ADHD. Persepsjon er bearbeiding og tolking av sanseinntrykk og danner grunnlag for forestillinger og begreper. Barn med persepsjonsvansker har vanskeligheter med å oppfatte og tolke sanseinntrykk, og med å ordne disse i meningsfylte enheter. Dette kan gjøre det vanskelig å tolke, oppfatte og handle riktig i ulike situasjoner. Barn med diagnosen ADHD skifter ofte oppmerksomhet, og persepsjonen blir dermed vanskelig grunnet overfladiske bearbeidinger (Zeiner 2004)

Barn som får diagnosen ADHD har også ofte problemer med å få vist hva de kan. De kan ha vanskeligheter med å få tanker ned på papiret og få satt ord på den kunnskapen de innehar. I utføringen av et arbeid kan de også lett bli avledet av tanker og impulser, og miste konsentrasjonen i det de holder på med. Rønhovde beskriver dette slik:

AD/HD handler om en svikt eller dysfunksjon på utføringssiden, og ikke om manglende kunnskap om hva som bør gjøres. Problemet er ikke å få kunnskap inn i hodet, men å få den ned på papiret (Rønhovde 2004, s. 7).

Barn som får diagnosen ADHD viser seg også ofte å ha nedsatt evne til selvkontroll, impulshemming og kontrollert, målrettet atferd, noe som fører til at det kan være vanskelig å starte og fullføre oppgaver (Zeiner 2004)

3.8 Behandling av tilstanden

Behandling av ADHD-tilstanden har som hovedmål å redusere symptomer, bedre funksjonen i hverdagen og forhindre eller begrense utviklingen av tilleggsproblemer. Tiltakene vil som regel være omfattende, og innebære at spesialpedagogiske, psykologiske/psykiatriske, medisinske og psykososiale tiltak tas i bruk samtidig. Som eksempel vil tiltak kunne være; informasjon om tilstanden, tilrettelegging av forhold hjemme, på skolen eller andre steder, behandling med legemidler, sosiale hjelpe- og støttetiltak og behandling av komorbide tilstander (Shdir 2006).

Relevant behandling av barn og unge med ADHD krever et bredt teamarbeid. En redegjørelse av spesialpedagogiske, psykologiske/psykiatriske eller psykososiale behandlingstiltak er likevel ikke av vesentlig betydning for denne masteroppgaven. De medisinske tiltakene bør likevel drøftes, fordi mange knytter den dramatiske økningen i antall barn og unge med diagnosen ADHD til nettopp bruken sentralstimulerende legemidler. Jeg vil derfor i det videre kun gjøre rede for medikamentell behandling av tilstanden.

3.8.1 Medikamentell behandling

I Norge kan følgende legemidler foreskrives for tilstanden ADHD:

- Sentralstimulerende legemidler; metylfenidat, dekstroamfetamin og racemisk amfetamin
- Atomoksetin

Sentralstimulerende legemidler

Sentralstimulerende midler er en samlebetegnelse for de typer narkotika som virker stimulerende på det sentrale nervesystemet, og de vanligste stoffene er kokain og amfetamin. Bruk av sentralstimulerende midler reguleres i Norge av Forskrift om narkotika m.v. av 30

juni 1978 nr. 8 § 4 (SD 1978). Sosial og helsedirektoratet har imidlertid erstattet tidligere regelverk med et forenklet og mer helhetlig regelverk som trådte i kraft 1. mai 2005. I dette står det at Sosial og helsedirektoratet har gitt landets fylkesmenn i oppdrag å behandle søknader om rekvireringsrett til sentralstimulerende legemidler. Rekvireringsretten skal benyttes i forbindelse med behandling av pasienter med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD. Diagnostisering av ADHD kan starte opp i primærhelsetjenesten, men den endelige diagnosen skal settes i spesialisthelsetjenesten. Behandling med sentralstimulerende legemidler kan iverksettes i spesialisthelsetjenesten, eller i primærhelsetjenesten under veiledning fra spesialisthelsetjenesten (Shdir 2006).

Den vitenskapelige dokumentasjonen av effekt og bivirkninger av sentralstimulerende legemidler er, i følge Sosial og helsedirektorets veiledning, omfattende (Shdir 2006). Det er, i følge veiledningen, ikke rapportert om alvorlige langtidsbivirkninger av metylfenidat, som har vært brukt i behandlingen siden 1960-tallet. Veiledningen viser i stedet til undersøkelser som hevder at 65-75 % av pasientene som gis medikamentell behandling viser betydelig bedring av kjernesymptomene, reduksjon av aggressivitet og opposisjonell atferd samt bedringer av skoleprestasjoner (Greenhill et al. 2002 i Shdir 2006). Noen kan også oppleve å få en subjektiv følelse av selvtillit og kontroll så lenge stoffet er i kroppen.

De aktuelle sentralstimulerende legemidlene per september 2005 er:

- Metylfenidat (Ritalin®, Concerta® og Equasym®)
- Dekstroamfetamin (Dexedrine®, Metamina® og Dexamin®. Dekstroamfetaminpreparatene er ikke registrerte legemidler i Norge per september 2005, men kan skaffes på godkjenningfritak).
- Racemisk amfetamin (Racemisk amfetamin® NAF Apotek)

De hyppigst rapporterte bivirkningene ved bruk av sentralstimulerende legemidler er nedsatt appetitt, vekttap, søvnløshet og hodepine. Palpitasjoner og lett forhøyelse av puls og blodtrykk er også vanlig, samt irritabilitet, emosjonell labilitet og økning av tics. Andre rapporterte bivirkninger er svimmelhet, angst, utslett, feber, leddsmerter og håravfall. Nyere data antyder også nedsatt lengdevekst hos barn ved behandling over flere år (Shdir 2006). I tillegg er mange opptatt av faren for avhengighet og senere rusmisbruk i forbindelse med bruk av sentralstimulerende legemidler over tid.

Atomoksetin

Atomoksetin er et nytt legemiddel som ble markedsført i Norge i april 2005, under navnet Strattera®. Dette er klassifisert som et sentralt virkende sympatikomimetikum, men virker ikke sentralstimulerende som amfetamin og metylfenidat. Atomoksetin er godkjent til bruk hos ungdom og barn over seks år, som del av et omfattende behandlingsprogram. I motsetning til sentralstimulerende legemidler er atomoksetin ikke underlagt særskilte regler for rekvirering (Shdir 2006).

De vanligste bivirkningene av atomoksetin er nedsatt appetitt, kvalme og tretthet. Hjertefrekvensøkning og blodtrykksstigning er også vanlig. I svært sjeldne tilfeller er det registrert alvorlig leverskade. I kliniske studier er det også sett økt risiko for emosjonell labilitet og fiendtlig atferd. Samledata fra kliniske studier viser i tillegg statistisk signifikant økning av selvmordsrelatert atferd hos barn i alderen 7-12 år (Shdir 2006). Strattera står derfor på listen til Statens legemiddelverk over legemidler under særlig overvåkning, spesielt med tanke på leverbivirkninger, emosjonell labilitet, fiendtlig atferd, selvmordsrelatert atferd og uventede kliniske hendelser.

3.8.2 Stille med pille. Er det så enkelt?

Selv om Sosial og helsedirektoratets veileder melder om beskjedne bivirkninger ved bruk av sentralstimulerende legemidler i medisinske doser, er kritikerne til ADHD-diagnosen mer bekymret. De frykter at det å innta slike stoffer kan få alvorlige konsekvenser på sikt, spesielt når de gis til barn og unge under utvikling. Blant annet skriver farmasøyt Elsa Wendel Adalbéron i boken *Alt du ikke får vite om ADHD og Ritalin* følgende:

(...) barnehjerner kan skades for livet og hindres i normal utvikling ved medisiner, og ganske særskilt ved rusmidler som amfetamin og dets derivater, som i sin farlighet likestilles med kokain; dvs. at det skader blodårene og forårsaker omfattende ødeleggelser i hjernen (Adalbéron 2005, s. 7).

Adalbéron er svært kritisk til bagatelliseringen av bivirkninger som følge av sentralstimulerende medikamenter. I motsetning til Sosial- og helsedirektoratets veiledning hevder hun at bruken av sentralstimulerende medikamenter over tid kan gi svært alvorlige bivirkninger, men at informasjon i denne retning holdes bevisst tilbake av myndighetene for ikke å skremme folk unødige:

Det finnes nemlig nok av dokumentasjon fra andre leger og forskere over hele verden hvor det opplyses om langtidsvirkningene av Ritalin. Disse langtidsvirkningene er faktisk ganske skremmende. Men her i Norge skal slik dokumentasjon ikke viderebringes til alle som bør få rede på dem – nemlig foreldre og foresatte til barn med atferdsproblemer, lærere og andre som arbeider med slike barn (Adalbèron 2005, s. 10).

Blant de rapporterte bivirkningen Adalbèron skriver om i boken er psykotisk depresjon, abnorm tenkning, hallusinasjoner, psykose, emosjonell labilitet, overdoser og selvmord. Og med risiko for så alvorlige bivirkninger er det et tankekors at SINTEFs nasjonale kartlegging av ADHD (2004) rapporterer at hele 65 % av legene med tillatelse til å foreskrive Ritalin ikke rutinemessig spør barna om bivirkninger.

Når det iverksettes medikamentell behandling i forbindelse med diagnosen ADHD er det vanligste legemidlet Ritalin. Ritalin er et legemiddel som tidligere har vært utprøvd på en rekke andre sykdomstilstander før det ble markedsført som ”ADHD-medisin”, og det har vært benyttet i krigssituasjoner for å få soldater til å føle mindre, få økt utholdenhet og bedre konsentrasjon. Det har også vært brukt for å fremkalle psykoser (Løkke 2006). Det var Charles Bradley i 1937 som ved en tilfeldighet oppdaget virkningene av Ritalin, da gitt til barn med hjerneskader. Bradley gav legemidlet til disse barna for å øke blodtrykket, som et tiltak for å lindre hodepine. Han oppdaget da at behandlingen i tillegg bedret skolegangen og gav roligere atferd. De gode virkningene begrenset seg imidlertid ikke bare til barn med hjerneskade. Bradley oppdaget at behandlingen kunne hjelpe alle barn, så vel rastløse og aggressive som innadvendte. Han var imidlertid av den oppfatning at virkningen var kortsiktig, og advarte derfor mot en overdreven tro på medikamentets ”magiske” effekt. Dette fordi han var redd for at medisineren ville kunne skygge over betydningen av sosiale og pedagogiske forhold (Løkke 2006).

En myte som har levd siden Methylphenidat (Ritalin/Conserta) først ble utprøvd i 1937 er at medikamentet bare virker på personer med ADHD. Dersom barnet responderer på Ritalin, er dette med på å bekrefte diagnosen. Mye peker imidlertid i retning av at bildet er mer sammensatt enn som så. Allerede i 1970 gjorde National Institute of Mental Health en undersøkelse som viste at alle barn som fikk dette preparatet ble roligere og mer samlet. Ut fra hypotesen om at bare barn med ADHD skulle respondere på medisineren, skulle i så fall alle barna i undersøkelsen hatt diagnosen ADHD (Idås 2006). Løkke (2006) viser også til en tilsvarende undersøkelse, og refererer til psykiateren og avhengighetsforskeren Nora

Volkow (1995) som i sin undersøkelse påviser at Ritalin stimulerer korttidshukommelsen til alle mennesker. ”Hvorfor er det da likevel innenfor fagfeltet noen som tror at Ritalin har en spesifikk virkning på barn med ADHD, og at Ritalin nærmest virker som et vitamin kroppen mangler for å fungere?” spør Løkke seg, og skriver videre: ”det finnes ingen vitenskapelige holdepunkter for dette” (Løkke 2006, s. 2).

4 Kritisk vurdering av ADHD som diagnose

Det finnes vel knapt noen psykiatrisk tilstand det er forsket mer på enn ADHD de senere årene, og likevel er årsaken til at noen barn har problemer med å sitte stille og konsentrere seg fortsatt et omdiskutert og kontroversielt spørsmål. Forståelsen av selve tilstanden, og ikke minst akseptering av den som uttrykk for hjerneorganisk patologi, har vært gjenstand for mang en diskusjon. I tillegg har bruken av sentralstimulerende legemidler som nevnt ført til at mange har hatt vanskeligheter med å godta diagnosen. Ved første øyekast virker imidlertid troverdigheten til ADHD-diagnosen overbevisende, og DSM-IV manualen beskriver tilstanden i detalj gjennom en liste av forskjellige atferdstrekk. Men tilfellet er at det i dag ikke finnes noen test som kan påvise ADHD, og ulike deler av fagfeltet er derfor uenige om hvorvidt diagnosen kan sies å baseres på sikker og valid kunnskap.

4.1 Noen kritiske røster

Etter den internasjonale konsensuskonferansen om ADHD i 1998 kom følgende uttalelse:

”We do not have an independent valid test for ADHD, and there is no data to indicate that ADHD is due to a brain malfunction” (National Institutes of Health 1998). Likevel definerer en ledende ADHD-forsker i USA, Russel Barkley, diagnosen som en ”developmental failure in the brain circuitry that underlies inhibition and self-control” (Barkley 1998, s. 67).

I sterk kontrast til Barkleys måte å forstå ADHD på skriver nevrologen Fred Baughman at ”ADHD is a total, 100 % fraud” (Baughman 1998, i Choen 2006, s. 20). Han mener at det ikke kan påvises at barn som har fått diagnosen ADHD har en nevrologisk dysfunksjon, og at diagnosen derfor kan sies å være en bløff. I følge Baughman, står det i læreboka at det er en distinkt forskjell mellom ”sykdom” og ”ikke sykdom”: For å diagnostisere en sykdom må det kunne fremlegges bevis for tilstanden i hvert enkelt pasienttilfelle, og sykdommen man mener pasienten lider av må være beskrevet i vitenskapelig valid litteratur. Dette er krav som ikke er tilfredsstillt for diagnosen ADHD, mener Baughman og uttaler i den sammenheng: ”It is as simple as this: If no physical examination, lab test, X-ray, scan or biopsy shows an abnormality in your child, your child is normal” (Baughman 1998, i Choen 2006, s. 20).

På lik linje med Baughman mener også psykiateren Peter Breggin at ADHD-diagnosen ikke kan sies å ha valide bevis for å kunne kalles en biologisk dysfunksjon. Etter hans mening er hele ideen om å finne biologiske eller genetiske bevis for ADHD diagnosen ganske absurd: ”ADHD diagnosis is nothing more than a list of all the behaviours that annoy teachers and

require extra attention in the classroom”, skriver han (Breggin 2002, s. 126). Beskrivelser av barnets atferd som; ”har *ofte* vanskelig for å vente på tur”, ”er *ofte* urolig i hender og føtter” og ”forlater *ofte* plassen sin i klasserommet” illustrerer dette. Det eneste som skiller disse atferdstrekkene fra såkalt ”normal atferd” er begrepet *ofte*, noe som etter Breggins oppfatning er et alt for spedt grunnlag for å påstå at et fenomen har en biologisk eller nevrologisk årsak. Grensen mellom ”syk” og ”normal” atferd blir med slike kriterier flytende og svært uklar. I tillegg påpeker Breggin at det i DSM-IV-manualen står skrevet at tegn på tilstanden kan minimaliseres eller forsvinne hvis personen er under streng kontroll, bytter miljø, er veldig interessert i en aktivitet, befinner seg i en en-til-en situasjon eller opplever å få belønning for passende atferd. Breggin kommenterer denne beskrivelsen i DSM-IV slik: ”This extraordinary admission indicates that ADHD is a ”disorder” quite unlike other disorders. It disappears when the child gets proper attention” (Breggin 1999, s. 230).

4.2 Kritisk vurdering av ADHD som diagnose

Problemet er at psykiatriske diagnoser fortsatt sliter med marginal reliabilitet og validitet, og at for eksempel DSM-systemet gir rom for betydelig heterogenitet når det gjelder symptomer og kliniske atferdsytringer (Gullestad 2003, s. 81).

Vanligvis stilles to viktige krav til psykiatriske diagnoser, og til de rådende klassifikasjons- eller diagnosesystemer disse er en del av: Krav om tilfredsstillende *validitet* og *reliabilitet* (Rognes 2003). Vi skal nå vurdere ADHD-diagnosen i lys av slike kvalitetskriterier.

4.2.1 Validitet av ADHD-diagnosen

Selv om det kan være grunn til å mene at DSM IV er langt mer reliabelt enn tidligere diagnosesystemer, står det trolig adskillig igjen når det gjelder å skape et valid system, dvs. et system som kan angi stabile og generelt gyldige invarianser mellom diagnose, årsak, prognose og behandling (Rognes 2003, s. 40).

Validitet betyr *gyldighet*. For at en diagnose skal sies å være gyldig bør den kunne vise til at den er *sann*, det vil si være i overensstemmelse med, eller gjenspeile *virkeligheten* og de lovmessigheter som finnes i denne. Kravet til validitet kan også tolkes som at diagnosen bør gjøre det mulig å trekke interessante slutninger om fenomenet som klassifiseres. I kravet om at et en diagnose skal være valid ligger med andre ord at den bør utgjøre en god, empirisk prøvbar teori (Rognes 2003).

For å vurdere validitet ble Cook og Champbells validitetssystem i avsnitt 2.3.1 presentert som et godt hjelpemiddel. Vi skal nå se nærmere på ADHD-diagnosen i lys av disse validitetskategoriene: Indre validitet, begrepsvaliditet og ytre validitet.

Indre validitet

Trusler mot indre validitet kan, som nevnt under avsnitt 2.3.1, knyttes til om sammenhengen man undersøker kan fortolkes kausalt, som påvirkning av uavhengig variabel på avhengig. Når det kommer til diagnosen ADHD, sett i lys av krav indre validitet, blir derfor teorier om *årsak* viktig. Kan man med stor grad av sikkerhet si at den atferden som beskrives i diagnosemanualene ICD-10 og DSM-IV skyldes ADHD, eller kan det like gjerne være andre forhold som forårsaker denne typen atferd, for eksempel misstilpasning, lite tilfredsstillende miljøforhold, omsorgssvikt eller liknende? Har man så sikker kunnskap om ADHD?

Årsaker til ADHD

Meninger om hva som er årsaken eller årsakene til tilstanden ADHD er mange, og forskjellige fagdisipliner har ulike måter å forklare symptomene. Mange er av den oppfatning at ADHD-barnas problemer skyldes stress i samfunnet med økte krav om effektivitet og stadig mindre familieliv, og at dette påvirker barn i en slik grad at de får problemer. Andre argumenterer for at det er forskjellige hjernefunksjoner som ikke fungerer optimalt, muligens som følge av nedsatte funksjoner i sentralnervesystemet.

Vi stiller i dag høyere krav til at barn skal kunne sitte stille og tilegne seg viten, hvilket gjør at dysfunksjoner i høyere grad slår igjennom og betraktes som skadelige. Forekomsten av ADHD synes derfor å være betinget av et komplisert nettverk av faktorer som gjensidig påvirker hverandre over tid, og hvor det ikke er en enkelt årsak til problemene. Eksempler på slike årsaksforklaringer er: Biologiske årsaksfaktorer (for eksempel genetiske faktorer, påvirkning av barnet i fosterstadiet, komplikasjoner i forbindelse med fødsel og faktorer knyttet til hvordan hjernen håndterer lyd- og lysinntrykk), psykologiske faktorer (for eksempel manglende evne til å bremse impulser, som igjen fører til problemer med å tenke, analysere og regulere atferd) og psykososiale faktorer (for eksempel lav sosialøkonomisk status, konflikter i familien, skilsmisse, sykdom, høyt stressnivå i familien og liknende) (Broberg, Almqvist og Tjus 2005).

Arvelighetsstudier/genetiske studier

Da det er observert at ADHD forekommer hyppig hos nære slektninger av ADHD-pasienter, har forskere ønsket å se på hvilken betydning arv har for utviklingen av tilstanden. I slik forskning finnes tre hovedmomenter: Tvillingstudier, familiestudier og adopsjonsstudier.

Tvillingstudier baserer seg på eneggede tvillinger som er 100 % genetisk like, eller toeggede tvillinger som er 50 % like. Undersøkelser gjort ved hjelp av slike tvillingstudier viser at hvis den ene eneggede tvillingen har ADHD, er det 80 % sannsynlighet for at også den andre har det. Tilsvarende tall hos toeggede tvillinger er ca 30 % (Zeiner 2004). Gjennom slike tvillingstudier kan en også studere forholdet mellom arv og miljø.

Undersøkelser basert på studier av nære slektninger til pasienter med ADHD viser også en klar tendens til arvelige faktorer. Zeiner viser i den forbindelse til en større amerikansk studie som viser at mellom 25 og 40 % av førstegradsslektninger til barn med ADHD, det vil si søsken og foreldre, også har symptomer på tilstanden. I en kontrollgruppe var forekomsten bare 5 %, i tråd med epidemiologiske undersøkelser. Der hvor det i tillegg var alvorlige samtidige atferdsproblemer med aggressivitet og utagering, viste forekomsten seg å være enda høyere. Det har også vært funn på økt forekomst av depresjon og læreversker hos nære slektninger av pasienter med ADHD (Zeiner 2004).

I adopsjonsstudier undersøker en utviklingen hos barn som vokser opp et annet sted enn hos sine biologiske foreldre. På denne måten kan en skille betydningen av arvefaktorer fra miljøfaktorer. Zeiner viser også i denne sammenheng til en større amerikansk studie som viser en klar tendens til arvelige faktorer; om lag 20 % av adoptivbarna fylte kriteriene for ADHD, det vil si en betydelig høyere forekomst enn hva som hadde vært forventet i en epidemiologisk undersøkelse. Dette kan indikere at genetiske faktorer kan gi utvikling av ADHD uavhengig av miljøfaktorer (Zeiner 2004).

Men selv om arvelighetsstudier sier noe om at ukonsentrert, impulsiv og hyperaktiv atferd ofte går igjen i familier, betyr det samtidig at forskerne har greid å lokalisere en årsak til ADHD-tilstanden? Kan ikke disse atferdstrekkene like gjerne være variasjoner av personlighet og temperament i et ellers intakt nevrologisk system? Professor William Carey ved universitetet i Pennsylvania, mener det. Han er blitt kjent for sine studier av barns temperament. I følge Carey (2002) kan temperament deles inn i minst ni forskjellige

dimensjoner som; aktivitet, oppmerksomhet, distraherbarhet, ”initiale” reaksjoner, intensitet, humør, utholdenhet, selvregulering og følsomhet. Carey mener at omtrent halvparten av en persons temperament har genetisk opphav og derfor er vanskelig å endre. Den andre halvparten er formet av omgivelsene. Selv om et barns temperament blir mer og mer stabilt etter økende alder, er nøkkelen for å kunne påvirke et barns utvikling et godt barn/voksenforhold. Han mener videre at atferdsforskere, og tilhengere av ADHD-diagnosen, alt for lenge har oversett viktigheten av individuelle forskjeller i temperament og dens betydning for forholdene som legges til grunn for ADHD-diagnosen. Profesjonell tenkning har alt for lenge ignorert, trivialisert eller patologisert temperament, hevder han, og mener at temperamentsforskjeller fører til dysefunksjoner ikke på grunn av antall (jf begrepet *ofte*) men på grunn av en uheldig interaksjon mellom barnet og hans/hennes omgivelser:

What appears to be going on with most children being diagnosed with ADHD today is normal variations, especially of temperament, in neurologically intact individuals. The dysfunction appears to be in the interaction between child and the environment, both of which may be normal but incompatible with each other. (...) That does not mean, however, that there is an underlying disorder in the child (Carey 2002, s. 13).

Omfattende forskning viser altså sammenheng mellom genetiske faktorer og ADHD. Denne typen undersøkelser kan sies å bidra til etablering av kunnskap om tilstanden, men ikke om *hvordan* slike genetiske faktorer og ADHD henger sammen. Genetiske studier kan derfor foreløpig sies å være såpass upresise at det blir uklart hvor mye av problematferden som skyldes ADHD, og hvor mye som kan forklares av andre genetiske forhold som for eksempel personlighet og temperament.

Molekylærgenetiske studier

En annen vanlig forklaring på ADHD-problematikken er at vanskene skyldes endringer i hjernes struktur (nevrologiske forhold), blant annet er det mange forskere som mener at ADHD-problematikken har sammenheng med aktivitet i sentralnervesystemet og de tre neurotransmittene *dopamin*, *noradrenalin* og *serotonin*. Neurotransmittere er hjernecellenes budbringere, og en ubalanse i disse systemene kan føre til at signaler overføres enten for fort eller for sakte. Rønhovde beskriver dette slik:

Resultat fra forskning på mennesker og dyr tyder på at symptomene på ADHD har sin årsak i dysfunksjon i de systemene i hjernen som bruker blant annet dopamin, slik at det blir et underskudd på dopamin, Symptomene ved ADHD koples også til

dysfunksjon i systemene som bruker noradrenalin og serotonin (Rønhovde 2004, s. 130)

Det har vært gjort mange undersøkelser av såkalt molekylærgenetisk art for å se om det kan påvises slike molekylære mekanismer bak utviklingen av ADHD. I noen studier er det påvist høyere prosentvis andel av avvik på dopaminreseptoren DRD-4 hos personer med ADHD. Ulike studier peker imidlertid i forskjellige retninger, så nye studier vil i fremtiden måtte gjennomføres for at det skal kunne gis holdbare argumenter for hvordan de molekylære mekanismer virker inn på ADHD-tilstanden (Zeiner 2004). Foreløpig er derfor molekylærgenetiske studier så vidt usikre at de ikke kan sies å ha bidratt til noen sikker kunnskap om årsaken til ADHD.

Avvikende hjernefunksjon

Historisk sett har forståelsen av hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsproblemer vært assosiert med antatte avvik i hjernefunksjonen, noe begrepet *Minimal Brain Dysfunction* (MBD) er et uttrykk for. Selv om begrepet ADHD ikke gir noen indikasjoner om spesifikke avvik i områder i hjernen, er det likevel fortsatt mange studier som hevder å finne slike forskjeller i ADHD-hjernens aktivitet og fungering. Det har imidlertid ikke lyktes forskere å finne stabile funn ved gjentatte undersøkelser i denne sammenheng.

På 1990-tallet ble det gjennomført en del studier med MRI (Magnetic Resonans Imaging), PET (Positron Emmision Tomography), CBF (Cerebral Blood Flow) og CT (Computer Tomography) som konkluderte med at hjerneaktiviteten hos personer med ADHD var annerledes enn hos personer uten ADHD. Disse studiene viste blant annet til avvik i hjernens fremre del, avvik i hjernens volum (hjernen til personer med ADHD viste seg å være noe mindre enn normalt) samt reduksjon i blodgjennomstrømningen i de fremre områdene av hjernen. Disse funnene har imidlertid ikke blitt bekreftet i senere studier (Rønhovde 2004).

Zeiner viser også til liknende undersøkelser. Blant annet viser han i boken *Barn og unge med ADHD* (2004) frem to bilder; et av en normal hjerne og et av en "ADHD-hjerne". Ved hjelp av disse bildene mener Zeiner å kunne visualisere de vanskelighetene man ser ved ADHD-tilstanden. Dette er imidlertid bare på det eksperimentelle stadium, skriver han, og mener at det på dette området er mye å hente for forskningen i tiden fremover. Innfallsvinkelen til disse

studiene synes derfor å være spennende, men uten foreløpig å ha bidratt til at diagnose ADHD fremstår som mer valid.

Pre- og perinatale risikofaktorer/hjerneskode

Noen av de første teoriene om årsak til hyperaktiv atferd ble fremsatt av leger etter at de observerte denne typen atferd hos personer som overlevde alvorlige infeksjonssykdommer. Zeiner skriver i den forbindelse:

Det har lenge vært kjent at sykdommer og skader som rammer hjernen kan vise seg ved hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsproblemer. Historisk sett kom dette særlig i fokus, da mange barn etter spanskesyken og ledsagende hjernehinnebetennelse utviklet ekstrem hyperaktivitet (Zeiner 2004, s. 51).

Også komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel har lenge vært knyttet til utvikling av ADHD-liknende symptomer i tidlig alder. Blant annet har norske oppfølgingsstudier av for tidlig fødte barn vist at det har vært en overhyppighet av ADHD-symptomer i gruppen for tidlig fødte barn sammenliknet med barn født til termin (Zeiner 2004). Hos en del for tidlig fødte barn antar man at det oppstår blødninger i hjernen, noe som kan medføre skader og ADHD-symptomer. Ved noen sjeldne anledninger kan slike skader påvises med MRI-undersøkelse av hjernen, men hos de fleste finnes ingen påviselige tegn. De som har våget å estimere slike antatte hjernesker i forbindelse med svangerskap og fødsel mener det kan dreie seg om omlag 5 % av de barn og unge som har fått diagnosen ADHD (Zeiner 2004). Disse funnene representerer derfor en så liten andel av gruppen barn og unge med ADHD, at de ikke kan sies å bidra til å forklare diagnosen.

Miljøgifter og andre tilførte substanser

Alkoholinntak hos mor under svangerskapet har lenge vært assosiert med flere avvik hos barnet, også ADHD-symptomer. Det samme gjelder mors sigarettøyking. Det er all grunn til å anta at tilføring av slike gifter under svangerskapet kan virke ugunstig på hjernens utvikling i fosterlivet. Generelt sett vil flere ulike skadelige substanser som fosteret utsettes for i svangerskapet kunne gi forstyrrelser i hjernens utvikling og dermed også forårsake ADHD-liknende symptomer (Zeiner 2004).

Det har også vært mange diskusjoner omkring ulike matvarers betydning for utvikling av ADHD-tilstanden. Debatten begynte da Feingold på 1970-tallet mente å påvise at

tilsetningsstoffer i maten, ofte benevnt som E-stoffer, kunne gi ADHD, og at en diett uten disse stoffene ga stor bedring av atferden. Senere har det imidlertid vært mange undersøkelser av både E-stoffer, sukker, kasein, gluten, fettsyre og andre substanser som ikke har kunnet vise til slik signifikant bedring av tilstanden. Så påstandene om disse stoffenes betydning for ADHD-tilstanden må derfor sies å være usikre, og ikke av stor betydning som årsaksforklaring. Det studiene imidlertid viser er at det er store forventningseffekter hos foreldre omkring betydningen av enkelte matvarer og spesielle dietter (Zeiner 2004).

Psykososiale risikofaktorer

Oppvekstmiljøet har stor påvirkning på et barns utvikling. Psykososiale risikofaktorer er faktorer i miljøet som kan ha en negativ påvirkning på et barns utvikling. Dette kan for eksempel være lav utdanning hos foreldre, arbeidsløshet, psykiske problemer, rusmisbruk med mer. Bryhn hevder at man finner en overhyppighet av slike risikofaktorer i gruppen av barn med ADHD (Bryhn 2004).

Flere studier av barn med diagnosen ADHD har vist at belastende familieforhold er assosiert med alvorlig grad av ADHD, og høyere grad av ledsagende (komorbide) psykiatriske problemer. Dette har medført at enkelte har antatt at de psykososiale faktorene er årsaken til ADHD. Zeiner er imidlertid ikke enig i denne argumentasjonen og skriver at "Ingen studier viser sammenheng mellom psykososiale bakgrunnsfaktorer og ADHD" (Zeiner 2004, s. 54). Slike faktorer er etter hans oppfatning ikke årsaken til, men av betydning for hvordan tilstanden utformes og utvikler seg. Professor Taylor i London deler denne oppfatningen og uttrykker at: "Årsaken har å gjøre med biologiske faktorer, men hvorledes det går har å gjøre med hvorledes barnet møter omgivelsene og hvorledes omgivelsene møter barnet" (Taylor 1994, i Zeiner 2004, s. 54). På dette området strides derfor ulike fagmiljøer om hvorvidt, og i hvilken grad psykososiale risikofaktorer virker inn på utviklingen av ADHD, og vi nærmer oss kjernen i debatten om hvorvidt atferdsvansker av den typen som innbefattes i diagnosekategorien ADHD er uttrykk for en *individfeil* eller en *systemfeil*. Dette vil bli nærmere drøftet i Kap 5.

Hva er så årsaken til ADHD?

Ingen studier viser sammenheng mellom psykososiale bakgrunnsfaktorer og ADHD, skriver Zeiner, slike forhold er ikke å forstå som årsak men som faktorer av betydning for hvordan

tilstanden utvikler seg. Men hva er så årsaken til ADHD? Zeiner konkluderer selv med følgende:

Når en leser om ADHD i lærebøker, sies det at årsaker og patofysiologi er ukjent. I praksis så vet vi ikke for hver enkelt pasient hvorfor vedkommende har ADHD, og hvilke mekanismer i hjernen som forklarer symptomer og dysfunksjoner (Zeiner 2004, s. 47).

Mye tyder derfor på at inntil forskere har funnet flere valide holdepunkter for å kunne si noe om ulike årsaksforhold, henger svaret på dette spørsmålet litt i løse luften. ADHD-diagnosens indre validitet må derfor, på bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget, kunne sies å være mangelfull og lite tilfredsstillende.

Begrepsvaliditet

Begrepsvaliditet angår om operasjonaliseringer måler de relevante begreper eller definisjoner i et forskningsproblem. En operasjonell variabel er kommuniserbar. Mens en teoretisk definisjon avgrensner et begrep språklig, vil en operasjonell definisjon beskrive hvordan begrepet kan måles vitenskapelig; det vil si hvordan man kan knytte teoretiske begreper til empiriske indikatorer. En operasjonalisert variabel kan representere eller måle tre forskjellige komponenttyper: Det relevante begrepet, irrelevante faktorer og usystematiske/tilfeldige feil. De to sistnevnte komponentene representerer trusler mot begrepsvaliditeten (Lund 2002).

I fag som pedagogikk og psykologi opereres det ofte med variabler som ikke er klart definerbare eller målbare (som for eksempel *selvoppfatning* eller *intelligens*). Slike variabler kan også endres over tid og derfor være svært vanskelige å fange opp gjennom standardiserte operasjonaliseringer. Faren for at slike operasjonaliseringer fanger opp for mye (altså mer enn det teoretiske begrepet omfatter) eller for lite (altså mindre enn det teoretiske begrepet omfatter) vil derfor alltid være en vesentlig trussel for begrepsvaliditeten, og dermed også for kvaliteten på vitenskapelige arbeider som baserer seg på slike operasjonaliseringer.

DSM-IV operasjonaliserer tilstanden ADHD gjennom en rekke atferdskriterier, og ICD-10 baserer seg på en operasjonalisert definisjon av tilstanden. Begge beskriver tilstanden i form av observerbar atferd preget av manglende konsentrasjon, hyperaktivitet og nedsatt impuls kontroll. Men hvor treffsikre er disse kriteriene og beskrivelsene med tanke på å fange

opp de barn og unge som har et nevrologisk avvik, og i hvilken grad kan støy i form av irrelevante begreper og usystematiske målefeil sies å forstyrre resultatene?

Det som skal skille ”syk” fra ”ikke syk” atferd i mange av kriteriene for ADHD i DSM-IV og ICD-10 er uttrykk som *ofte*, *har vansker med*, *mye*, *upassende* og liknende. Disse termene er imidlertid svært upresise, og ikke godt egnet for å drive en ensartet diagnostisk praksis rundt om i landet. For hvor ofte er *ofte*, og hva er egentlig *upassende*? Hva som til en hver tid regnes som akseptabel atferd vil med slike kriterier i stor grad være avhengig av miljøforhold, kultur og subjektive vurderinger. Det som aksepteres som normal atferd i en situasjon eller i et miljø, trenger ikke bli det i en annen situasjon eller i et annet miljø. Grensen mellom normal og unormal atferd blir med slike kriterier derfor svært flytende, og vil i stor grad være preget av normative vurderinger av hva som anses å være akseptabel atferd i en gitt situasjon. Mange av kriteriene listet opp i DSM-IV er også beskrivelser av atferd som kan sies å være normale variasjoner av temperament og personlighet. For eksempel er; ”er ofte uoppmerksom...”, ”følger ofte ikke gitte instruksjoner...”, ”mister ofte saker og ting...”. ”avbryter eller maser”, ” svarer før spørsmålet er avsluttet...” og ”er urolig i hender og føtter...” beskrivelser som passer på mange litt aktive og krevende personligheter, uten at personen trenger å være ”unormal” eller ”syk” av den grunn. Hvor grensen går mellom en litt ”krevende personlighet” og sykdom er med slike vage og upresise kriterier ikke lett å avgjøre, og er derfor en vesentlig trussel for begrepsvaliditeten.

En annen grunn til at begrepsvaliditeten kan sies å være mangelfull for diagnosen ADHD i DSM-IV og ICD-10 er at operasjonaliseringene som benyttes kun beskriver atferd, og ikke sier noe om årsak. Dette medfører at barn som befinner seg i situasjoner preget av mangelfull omsorg, misstilpasning eller omsorgssvikt lett kan oppfattes å ha en nevrologisk svikt fordi symptomene barn viser i slike situasjoner ofte gir seg samme utslag som for tilstanden ADHD. En konsekvens av dette kan bli at et rop om hjelp blir tolket som ”feil” hos barnet, og dermed dempet med sentralstimulerende legemidler. Dette på tross av at det er omgivelsene rundt barnet som trenger behandling. Nå står det i diagnosemanualene at en vurdering av denne typen forhold skal foretas før diagnosen stilles, men i praksis finnes ingen klare retningslinjer eller gode hjelpemidler for å skille hva som er hva i møtet med et barn og unge med en broket og sammensatt historie i bagasjen. Dette er derfor også en vesentlig trussel for begrepsvaliditeten.

Vurdert ut fra kriterier knyttet til indre validitet fremsto ADHD-diagnosen ikke som så sikker at legitimering av sentralstimulerende legemidler til barn og unge kunne forsvares. Fremstår diagnosen som mer valid når kriterier knyttet til begrepsvaliditet blir tatt i betraktning? Min vurdering er at beskrivelser og diagnosekriterier i ICD-10 og DSM-IV er så diffuse og lite entydige at faren for målefeil er stor i en diagnostiseringssituasjon. Sett i lys av begrepsvaliditeten fremstår ADHD-diagnosen derfor ikke som mer sikker.

Ytre validitet

Det tredje og siste validitetsaspektet, for å vurdere legitimeringen av maktutøvelsen knyttet til diagnostisering og medisinerer av tilstanden ADHD, er ytre validitet. Indre validitet og begrepsvaliditet synes ikke å være særlig sterke, så hvilken kunnskap har man så som kan legitimere at 5 % av barne- og ungdomsbefolkningen bør gis behandling med sentralstimulerende legemidler?

Ytre validitet vurderes ut i fra om det er mulig å foreta ikke-statistiske generaliseringer til eller over relevante individer, situasjoner og tider, med rimelig sikkerhet (Lund 2002). Trusler mot ytre validitet er forhold som gjør det vanskelig eller umulig å trekke slike slutninger. Mye forskning på barn og unge med ADHD har derfor, med den hensikt å kunne foreta slike generaliseringer, vært rettet mot å finne holdbare argumenter for å hevde at om lag 5 % av barne- og ungdomsbefolkningen lider av ADHD. Men har man lyktes med dette prosjektet?

Er det holdbart å hevde at 5 % av barn- og ungdomsbefolkningen lider av ADHD?

Ytre validitet er ikke bare betinget av hvordan individer, situasjoner og tider er valgt ut i en bestemt forskningsundersøkelse. Kunnskapen vi har fra andre undersøkelser eller andre kilder vil også være bestemmende for hvor sikkert vi kan foreta generaliseringer utover utvalget i undersøkelsen. Det er altså den samlede kunnskapen basert på informasjon i og utenfor undersøkelsen som er avgjørende for validiteten av en generalisering (Lund 2002). I og med at det ikke ligger en konkret undersøkelse til grunn for vurderingen av ADHD-diagnosen i denne masteroppgaven, blir det viktig å vurdere nettopp denne trusselen.

En vesentlig trussel mot ADHD-diagnosens ytre validitet er derfor at ulike epidemiologiske undersøkelser konkluderer med svært ulike tall hva gjelder forekomsten av tilstanden. ”Årsak til denne variasjonen er at tilstanden ikke er definert på en stringent måte, samt bruk av ulik

metode og kriterievalg”, står det i SINTEF-rapporten (2004, s. 25). Rapporten viser videre til at befolkningsstudier basert på strukturerte spørreskjema rapporterer en forekomst på 10-20 %, studier der kriteriene i DSM-IV legges til grunn en forekomst på 5-10 %, og til slutt studier der ICD-10 legges til grunn en forekomst på 1-2 %. SINTEF-rapporten selv opererer med en antatt forekomst på 5 % av barne- og ungdomsbefolkningen, og konkluderer i den forbindelse med følgende:

Resultatene fra denne undersøkelsen viser anslagsvis 2,5 % av barne- og ungdomsbefolkningen har diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD i Norge. I forhold til antagelser om at ADHD forekommer hos 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen (Grøholt et al., 2002), kan en på bakgrunn av de foreliggende resultatene i så fall regne med at om lag 2,5 prosent av befolkningen under 18 år er underdiagnostisert (SINTEF 2004, s. 25).

Men er dette en riktig konklusjon å trekke? Har man så sikker kunnskap om tilstanden at det er legitimt å hevde at så mange som 5 % av barne- og ungdomsbefolkningen bør gis diagnosen ADHD?

I og med at kriteriene for å stille diagnosen ADHD baserer seg på atferdstrekk og ikke på årsaksforhold, vil epidemiologiske studier basert på observasjoner av atferd bare kunne si noe om hvor mange barn og unge som viser denne typen atferd, og ikke hvor mange av disse som eventuelt skulle ha diagnosen ADHD. For å kunne si noe om den virkelige forekomsten av tilstanden trengs en mye grundigere medisinsk utredning som utelukker at barnets eller ungdommens vansker forårsakes av andre forhold som for eksempel mangelfull omsorg, misstilpasning eller omsorgssvikt. Hvorvidt de epidemiologiske undersøkelsene som SINTEF rapporten baserer seg på har gjennomført så grundige utredninger i hvert enkelt utvalgstilfelle er usikkert. I dag er det ICD-10 som er den offisielle diagnosemanualen til bruk ved utredning av ADHD i Norge, og ICD-10 opererer med en antatt forekomst på 1-2 % av befolkningen. Hvis ICD-10 legges til grunn for vurderingen av antallet ADHD-tilfeller er det dermed snakk om en overdiagnostisering heller enn en underdiagnostisering. Hvorfor hevdes det da likevel i enkelte fagmiljøer, med stor grad av sikkerhet, at så mange som 5 % av befolkningen rammes av denne tilstanden?

Det at en del epidemiologiske studier baserer seg på spørreskjemaer og observasjoner av atferdstrekk alene, er etter min oppfatning en vesentlig trussel for ytre validitet. Det bidrar til at alt for mange tilfeller antas å falle inn under diagnosekategorien, og at landskapet dermed

blir vanskelig å få oversikt over. Det at tilstanden ikke er definert på en stringent måte, og at bruk av metode og kriterier varierer mellom ulike studier, gjør også at det er vanskelig å finne holdbare argumenter for å hevde at så mange som 5 % av barne- og ungdomsbefolkningen lider av ADHD. Det kan derfor stilles kritiske spørsmålstegn ved hvorvidt slike studier kan legitimere den maktutøvelsen det er å påstå at ytterligere 2,5 % av barne- og ungdomsbefolkningen bør gis diagnosen ADHD.

Medisinsk heksejakt på barn

”Medisinsk heksejakt på barn” er overskriften på en artikkel publisert i *Klassekampen* 6. februar 2006. Artikkelen er skrevet av forsker Jørgen Lorentzen som uttrykker at han er glad for at det endelig har kommet opp en kritisk diskusjon om ADHD-diagnosen og bruken av Ritalin i behandling av barn. Han viser i sin artikkel til tall fra Norges Apotekerforenings bransjerapport som anslår at det i dag er om lag 18 000 norske personer som går på ADHD-medisin, hvorav de fleste gutter mellom ti og fjorten år. Lorentzen er i den forbindelse kritisk til hvordan ledende talsmenn for den nevrologiske forståelsen av ADHD legger frem ”sannheter” om diagnosen, og er svært kritisk til en kronikk overlege Pål Zeiner og forsker Terje Sagvolden skrev i *Aftenposten* under overskriften ”Sannheter om ADHD”. Lorentzen går så langt i sin kritikk av disse såkalte ”sannheter” at han antyder at nordisk legevitenenskap kan stå foran nok en Sudbø-krise innenfor deler av ADHD-forskningen. Dette fordi det i kronikken ikke fremstilles noen tvil om at ADHD diagnosen er arvelig (70-80 %), at den skyldes en nevropsykologisk ubalanse i hjernen og at behandling av medikamenter som Ritalin, Concerta og Strattera gir betraktelig bedring av kjernesymptomene. Det formidles også i kronikken at befolkningsstudier viser at det er minst 35 000 norske barn og ungdommer som har ADHD, noe som medfører at antallet barn på ADHD-medisin bør fordobles i forhold til dagens nivå. Lorentzen kommenterer dette slik:

Dette må kalles en medisinsk heksejakt på norske gutter (...) Zeiner og Sagvolden underslår at dette ikke er norske befolkningsundersøkelser, men først og fremst underslår de at hele diagnosen ADHD er svært kontroversiell, og at det ikke er vitenskapelig bevist at dette er en hjerneorganisk forstyrrelse. Forskning i dag har ennå ikke vist den arvelige sammenhengen, og det finnes heller ingen objektive tester som kan påvise ADHD hos guttene. Diagnosen settes på bakgrunn av rapporter fra skole og hjem og observasjoner av barnet, og mangel på konsentrasjon, impulsivitet og uro er atferd som leder til diagnostiseringen. Det er ingen faglig uenighet om at ADHD er kjennetegnet av disse atferdsformene, skriver Zeiner og Sagvolden. Det er nok riktig, men de skriver ikke at det er meget stor faglig uenighet (blant annet fra et stort antall

norske psykologer) om hvorvidt konsentrasjonsproblemer og uro kan gi opphav til i det hele tatt til å stille diagnosen ADHD (Lorentzen 2006, s. 2).

Polytetiske kontra monotetiske definisjoner

Generelt kan det sies at DSM-IV og liknende diagnosesystemer anvender en høy grad av polytetiske, i motsetning til monotetiske, definisjoner. Dette innebærer at det for en gitt diagnose foreligger et sett av kriterier, hvorav bare et visst antall må være tilfredsstillt for at en diagnose skal kunne stilles. Ved monotetiske definisjoner må alle kriterier være tilfredsstillt for å utløse en gitt diagnose (Rognes 2003).

Bruken av polytetiske diagnoser har flere ulemper. For det første kan det føre til at fem ”svake” symptomer gir en diagnose, mens fire sterke ikke gjør det. Dette kan føre til at systemet fremtrer noe tilfeldig og misvisende, og føre til at det skapes tvil om det man diagnostiserer egentlig representerer noe enhetlig. Diagnosen ADHD kan for eksempel bli gitt til personer med svært mange ulike kombinasjoner av symptomer og atferdsavvik. Kan man da si at man har med en sykdomsenhet å gjøre? For det andre innskrenker slike polytetiske definisjoner mulighetene for å trekke slutninger og predikere konsekvenser for alle tilfellene i diagnosegruppen. Ut fra kategoritilhørighet bør man kunne si noe om diagnosens årsak, prognose, forløp og behandling, men dess flere ulike kombinasjoner av kriterier og symptomer som leder frem til en og samme diagnose, dess færre definitive konsekvenser og prediksjoner er det mulig å avlede fra diagnosen. Denne problematikken forsterkes ytterligere av at gruppen barn og unge med ADHD antas å være så stor som 5 % av befolkningen, og at det dermed er det snakk om så mange enkelttilfeller at det er vanskelig, for ikke å si umulig å trekke slutninger som gjelder for alle individene i populasjonen. Dette fører igjen til at det blir vanskelig å prøve diagnosen vitenskapelig, og dermed vanskelig å oppnå tilfredsstillende ytre validitet. Heller ikke krav til ytre validitet synes derfor med stor grad av sikkerhet å kunne legitimere den diagnostiske og medikamentelle praksis som bedrives i forhold til barn og unge med ukonsentrert, impulsiv og hyperaktiv atferd.

4.2.2 Reliabilitet av ADHD-diagnosen

Reliabilitet har med *pålitelighet* å gjøre. At en diagnose tilfredsstiller krav til reliabilitet vil si at den måler det fenomenet den skal måle, uten noe særlig målefeil. Den må også gi pålitelig og brukbar informasjon om fenomenet den representerer, samt ikke være for upresis. To

viktige egenskaper i denne forbindelse er *indre konsistens* og *stabilitet over tid* (jf avsnitt 2.3.2). Vi skal nå vurdere ADHD-diagnosen i lys av slike egenskaper.

Indre konsistens

Et mål kan sies å ha lav indre konsistens dersom svar på spørsmål som er ment å skulle måle det samme spriker i forskjellige retninger. Er forhold knyttet til indre konsistens tilfredsstillende, vil en kunne forvente at forekomsten av tilstanden forskjellige steder er nokså stabil, så sant det ikke er helt spesielle forhold som enkelte steder virker inn på forekomsten av tilstanden. For hvis det er de samme kriteriene som ligger til grunn for å utløse diagnosen, burde også forekomsten være nokså lik rundt om i landet. Dette er imidlertid ikke tilfelle for diagnosen ADHD.

Figur 3 viser et tallmateriale som synliggjør at det rundt om i landet er en lite ensartet praksis hva gjelder bruk av ADHD-diagnosen og medikamentell behandling som følge av denne. Ut fra figuren kan leses at det er i overkant av tre ganger så mange medisinerede ADHD-tilfeller i Buskerud som i Hordaland per 1000 barn i perioden 2003-2005. Men hva er så grunnen til at det er tre ganger så stor sannsynlighet for å bli ADHD-medisinert i Buskerud som i Hordaland? Er det spesielle forhold i Buskerud som gjør at flere barn og unge blir syke der, eller er de store variasjonene knyttet til at diagnosen og diagnosekriteriene tolkes og anvendes veldig forskjellig ulike steder i landet?

Også mellom Norge og andre vestlige land er det store forskjeller i bruk av ADHD-diagnosen og medikamentell behandling som følge av denne. Den årlige rapporten fra FNs narkotikakommisjon (2004) gir oversikt over bruk av ADHD-medikamenter i 20 land, og det går frem av denne rapporten at det er en stor økning i bruk av medikamenter til behandlingen av ADHD, og at Norge peker seg ut ved å ligge høyt på denne statistikken. Medikamentbruken i Norge er for eksempel 50 % høyere enn i England, og fire ganger høyere enn i Sveige. USA og Island topper statistikken, og i disse landene er medikamentbruken tre ganger så høyt som i Norge (jf Stortingets spørretime 2006, 15. mars). Det at det synes å være så ulik praksis, både forskjellige steder i Norge og mellom Norge og andre vestlige land, er med å svekke ADHD-diagnosens reliabilitet.

Stabilitet over tid

En annen viktig egenskap knyttet til reliabilitet er hvor stabile resultater et måleverktøy gir over tid. Hvis en persons resultat en dag er helt forskjellig fra resultatet en annen dag kan dette medføre at det knyttes usikkerhet til måleverktøyet.

I forhold til ADHD-diagnosen er det i denne sammenheng påfallende at man i løpet av en toårs tidsperiode har vært vitne til en nærmest eksplosiv økning i antall medisinerte ADHD-tilfeller (jf figur 2). Når diagnosekriteriene i det samme tidsrommet ikke har endret seg, skulle det ikke være noen grunn til at antallet ADHD-tilfeller øker med 122 % blant jenter, og med 82 % for barne- og ungdomsgruppen som helhet. Det er også vanskelig å tro at helsevesenets økte kompetanse eller ressurstilgang alene kan forklare en så dramatisk utvikling. Det er da i stedet nærliggende å anta at det er diagnosekriteriene i ICD-10 og DSM-VI som ikke er gode eller presise nok for å kunne bedrive en ensartet diagnostisk praksis, uavhengig av tid og sted. Ved at det i så stor grad er knyttet subjektive vurderinger til diagnostiseringen av ADHD (jf avsnittet om *begrepsvaliditet*, 4.2.1) vil det alltid være knyttet usikkerhet til forhold som angår diagnosens reliabilitet.

I avsnitt 4.2.1 ble det argumentert for at ADHD-diagnosens sikkerhet, vurdert ut fra ulike validitetskriterier, ikke bidrar til å kunne legitimere den maktutøvelse det er å imøtekomme barn og unges atferdsvanskeligheter med diagnoser og sentralstimulerende legemidler i et slikt omfang vi ser i dag. Heller ikke diagnosens reliabilitet synes å bidra til at diagnosen fremstår som mer pålitelig. Vurdert ut fra krav om tilfredsstillende validitet og reliabilitet synes derfor diagnosen å ha vesentlige svakheter som vanskeliggjør utredning og diagnostisering av tilstanden ADHD.

5. Kritisk vurdering av det metateoretiske grunnlaget for å stille diagnosen ADHD

”Min påstand er at konstruksjonen av ADHD står og faller på den dramatiske og magiske virkningen av Ritalin”, skriver spesialist i klinisk barnepsykologi Per Are Løkke i artikkelen ”ADHD-epidemien i det biomedisinske paradigmet” (Løkke 2006, s. 1). Han er skeptisk til at psykisk helsevern for barn og unge utvikler seg i en retning som blir mer og mer fremmed for barnets livsverden, og at biomedisinens sykdomsforståelse stadig brer om seg.

Diagnosemanualenes overfladiske klassifisering og objektivering får stadig mer makt og hegemoni., skriver Løkke, og er med dette redd for at den stadige nevrologiske fokuseringen rundt ADHD-tilstanden underslår fenomenets mangfoldighet og stopper tverrfaglig kunnskapsutvikling.

Vi står overfor et paradigmeskifte i forståelsen av barnets lidelse, der den humanistiske visjonen om mennesket skyves i bakgrunnen (...) I kjernen av den humanistiske visjonen ligger at barnet er et følende og tenkende menneske som må bli forstått ut fra sin egen historie. Det er åpenbart hva som forsvinner når den biologiske visjonen av mennesket trer inn på arenaen. Barnet blir ikke lenger tilbudt tid og tålmodighet der tillit og kontakt kan oppstå med et annet menneske. Korttidstenkingen råder grunnen (Løkke, Medisinering av barn, 2006).

5.1 Det biologiske paradigmet

Nyere vitenskapsteori har fra 1960-årene og frem til i dag gradvis endret synet på vitenskapens egenart. Fra å tenke seg vitenskapelig utvikling som en rett linje, som gradvis kvitter seg med fordommer, metafysikk og pseudovitenskap, ser man i stedet hvordan vitenskapen utvikler seg innenfor et rammeverk som forskere og fagmiljøer ”ser” og forstår verden igjennom. Vitenskapelige revolusjoner dreier seg etter dette ikke om at fakta og observasjoner plutselig tas mer alvorlig, men at det utarbeides nye, teoretiske rammeverk eller paradigmer som gjør at verden sees eller forstås på en annen måte (Gilje og Grimen 1995).

At psykiatrien er blitt biologisert henger sammen med en eksplosiv kunnskapsutvikling i biologifagene de senere årene, blant annet gjennom genforskning og hjerneforskning. Denne utviklingen henger igjen sammen med fremveksten av ny teknologi som har gitt forskere mulighet til å se inn til hjernen, og dermed observere hjerneaktivitet på helt nye måter. Slik forskning har vært med å bidra til store fremskritt innen medisinen. Men hvordan fungerer det når denne typen kunnskap tar mål av seg å skulle forklare fenomener innenfor psykiatriens

fagområde, og hvordan virker et slikt forståelsesparadigme inn på folks og fagfolks selvforståelse, livsforståelse og praksisforståelse?

Som del av medisinen har psykiatrien alltid vært biologisk orientert, og ambisjonen om å finne biologiske forklaringer på psykiatriske lidelser har vært en del av psykiatriens identitet. Selv Freud hadde i sin tid en visjon om at hans teorier en gang ville kunne identifiseres nevrologisk. Likevel kan benevnningen *biologisk psykiatri* avgrenses til en mer eksplisitt orientering både innen forskning og behandling, og starten på denne kan blant annet skrives tilbake til den tyske psykiateren Wilhelm Greisinger (1817-1868). Greisinger klargjorde det paradigmatisk: Mentale lidelser er som somatiske lidelser, psykiatri er nevrologi (Ekeland 2006). Selv om den biologisk orienterte psykiatrien ikke har lyktes i sitt strev med å påvise biologiske årsaker til mentale lidelser, legitimerte dette paradigme likevel en rekke ulike behandlingsmetoder som hadde biologien som intervensjonsdomene, for eksempel feberterapi, insulinsjokk, krampeterapi, elektroshokk og psykokirurgi (med lobotomi som det fremste eksempelet). I tillegg kommer selvsagt psykofarmaka. I dag blir det forsøkt skapt et bilde av at medisinske preparater er uttrykk for at man vitenskapelig stadig kommer nærmere en biologisk løsning på ulike psykiatriske tilstander. Dette til tross for at det er god dokumentasjon på at det er tilfeldige oppdagelser mer enn systematisk, teoribasert forskning som har styrt utviklingen av psykofarmaka, og at det er kommersielle, profesjonspolitiske og paradigmatisk interesse inne i dette feltet som har ført til selektiv publisering, datamanipulering, bagatellisering av bivirkninger og generell overdrivelse av terapeutiske virkninger (Ekeland 2006). Ekeland skriver i den forbindelse følgende i artikkelen ”Biologi som ideologi?”:

Når det gjeld psykiatrien har den ei sørgjeleg historie med omsyn til overgrep og inhumanitet legitimert som vitenskap. Det skal den biologiske psykiatrien ikkje ha skulda for åleine, men det er liten tvil om at grunngevingane nettopp i biologi har legitimert dei mest drastiske overgrepa (t.d. lobotomi). I behandling av menneskelege og mellommenneskelege problem er biologiske mistydingar farlegare enn andre mistydingar. Det kjem av at ei biologisk objektivisering fører med seg at sjuke sine livsytringar vert tolka som ”maskinfeil”, som tome handlingar som ikkje kan vere uttrykk for noko som har med det menneskelege å gjere (ønske, vilje, håp, overttydingar, begjær osv). Implikasjonen er at vi då fråtek pasienten nettopp dei eigenskapane som definerer han som eit medmenneske, og det blir vanskelegare å vere medlidande. Slik står vi i fare for å gjere den gale til eit ikkje-menneske og dermed auke faren for inhumane tiltak (...) Det utfordrande spørsmålet blir kva villfaringar ettertida vil klandre oss for (Ekeland 2006, s. 4f).

5.1.1 Den nye biologiske psykiatrien

Vendepunktet for den nye biologisk orienterte psykiatrien i moderne tid blir av mange tidfestet til omkring 1980, da det amerikanske diagnosesystemet DSM (versjon II) skulle revideres (Ekeland 2006). Kunnskapssosiologene Kirk og Kutchins studerte denne prosessen og beskriver at det i denne situasjonen oppstår en maktkamp i den amerikanske psykiatriforeningen (APA) som ender med at de biologisk orienterte psykiaterne får kontroll over prosessen (Kirk og Kutchins 1992). DSM III blir derfor ikke bare en revisjon av tidligere versjoner, men også en revolusjon i retning av en biologisk orientert psykiatri. I DSM-III ble det lagt til grunn at psykiske sykdommer ontologisk sett er som somatiske sykdommer, og at psykiatrien bør ha et eksplisitt fokus på de biologiske aspektene ved disse lidelsene (Bentall 2003). Gjennom DSM-revolusjonen gjenerobret den biologisk orienterte psykiatrien de fleste maktposisjonene (organisasjoner, tidsskriftsredaksjoner, forskningsråd med mer) i amerikansk psykiatri, og etter hvert også i Europa. De biologisk orienterte hadde en overbevisning mer enn en kunnskapsbase, og var på søken etter et paradigme. Et slikt paradigme er man nå i ferd med å skape gjennom den nye nevrobiologien (Ekeland 2006).

Samtidig med nevrobiologiens inntog i psykiatrien begynte antallet psykiatriske diagnoser å stige. Stadig flere menneskelige problemer ble innlemmet i området for psykiske lidelser, og i løpet av de siste tiårene har tallet på diagnostiske kategorier eksplodert. Fra den første versjonen av DSM og frem til versjon DSM-IV har antallet diagnoser økt fra 60 til 350. Dette er en utvikling som bekymrer mange, da det snart ikke finnes noen menneskelig atferd/oppførsel som ikke kan innlemmes i en eller annen diagnosekategori:

(DSM viter om) (...) ei villfaren ordensnevrose som ved hjelp av vitenskapelege metodar i ein historisk fase fremjar ein profesjon sin hegemoni og kolonisering av eit livsdomene ved å underleggje det ein vitenskapeleg legitimitet (Ekeland 2003, s. 61).

Faren med en slik praksis er at grensene mellom sykt/friskt og normalt/unormalt gradvis flyttes. Fenomener fremsettes som stadig nye faglige og vitenskapelige landevinninger, mens sannheten er at de er uttrykk for sykeliggjøring og tilhørende medikamentell behandling av normale menneskelige variasjoner, noe diagnosene ”nikotinavhengighet” og ”kaffeindusert søvnforstyrrelse” er eksempler på. Men er dette *sykdom*, eller en *patologisering av livet*?

Også diagnosekategoriene innenfor ADHD-området øker i takt med de nye biologiske landevinningene. Diagnosene ODD (Oppositional Defiant Disorder), CD (Conduct Disorder)

og OCD (Obsessive Compulsive Disorder) er allerede utbredt i sitt hjemland USA, men har ennå ikke fått sitt gjennombrudd i Skandinavia. Et gjennombrudd i Norge og Skandinavia er imidlertid ventet, da ADHD-inflasjonen de senere årene har gjort det nødvendig å finne tilsynelatende mer presise diagnoser på ADHD-barna. Dette fører etter hvert å unngå legitimitetsproblemer (Tranøy 2003).

5.1.2 ADHD i den biologiske psykiatrien

Innen det biologiske paradigme er det mekanismer i hjernen som er ansvarlig for ADHD-barnas vansker. ”ADHD does not stem from the home environment, but from biological causes (...) a real disease, a brain disorder”, står det i en brosjyre fra medisinfirmaet Alza Corporation (Ekeland 2006, s. 8). Det er ledende forskere på området har skapt denne oppfatningen. I 2002 forfattet en internasjonal gruppe på 74 forskere det de kalte “International Consensus Statement on ADHD”. Denne erklæringen vender seg mot media, og sier noe om hvordan ADHD bør omtales; som en nevrologisk lidelse som ubehandlet kan få mange og uheldige følger. Som eksempler på uheldige følger trekkes frem: Skoleavbrudd (32-40 %), ingen eller få venner (50-70 %), underyting i arbeid (70-80 %), antisosiale aktiviteter (40-50 %) samt økt risiko for røyking og bruk av illegale stoffer. Det hevdes videre at ADHD-barna oftere blir gravide som tenåringer (40 %), oftere får seksuelt overførbare sykdommer (16 %), oftere er involvert i bilulykker og oftere rammes av depresjoner (20-30 %) og personlighetsforstyrrelser (18-25 %) som voksne. Og som om dette ikke var nok; oppramsingen i konsensusrapporten avsluttes med: ”(...) and hundreds of other ways mismanage and endanger their lives” (Barkley 2002, s. 90).

Konsensusgruppa slår altså fast at ADHD er en nevrologisk lidelse, og at denne fremstillingen bygger på vitenskapelige fakta. En tilsvarende fremstilling finnes også i den norske ADHD-debatten. I kronikken ”Fakta om ADHD” slår to fremtredende norske ADHD-forskere fast at tilstanden i hovedsak er genetisk betinget, og at den fører til nevrokjemisk ubalanse og dårlig signalbehandling i hjernen. Årsaken til denne ubalansen er signalsubstansen dopamin (Sagvolden og Zeiner 2006). Dette er altså ”fakta”, og forfatterne skremmer med at fornektelse av fakta kan føre til underbehandling og konsekvenser av samme kategori som beskrevet i konsensusrapporten. Kritiske motforestillinger vurderes med dette å være farlige.

5.2 Det metateoretiske grunnlaget for å stille diagnosen ADHD

De viktigste metateoretiske premissene til grunn for den diagnostisk-klassifikatoriske tenkningen i diagnosesystemene ICD-10 og DSM-IV, lar seg i følge Rognes (2003) sammenfatte i fire innbyrdes sammenhengende hovedkategorier: 1) Sykdomstenkning, 2) realisme, 3) empirisme og 4) teknisk-instrumentell praksisoppfatning. Samlet kan disse fire hovedkategoriene sies å definere et *paradigme* (Kuhn 1970) denne tenkningen beveger seg innenfor. Vi skal nå se nærmere på det metateoretiske grunnlaget for å stille diagnosen ADHD, og vurdere hvilke konsekvenser et slikt forståelsesparadigme har for utredning og behandling av tilstanden.

5.2.1 Sykdomsmodellen

Med *sykdomstenkning* menes at man innenfor klassifikasjonssystemene ikke ønsker å skille mellom ”mentale” og ”fysiske” forstyrrelser. I stedet fremheves enheten mellom disse. Man tenker seg dermed at de samme prinsippene som gjelder for ”vanlige”, somatiske tilstander også gjelder for såkalte ”mentale” forstyrrelser (Rognes 2003). I begrepet *mentale forstyrrelser* ligger her at det dreier seg om a) et klinisk viktig atferdsmessig eller psykologisk mønster, b) som opptrer i et individ, c) som er plagsomt for individet eller medfører reduksjon på et viktig funksjonsområde, d) som er uttrykk for en atferdsmessig, psykologisk eller biologisk dysfunksjon, e) og som ikke bare forekommer i relasjon individ-samfunn (Rognes 2003).

Som begrepskjennetegn på mentale forstyrrelser benyttes i diagnosemanualene termer som *klinisk viktig, plagsomt* eller *reduksjon på et viktig funksjonsområde*. Disse termene synes imidlertid å være svært vage og upresise, sett i forhold til sykdomsbegrep benyttet innenfor den somatiske medisinen. Slike begrepskjennetegn kan også sies å hvile på to forutsetninger: For det første en *dualisme*, der det sjeldnes mellom et ytre, observerbart symptomplan som impliserer en underliggende, ikke observerbar dysfunksjon inne i individet. For det andre en *dekontekstualiserende tenkning*, der ”mentale forstyrrelser” oppfattes som symptomer som kan forstås isolert, det vil si uavhengig av kontekst. Orienteringen kan ut fra dette sies å være individorientert; det vil si hvile på en oppfatning av at ”mentale forstyrrelser” er noe som befinner seg inne i personen, og som kan begripes mer eller mindre løsrevet fra personens relasjoner til andre personer eller samfunnet ellers. Begge forutsetningene kan det imidlertid stilles kritiske spørsmål ved (Rognes 2003).

For det første er det en ikke bagatellmessig usikkerhet knyttet til det å se ytre, observerbare symptomer som indikator eller ”bevis” på en underliggende dysfunksjon som ikke lar seg påvise verken gjennom blodprøver eller andre former for medisinske undersøkelser. Som det ble gjort rede for under avsnittet *Indre validitet* (4.2.1), har forskere gjennom en rekke studier forsøkt å finne årsaken eller årsakene til vanskene ADHD-barna viser, men uten å ha lyktes i dette prosjektet. Man *vet* altså ikke om det finnes en underliggende nevrologisk dysfunksjon som forårsaker disse barnas eller ungdommenes vansker, man bare *antar* det med den usikkerheten det innebærer.

For det andre er det en vesentlig usikkerhet knyttet til det å se psykologiske fenomener uavhengig av den kontekst fenomenet opptrer i. Gjennom en slik tenkning blir mentale problemer individualisert (privatisert), og underliggende familiemessige -, sosiale -, økonomiske - eller politiske forhold vanskeligere å få øye på. DSM-IV bruker uttrykk som ”forstyrrelse” og ”dysfunksjon” på en slik måte at man betrakter alle mentale problemer som en kausal konsekvens av en slags ”feil” inne i personen; en ”maskinfeil”. Konsekvent gjennomført innebærer en slik fortolkningsmåte en vidtgående *tingliggjøring* av personen som tåkelegger andre mulige måter å forstå personens problemer på. Skjervheim (1976) snakker i denne forbindelse om at man *objektiverer* den andre, og gjør den andres handling til *faktum* (jeg konstaterer at jeg ser det jeg ser). På den måten går man ikke inn i sammenhengen og forsøker å forstå den andres uttrykk, men bare konstaterer *at* den andre handler eller gjør som den gjør. En slik objektivering skjer særlig i situasjoner der vi opplever at det den andre sier eller gjør ikke kan tas alvorlig, eller er utenom det ”normale”. Men når man objektiverer er det samtidig ikke lett å ta den andre på alvor, det vil si ta hans eller hennes uttrykk opp til ettertanke eller diskusjon. En slik objektiverende innstillingen kan derfor sies å være et angrep på den andres frihet, gjennom at man, ved å trekke konklusjoner, skaffer seg herredømme over den andre med det mål å predikere og kontrollere.

5.2.2. Realisme

Med *realisme* menes den oppfatning at det finnes en ytre fysisk verden utenfor og uavhengig av det erkjennende subjekt: En realitet subjektet kan danne seg et mer eller mindre presist og ”korrekt” bilde av gjennom sanseerfaringer og observasjon (Rognes 2003). Den realismen som ligger til grunn for DSM-IV og ICD-10 innebærer at mentale forstyrrelser, på samme måte som somatiske sykdommer, oppfattes å være noe reelt, uavhengig av språk, samfunn og

kultur, og derfor kan studeres med de samme metoder og metodeholdninger som naturvitenskapen (Rognes 2003).

En slik litt ”naiv” realisme kan imidlertid avvises med henvisning til at de fenomener som studeres innen psykologien og psykiatrien representerer en menneskeskapt virkelighet, strukturert av et menneskeskapt språk og en menneskeskapt kultur. James E. Maddux beskriver dette slik i artikkelen ”Stopping the ”Madness”:

(...) we must realize that our conceptions of psychological normality and abnormality, along with our specific diagnostic labels and categories, are not facts about people but social constructions – abstract concepts that were developed collaboratively by the members of society (individuals and institutions) over time and that represent a shared view of the world. As Widiger and Tull (1991) have said, the DSM”is not a scientific document... It is a social document (Maddux 2003, s. 12).

Det er derfor ikke uproblematisk at en slik realisme ligger grunn for klassifikasjonssystemene, for, som Maddux uttrykker det i artikkelen, kan det vanskelig forsvares å hevde at det finnes bare én ”sann” standard for psykopatologi. Hva som er å regne som normal og unormal atferd er konstruksjoner, og må derfor leses i lys av historiske, sosiale og politiske forhold i et samfunn. Det problematiske i denne sammenheng er imidlertid at diagnosemanualene har stor makt, og at det som står beskrevet i disse ofte blir oppfattet som ”sannheten”.

5.2.3 Empirisme

Hele den diagnostisk-klassifiserende forskningstradisjon som systemer som DSM-IV og ICD-10 er en del av, kan også sies i stor grad å være *empiristisk*. I denne tradisjonen vinnes kunnskap ved at man formulerer hypoteser om bestemte, lovmessige variablsammenhenger, gir operasjonelle definisjoner av disse variablene, samler inn relevante observasjoner eller ”data” gjennom sanseerfaring, sammenlikner data med hypotesene, reviderer hypotesene dersom det ikke er samsvar mellom hypotesen og data osv. Denne forskningstradisjonen forutsetter at det i psykiatri og klinisk psykologi er mulig å etablere lover og lovmessighetsrelasjoner som både er allmenngyldige og empirisk prøvbare (Rognes 2003). Men hva er gyldighetsområdet eller rekkevidden for de invarianser som måtte forekomme empirisk?

Det at en slik empirisk forskningstradisjon ligger til grunn for tenkningen i de diagnostisk-klassifiserende systemene er ikke uproblematisk, da menneskelig atferd vanskelig lar seg

forutbestemme eller ”styre” av fremsatte lover eller lovmessigheter. Dette henger sammen med menneskets historiske og selvfortolkende eksistensmåte. Enhver statistisk lov kan alltid falsifiseres ved at personen lærer å oppføre seg på en annen måte enn det loven sier. Dynamiske lover kan alltid falsifiseres ved metalæring, det vil si at personen lærer å lære. Ethvert generelt gyldig empirisk prinsipp kan dermed falsifiseres ved at man tilrettelegger for en egnet læringsprosedyre (Rognes 2003).

Empirisk-psykologiske utsagn kan også vanskelig sies å være allmenngyldige, fordi konteksten alltid vil spille en vesentlig rolle for menneskelig aktivitet. Atferd kan derfor bare sies å ha en lokal, det vil si sosiokulturelt og historisk begrenset gyldighet. Rognes beskriver dette slik:

Det vil (...) aldri bli mulig å etablere empirisk-psykologiske diagnosesystemer med annet enn en ”lokal” sosial og historisk gyldighet. Systemene vil, i tråd med historiske, sosiale og kulturelle forandringer, måtte revideres og revideres i det uendelige, slik det allerede er blitt gjort siden Kraepfins tid. DSM IV vil etterfølges av DSM V, DSM VI, DSM VIII, osv. DSM-systemene vil aldri kunne bli objektivt-vitenskapelige klassifikasjoner av ”mentale forstyrrelser” slik de ”er”. De vil forbli scientistisk-pedantiske beskrivelser av den mellommenneskelige og den personlige lidelses skiftende uttrykksformer (Rognes 2003, s. 45f).

Empirisk-psykologisk forskning basert på slike lovmessigheter står derfor kontinuerlig overfor et problem knyttet til ytre validitet, fordi sosiale fenomener ikke lar seg isolere, for eksempel gjennom empiriske studier, uten at det tas hensyn til meningsinnhold (Rognes 2003).

5.2.4 En teknisk instrumentell praksisoppfatning

En valid diagnose innenfor et valid klassifikasjonssystem kan sies å være ensbetydende med en empirisk prøvbar teori med mye støtte. En slik teori antas å være nyttige fordi den muliggjør prediksjon, forklaring og kontroll av et fenomen, og gjør det lett å avlede handlings- eller praksisveiledende normer som følge av denne: Hvilken fremgangsmåte skal benyttes for å nå et mål. En diagnostisk praksis innenfor et slikt system er klart *teknisk-instrumentell*, noe som også er hensikten med å utarbeide diagnosesystemer som ICD-10 og DSM-IV (Rognes 2003). Til grunn for tenkningen ligger en tankegang som forutsetter at menneskelig atferd kan predikeres og sammenfattes i universelt gyldige og empirisk prøvbare teorier og lover, en forutsetning som ble problematisert i avsnittet *Empirisme* (5.2.3).

Skjervheim (1976) snakker i den forbindelse om *det instrumentalistiske mistaket*. Dette innebærer at det innenfor de samfunnsvitenskapelige disiplinene ikke skilles tydelig nok mellom *tekniske handlinger* og *praktiske handlinger*. Med tekniske handlinger mener Skjervheim handlinger som har et mål, og i tillegg en kalkyle; eksperimentell kunnskap om hvordan jeg kan nå et mål (mål-middel-atferd). Praktiske handlinger derimot er handlinger som hører hjemme i forholdet til andre mennesker (andre subjekter), som skiller seg fra naturvitenskapelige objekter ved at de har bevissthet og vilje. I forhold til andre subjekter gjelder ikke naturlovene men etikken, og i den etiske grunnloven gjelder prinsippet om symmetri: Det vil si at det som gjelder for meg også gjelder for deg, med mindre det er klare grunner for noe annet. Slike handlinger bygger på en grunnleggende respekt for andre, og ikke primært på følelser. Problemet med eksperimentell samfunnsvitenskap, hevder Skjervheim, er at man behandler de andre som ting, og ikke som personer. Med dette kommer man i konflikt med moraliteten, fordi det bryter ned et moralsk konstituert samfunn basert på gjensidig respekt for andre mennesker (Skjervheim 1976).

5.3 Makta ikler seg kunnskapens språk

En viktig del av det vitenskapelige bidraget til den kritiske teorien er som nevnt i avsnitt 2.1 å stille spørsmål ved samfunnets bruk av *illegitim maktutfoldelse*, det vil si enkeltpersoners, sosiale institusjoners eller andre virksomheters mulighet for å manipulere og undertykke andre gjennom kunnskap. Et viktig aspekt i ADHD-debatten i denne sammenheng er hvordan det metateoretiske grunnlaget, og ”fakta” om ADHD flettes sammen med makt og maktutøvelse. For hvor mange foreldre tør la sitt barn være umedisinert etter å ha lest uttalelser fra ledende ADHD-forskere av den typen som skissert i konsensusrapporten eller kronikken ”Fakta om ADHD” (jf avsnitt 5.1.2)? Og hvordan virker et slikt forståelsesparadigme inn på folks og fagfolks holdning til atferdsvansker og barn og unge med diagnosen ADHD?

Forholdet mellom makt og kunnskap utlegges av den franske historikeren Michael Foucault (1973). Han omformulerer Francis Bacons berømte ytring ”kunnskap er makt” til ”makta ikler seg kunnskapens språk”, og nettopp Foucault har i sine arbeider vist hvordan kunnskap uunngåelig er innvevd i makt. Makt gir mulighet til å definere hvilken kunnskap som skal gjelde, og denne kunnskapen nedfeller seg så i dagligtalen og blir en del av folks selvforståelse. På den måten blir det gjeldende vitenskapelige kunnskapsparadigmet et

meningssystem folk bare tar for gitt uten at det stilles kritiske spørsmålstegn ved det (Ekeland 2002).

Det moderne helsevesen behandler ikke et naturgitt domene, men et domene fremkommet gjennom en kulturhistorisk prosess. Gjennom sine definisjoner av og i dette domenet, organiserer og legitimerer det sin praksis, og i denne sammenheng er det uunngåelig at helsevesenet representerer makt. Det problematiske i denne sammenheng er imidlertid ikke at helsevesenet representerer makt, men at det snakkes for lite om denne makten slik at andre interesseallianser kan skjules. ”Medisinens historie er ikke bare en historie om medisinske landevinninger og seier over sykdom og lidelser. Det er også en historie om utleiring og monopolisering av meningssystemer, om modellmakt, hegemoni og allianser samt institusjonalisering av praksis”, skriver Ekeland i artikkelen ”Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs” (Ekeland 2001, s. 309). Den biomedisinske arkitekturen er ikke bare formet av den generelle kulturelle diskursen, men er også selv i høy grad med på å forme den. Og gjennom at biomedisinen forsterker sin posisjon, marginaliseres samtidig andre og mer kontekstuelle orienterte forståelsesmodeller. ”Det er nemlig ikke bare slik at ”kunnskap gir makt”, men at makt også gir kunnskap” (Ekeland 2001, s. 312).

5.3.1 Det diagnostiske språket som maktfaktor

Vitenskapsfilosofisk står diagnosesystemene ICD-10 og DSM-IV innenfor logisk empirisme der grunntanken er at begreper skal stå i direkte relasjon til det forhold de søker å beskrive. Den psykiatriske diagnose skal ideelt sett innbefatte både pasientens beskrivelse av sin egen tilstand og såkalte *objektive funn*. Observasjon av atferd er metoden for innhenting av slike objektive funn, og utføres i hovedsak av fagpersonell på bakgrunn av språkkonstruksjoner (diagnoser). I en ADHD-utredning blir i tillegg foresatte, lærere og eventuelt andre brukt i utredningsarbeidet, da gjerne igjennom utfylling av standardiserte spørreskjemaer, observasjonsskjemaer eller liknende. I moderne laboratoriemedisin har objektive funn en fremskutt posisjon ved diagnostisering av ulike tilstander, og i og med at ADHD-diagnosen ennå ikke lar seg påvise gjennom blodanalyser, skanningsundersøkelser eller andre medisinske undersøkelser, spiller beskrivelser og observasjoner en vesentlig rolle i diagnostiseringsprosessen. Men hvor objektive er egentlig disse *objektive funnene*, og i hvilken grad kan konklusjonen om at et barn lider av ADHD sies å være *sikker* når det i hovedsak er denne typen kunnskap den baseres på?

Diagnostisk observasjon krever at man vet hva man skal se etter. I denne sammenheng er det en vesentlig trussel mot en konklusjons sikkerhet at diagnosen, slik den er utformet i diagnosesystemene, virker styrende på oppmerksomheten og forståelsen til den som observerer eller på annen måte vurderer klienten. Tone Fagerland beskriver dette slik i artikkelen ”Makta ikler seg kunnskapens språk”:

Som psykiatrisk sykepleier gav jeg en dag en rapport. Da gikk det opp for meg hvor godt jeg behersket min rolle. Jeg hørte min egen stemme ”fore” legene med de riktige observasjonene, observasjoner som var silt og beskrevet gjennom det psykiatriske fagspråket. Når en pasient lo uten at jeg forsto hvorfor, var det nærliggende å anta at han ”hørte stemmer”. Dermed var den språklige kategorien på plass; pasienten var hallusinert, noe som igjen understøttet diagnosen som psykotisk. Og så ble medikamentene justert etter mine observasjoner. (...) Plutselig, mens jeg satt der og rapporterte oppdaget jeg hvor godt jeg snakket et språk jeg nylig hadde lært meg. Jeg var blitt sosialisert inn i avdelingens språkssystem, men var nå det så galt? Jeg vil si ja, fordi det skjedde noe med min oppmerksomhet. Min oppmerksomhet overfor pasientene var ikke lenger åpen og fordomsfri. Den var ikke spontan, sanselig og intuitiv. Min personlige opplevelse og tolkning av pasienten ble etter hvert mindre vesentlig. Persepsjonen hadde endret karakter fra å være anskuende til å bli dirigert av begreper (Fagerland 1999, s. 1).

Eksemplet gir et godt bilde på hvordan pasientens atferd ”leses” i lys av diagnosen, og at språket tilpasses de diagnostiske kriteriene (jf Skjervheims objektivisering). Men eksemplet viser også hvordan ulike fagtradisjoner forsterker seg selv gjennom aktørenes tilpasning, og i den forbindelse hvilken makt som ligger i å beherske de språklige kodene. Dess bedre kjent de språklige kodene er, dess flere vil få diagnosen. Er det dette som har skjedd med fenomenet ADHD? I første omgang styrer begrepene oppmerksomheten, men etter hvert vil de også kunne gå over fra å være allmenne sannheter om et fenomen, til å bli sannheter og forklaringer på den enkelte person. Slik kan begreper låse fast en type forståelse av personen, som hindrer observatøren i å se ham eller henne uavhengig av diagnosen. Slik vil det etablerte språkssystemet stå i veien for å se andre perspektiver og forståelsesmåter, for eksempel i hvilken grad miljøet virker inn på en persons atferd (Fagerland 1999).

5.3.2 Legemiddelindustrien som maktfaktor

En annen viktig maktfaktor som bidrar til å fremme det biologiske forståelsesparadigmet er legemiddelindustrien. Legemiddelindustrien bruker kunnskap og ”fakta” om ADHD for alt det er verdt i markedsføring av sine produkter. I tillegg er den tungt inne med økonomiske bidrag til forskning, konferanser og foredrag som kan fremme den biologiske forståelsen av atferdsvansker:

I dette feltet er medikamentindustrien tungt inne i så vel forskning som fagutvikling, og det investeres store summer i omfattende markedsføring, selvfølgelig for å hente disse store summene inn igjen som gevinst fra det forholdsvis nye og raskt ekspanderende markedet som medisinerer av barn utgjør. Hvorfor diskuteres ikke dette i større grad som et problem innenfor fagfeltet selv (Løkke 2006, s. 3)?

I USA finnes uttrykket: "A drug looking for a market" (Korneliussen 2006). Da det koster millioner, for ikke å si milliarder av kroner å bringe et legemiddel frem til en pasient, er det ikke vanskelig å forestille seg at et firma som har investert enorme summer i utvikling av et legemiddel nødvendig vil innrømme at dette ikke virker etter hensikten eller at det har mange uønskede bivirkninger. Det er heller ikke vanskelig forstå at et legemiddelfirma i stedet for å trekke et slikt legemiddel fra markedet, heller leter etter nye målgrupper. Heller ikke Ritalin var som nevnt et nytt produkt da det første gang ble markedsført som ADHD-medisin. Da man oppdaget den gunstige virkningen på barn og unge med impulsiv, ukonsentrert og hyperaktiv atferd økte imidlertid produksjonen og foreskrivelsen av legemidlet kraftig på 1990-tallet. Etter en tid begynte også antallet diagnostiserte ADHD-tilfeller å stige.

Professor Per Hjortdahl og Sigurd Høye ved Universitetet i Oslo har forsket på hvordan norsk presse dekker legemidler. I artikkelen "Ny vidunderpille!" – hva skriver norske aviser om nye legemidler?" (2002) beskriver de hvordan både leger og journalister er "nyttige idioter" for legemiddelindustrien, og hvordan begge yrkesgrupper villig lar seg bruke gratis i markedsføring av nye medikamenter. Legemiddelprodusentene er kjent for å presentere ferdige pakker til journalistene. De finner frem til en pasient som har opplevd forbedring etter å ha prøvd et legemiddel og underbygger hans eller hennes påstander gjennom en fagperson som kan bekrefte middelets gode egenskaper. Overskrifter som disse er ikke sjeldne:

Vidunderpille, mirakelpille, lykkepille, revolusjon, ny verden, nytt liv og formidabel virkning. Slike "ferdige pakker" kan sies å være bevisst markedsføring fra legemiddelindustriens side, da reklame for reseptpålagte legemidler i Norge kun er tillatt overfor helsepersonell.

Journalistene blir dermed legemiddelindustriens mulighet for å snike inn reklame i mediene, og overarbeidede journalister er i denne sammenheng lette kjøpere. I følge Hjortdahl og Høye har slik skjult reklame stor innvirkning på befolkningens holdninger og helseatferd.

Da reklame for reseptbelagte legemidler i Norge kun er tillatt overfor helsepersonell bruker legemiddelindustrien hvert år også enorme summer på konferanser, informasjonsmateriell og honorarer til foredragsholdere med det "rette" budskapet om ADHD. I den siste tiden er det

imidlertid rettet sterk kritikk mot nettopp denne virksomheten. I dagsavisen.no 6. mars 2006 kunne man for eksempel lese:

I etterkant av et intervju Dagsavisen gjorde med Pål Zeiner fredag, har han bestemt seg for å trekke seg fra alt samarbeid med Eli Lilly og Janssen Cilag, produsentene av ADHD-medisinene Strattera og Concerta.

– Jeg ser at omfanget av samhandlingen med legemiddelfirmaer i 2005 og honoreringen av dette arbeidet, kan skape grunnlag for spørsmål om hvorvidt jeg har hatt en for tett tilknytning til legemiddelfirmaene (...)

– Jeg ser at i noe av det jeg har skrevet om bivirkninger er nyere kunnskap om de sjeldne bivirkningene ikke blitt inkludert i tilstrekkelig grad. I klinisk praksis informerer jeg selvsagt så mye som mulig om alt, sier overlege Pål Zeiner.

På samme måte er det stilt spørsmål ved legemiddelindustriens tilknytning til Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi:

Jeg har også bedt Helse Øst redegjøre for eventuelle bindinger mellom legemiddelindustrien og Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi, som er underlagt Ullevål universitetssykehus HF. Det framgår av den redegjørelsen jeg har fått, at senteret har arrangert to konferanser i 2003 og 2004 med støtte fra legemiddelfirmaer som produserer legemidler for ADHD, og senterets leder har i 2005 mottatt fire foredragshonorarer fra ett av disse firmaene. Ullevål Universitetssykehus presiserer at all samhandling mellom sjukehuset og legemiddelindustrien nå er innskjerpet fra årsskiftet (Statsråd Brustad, i Stortingets spørretime 2006, 15. mars)

Det er derfor all mulig grunn til å være kritisk overfor unyansert positiv omtale av ADHD-tilstanden og medikamentell behandling som følge av denne, da kommersielle interesser i mange tilfeller spiller en vesentlig rolle i dette bildet.

5.4 Den diagnostiske kultur, en kolonisering

I avsnitt 2.1.2 ble Jürgen Habermas omtalt som en sentral skikkelsen i utviklingen av den kritiske teorien i perioden etter 1960. Sentralt i hans beskrivelser av samfunnet er begreper som *livsverden*, *sosialverden* og *systemverden* (Habermas 1984). Livsverdenen utgjør den enkeltes umiddelbare og eksistensielle opplevelse av virkeligheten. Den er vår subjektive og private verden. Den sosiale verden er den intersubjektive, kollektive virkelighet som vi inngår i. Systemverden er det sett av styrende strukturer som ligger relativt fast, og som er utenfor hva vi med våre handlinger umiddelbart kan endre, for eksempel systemet av lover, regler og økonomi. Når systemverdenen med sine krav til effektivitet og kontroll griper inn i

livsverdenen, snakker Habermas om at det skjer en kolonisering. Systemverdenens idealer tar da over og invaderer de mest sentrale verdiene som livsverdenen representerer.

I forhold til personer med diagnosen ADHD kan man snakke om en slik kolonisering. Det samfunnet vi er del av har utformet et biologisk forståelsesparadigme som virker styrende på de virksomheter som utreder og behandler barn og unge med atferdsvansker, men også styrende på folks holdninger til barn og unge med ukonsentrert impulsiv og hyperaktiv atferd. På den måten påvirker det enkelte barns dagligliv, ved at dets atferd oppfattes som ”syk” eller ”unormal”, og behandling med sentralstimulerende legemidler rettferdiggjøres. For ti år siden var det nesten et tabu å medisinere barn (Løkke 2006). Denne innstillingen har imidlertid endret seg med innføringen av det biologiske regimet, og barns atferd forstås ikke lenger i samme grad ut fra omgivelser, samfunnet, skolen, familien og egen biografi, men ut fra gener og biokjemi. Den mest iøynefallende konsekvensen av dette forståelsesparadigme er at man har begynt å medisinere barn i stor skala. Når årsakene til barns problemer blir forstått ut fra gener og biokjemi følger det nesten automatisk at medisinering blir sett på som den mest effektive behandlingen, og i dag er medisinering i mange fagmiljøer regnet for å være den primære kuren for flere og flere av barns problemer. For eksempel blir medikamentell behandling av barn og unge med ADHD beskrevet slik i ”Rapport fra Gjennombruddsprosjekt Psykiatri”:

*Sentralstimulerende legemidler har gjennom flere tiår blitt benyttet i behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD. De er **førstevalget** i behandling av barn, ungdommer og voksne med denne diagnosen. I tillegg anbefales ofte et multimodalt behandlingsopplegg. Medikamentell behandling er **hjørnesteinen** i et slikt behandlingstilbud (Gjennombruddsprosjekt Psykiatri 2003-2004, s. 18).*

For ti år siden hadde man både etiske og faglige betenkeligheter med en slik praksis. Det ble regnet som faglig uforsvarlig å bryte inn i barnets utvikling med kjemiske løsninger som ingen viste langtidskonsekvensene av. Dessuten tenkte man at medisinen kuttet forbindelsen til barnets eget følelsesliv, og at det alltid fulgte bivirkninger med en slik behandling (Løkke 2006). I dag er disse forsiktighetshensyn satt til side, uten drøftelse av de etiske dilemmaer som oppstår når en begynner å medisinere barn. Men hvorfor er ikke disse aspektene lengre fremme i den offentlige debatten om ADHD-tilstanden?

Også skolen, med sine forventninger og krav, griper inn i barns livsverden. Hvis barnet ikke greier å innordne seg i det systemet skolen representerer, kan medisinering bli et tiltak for å

tvinge barnet til å passe inn ved hjelp av *kjemisk makt*. På den måten får systemets krav til innordning direkte konsekvenser for barnets livsverden. Men er behovet for medisiner et uttrykk for feil ved individet, eller kan det også være at systemet er for rigid og lite tilpasningsdyktig i forhold til det naturlige mangfoldet som finnes i barne- og ungdomsbefolkningen? Enhetskoletanken og inkluderingstanken står sterkt i den norske skoletradisjonen. ”Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa” (KD 1998) gir alle norske barn rett til utytte av undervisningen, og rett til tilpasset opplæring (opplæringslova, § 1-2 og § 5-1). De gamle spesialskoleenhetene er for lengst lagt ned, og i dag skal det fremlegges sær gode argumenter for at barn og unge skal gis alternative skoletilbud ekskludert fra resten av elevgruppa. Organisatorisk har man derfor kommet langt i retning av inkluderingsmålsetningen, men har skolesystemet i samme grad greid å endre seg i retning av å bli mer inkluderende?

”Medikamentering av atferdsproblemer i den norske skole er nær epidemiliknende tilstander når det gjelder å diagnostisere og behandle barn med atferdsvansker”, skriver Joar Tranøy i artikkelen ”Diagnostiseringen av problematferd i skolen – et feilspor?” (Tranøy 2003, s. 70). Skolerelaterte atferdsproblemer er, i tråd med det biologiske kunnskapsregimet, blitt et stort individuellklinikalsatsingsområde knyttet til regionale og landsdekkende sentre med psykiatere, nevrologer, psykologer og spesialpedagoger i et medisinsk fagmiljø. I den senere tid har mange imidlertid begynt å rette et kritisk blikk mot måten man i dag forstår og behandler barn og unge med atferdsvanker. Blant annet hevder Tranøy at: ”Barn dopes ned for å få ro i skolen”, og at voksne med dette fritas for skyld. En slik ”medisinsk disiplinering” av urolige og ukonsentrerte skoleelever avleder ofte oppmerksomheten fra mer grunnleggende og problemskapende systemforhold, hevder Tranøy, og mener at alternative skoletilbud utelukkes fordi myndighetene vil redde skinnen av ideologien om ”integrering av alle” i enhetskolen. Som eksempler på opprettholdende systemforhold av betydning for barn og unges atferd i skolen trekker Tranøy frem forringelse av det fysiske og det sosiale miljøet med redusert mulighet for lek og fysisk utfoldelse. I tillegg trekker han frem økt teoripress og krav til mer stillesitting, konsentrasjon og egenmotivasjon. Slike faktorer er etter hans oppfatning i seg selv en selvmotsigelse når målet er å lage en skole bedre tilpasset alle. Bruken av Ritalin synes derfor å fungere som en løsning eller et alternativ til å forandre skolemiljøet og skolesystemet, og fokuset rettes mot feil ved individet i stedet for systemet det er en del av. Ritalin blir slik kortsiktig hjelp, da barnet blir lettere å ha med å gjøre og undervisningen i sin opprinnelige form lettere å gjennomføre. Men for det enkelte barnet er Ritalinbehandlingen

uten dokumentert effekt på skoleprestasjoner og psykososial fungering over tid, hevder Tranøy, og er i den sammenheng svært kritisk til om det er etisk forsvarlig med et slikt behandlingstiltak.

6. Oppsummering og avslutning

Professor i sosialmedisin Per Fugelli har fulgt med i ADHD-debatten, og tror at mye av forklaringen til det økende antall ADHD-tilfeller skyldes en motebølge. ”Vi ser i medisinen rett som det er at det kommer underlige motebølger”, sier Fugelli i et intervju gjengitt i *TV2.nettavisen.no* 27. mars 2006. Han mener at ledende fagfolk og trendsettere innen fagmiljøet har stor opinionsdannende virkning, og at disse personene gjennom tidsskrifter, konferanser og kurs former praksis. Den enorme forskjellen mellom antall medisinerte barn i Hordaland og Buskerud er eksempel på dette, hevder Fugelli. Buskerud, med overlege Pål Zeiner i spissen, har lenge vært trendsettere innen fagmiljøet, og gikk på et tidlig tidspunkt inn for en offensiv linje med hensyn til medikamentell behandling av barn og unge med ADHD-symptomer. Resultatet av denne offensive linjen kan, i følge Fugelli, leses i Apotekerforeningens bransjerapport for 2005.

6.1 Oppsummerende betraktninger

Utgangspunktet for dette prosjektet var, som beskrevet i Kap 1, en uro som følge av den dramatiske utviklingen i bruk av ADHD-diagnosen. Fig 1-3 viste en epidemiliknende utvikling i antall ukonsentrerte, impulsive og hyperaktive barn og unge vurdert å ha diagnosen ADHD, og som følge av dette også en akselererende utvikling i bruk av sentralstimulerende legemidler til denne gruppen. Dette fikk meg til å stille spørsmålet: Hvorfor. Hva er grunnen til at stadig flere av barn og unges atferdsvanskeligheter blir imøtekommet med bokstavdiagnoser og sentralstimulerende legemidler?

Etter å ha undersøkt dette forholdet nærmere ble det klart at mye av den debatten som i dag finnes rundt ADHD-diagnosen dreier seg om ulike måter å se, forstå og tolke barn og unges atferdsvanskeligheter. De medisinske fagmiljøene har en tendens til å vurdere atferdsavvik som en slags ”feil” inne i individet, og rette fokus mot å finne og behandle eventuelle ”feilkoplinger”. De samfunnsvitenskapelige eller sosialorienterte fagmiljøene vurderer atferdsavvik mer i et systemperspektiv. Ut fra denne forståelsesrammen er konteksten atferden opptrer i det sentrale, både for forståelsen av fenomenet og for igangsetting av tiltak.

Uenighet i måten å forstå, vurdere og behandle atferdsavvik er imidlertid ikke noe nytt fenomen, verken i medisinen eller i samfunnsvitenskapen. Å fordype seg i denne typen problematikk alene ville derfor ikke bidra til å fremsette noen ny kunnskap om ADHD-tilstanden og dens utvikling de senere årene, bare hjelpe til med å klargjøre problemområdet.

For å forsøke å vinne ny kunnskap valgte jeg derfor å rette fokuset mot selve diagnosen: Tilfredsstill diagnosen, slik den i dag benyttes av medisinsk fagpersonell, vitenskapelige krav til validitet og reliabilitet, slik at så alvorlige tiltak som å gi sentralstimulerende legemidler til barn og unge kan forsvares? Målet med denne vurderingen var å finne frem til kunnskap om selve diagnosens betydning for ADHD-utviklingen de senere årene.

Som følge av dette spørsmålet er det i denne masteroppgaven stilt kritiske spørsmål til ADHD-diagnosen og den diagnostiske praksis som i dag bedrives overfor barn og unge med ukonsentrert, impulsiv og hyperaktiv atferd. Det er påpekt vesentlige svakheter ved diagnosens validitet og reliabilitet, og forsøkt klargjort på hvilke måter disse svakhetene vanskeliggjør en ensartet diagnostisk praksis i møtet med problematferd av den art som innbefattes i diagnosekategorien ADHD. Det er også stilt kritiske spørsmål til holdbarheten i påstanden om at ytterligere 2,5 % av barne- og ungdomsbefolkningen bør gis denne diagnosen.

Da det i utgangspunktet var en kritisk holdning som førte meg inn i dette prosjektet, valgte jeg *kritisk teori* som teoretisk referanseramme for mitt arbeid. Denne referanserammen har betydd at jeg har forsøkt å vurdere ADHD-diagnosen i lys av den ideologi eller tenkemåte som ligger til grunn for den medisinske forståelsen av tilstanden, og at jeg har forsøkt å stille spørsmålstegn ved om den ”diagnostiske virkeligheten” som omgir oss er så selvfølgelig og udiskutabel som det kan virke som. I dette arbeidet har jeg beveget meg i grenselandet mellom medisin og vitenskap, og har forsøkt å fremsette argumenter som finner gjenklang i begge leire. Da det er den medisinske virkeligheten jeg har ønsket å stille spørsmålstegn ved, har jeg forsøkt å fremsette min kritikk i et språk som både har medisinsk og vitenskapelig gyldighet.

6.1.1 Interne betraktninger

Den kritiske vurderingen er fremsatt på et internt og et eksternt nivå. Den interne kritikken har rettet fokus mot selve diagnosen, og har lagt vekt på å vurdere ADHD-diagnosens kvalitet i lys av vitenskapelige krav til validitet og reliabilitet.

En vesentlig svakhet ved ADHD-diagnosen, jf drøftingen i Kap 4, er at det ikke går tydelig nok frem hvem som faller inn under diagnosekategorien. Med operasjonaliserte kriterier eller definisjoner basert på termer som ”ofte”, ”mye”, ”har vansker med” og ”upassende” blir det

glidende overganger mellom hva som til en hver tid oppfattes som ”normal” og ”unormal” atferd, og tilstanden slik veldig ”sårbar” og lett påvirkelig for press fra sterke interessegrupper (jf Fugelli). Dette forsterkes ytterligere av at det ikke er klar kunnskap om årsaker til tilstanden, og at det per i dag ikke finnes tester eller medisinske undersøkelser som kan påvise tilstanden hos de aktuelle barna eller ungdommene man mener er rammet. Resultatet av slike svakheter, kombinert med et massivt fokus på ADHD tilstanden de senere årene, vurderes derfor i denne masteroppgaven å være av betydning for ADHD-utviklingen de senere årene. Her trengs imidlertid mer kunnskap, og flere vitenskapelige undersøkelser som kan underbygge påstanden.

For å imøtekomme denne typen problematikk trengs bedre operasjonaliserte kriterier eller definisjoner av tilstanden, basert på sikker kunnskap om årsak, prognose, forløp og behandling. Per i dag synes imidlertid mye av den kunnskap som finnes om ADHD-tilstanden å være mangelfull og svært usikker.

6.1.2 Eksterne betraktninger

Den eksterne kritikken har mer vært en *ideologikritikk* eller *paradigmekritikk*. Her har fokus vært rettet mot de forutsetninger som ligger til grunn for dagens diagnostiske praksis, og mot den referanseramme ADHD-diagnosen er blitt til innenfor.

I Kap 5 ble det redegjort for hvordan ADHD-diagnosen har utviklet seg innenfor et biologisk forståelsesparadigme. Ukonsentrert, impulsiv og hyperaktiv atferd blir etter dette vurdert å være en slags ”feil” inne i individet som system, og balanse forsøkt gjenopprettet gjennom kjemisk inngripen. At man er på rett spor i forståelsen og inngripen i barnets ”avvik” eller ”sykdom”, vurderes vitenskapelig blant annet gjennom å undersøke om medisineringen virker. Dempes kjernesymptomene (problematferden), vurderes dette å være en bekreftelse på at behandlingen er vellykket og at barnet er blitt ”friskere”. Men er en slik biologisk tolkning av problematferd den mest hensiktsmessige måten å forstå, imøtekomme og behandle barn og unges atferdsuttrykk, eller trengs det på dette fagområdet en endring i den forståelsesramme vi plasserer problemet innenfor? I denne masteroppgaven er det blitt argumentert for at svaret på dette spørsmålet er *ja*.

Et alternativ til det biologiske forståelsesparadigme som i dag preger store deler av psykiatrien, er en mer kontekstuell eller systemfokuserende forståelsesramme. I stedet for å

forstå ADHD-atferd isolert som resultat av nevrologiske feilprosesser, vil da systemet barnet eller ungdommen er en del av være av størst betydning for hvordan atferdsvansken blir forstått og behandlet. Miljø og systemrettede tiltak vil imidlertid ofte være mer omfattende og mer ressurskrevende enn medikamentell behandling, og kreve at det er miljøene og systemene rundt barnet eller ungdommen som må vise evne til å forandre seg.

6.2 Avsluttende betraktninger

Når det gjelder langtidsbivirkninger etter bruk av sentralstimulerende legemidler er dokumentasjonen i følge SINTEFs rapport ”Nasjonal kartlegging av diagnostisering og helhetlig behandling av barn og unge med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD”, lite belyst og dokumentert (SINTEF 2004). Mange har derfor den senere tid begynt å stille kritiske spørsmål til den stadig økende tendensen til å medisiner barn og unges atferdsvanskeligheter. Farmasøyt Elsa Wendel Adalbéron skriver i den forbindelse: ”Mens korttidsvirkningen av Ritalin kan synes å være som et slags tryllemiddel som gjør bråkete unger rolige, er langtidsbivirkningene desto mer alvorlige og uoversiktlige” (Adalbéron 2005, s. 12). Før mer omfattende dokumentasjon foreligger, synes derfor en *føre var* holdning å være klok i forhold til medisinering av barn og unge i stor skala. Tendensene i dagens praksis synes imidlertid å være preget av det motsatte.

Barn og unge med ukonsentrert, impulsiv og hyperaktiv atferd kan være en utfordrende gruppe å jobbe med. Mange fagpersoner kan derfor føle seg ganske maktesløse i møte med denne typen atferdsvanskeligheter, og behovet for effektive behandlingstiltak er stort. Hjelpeapparatets utfordring i denne sammenheng er at problematferden disse barna eller ungdommene viser ikke blir mindre eller forsvinner fordi om kriteriene for ADHD-diagnosen strammes inn eller fordi om en *føre var* holdningen innføres i forhold til bruk av sentralstimulerende legemidler. Behovet for utvikling av, og ressurser til effektive og mer systemrettede behandlingstiltak vil derfor være stort i tiden fremover. Politisk må det også være vilje til å vurdere om det skolesystemet vi i dag har er hensiktsmessig og tilpasset mangfoldet i barne- og ungdomsbefolkningen, eller om det også på denne arenaen trengs en mer grunnleggende gjennomgang av *enhetskolen* som system.

(...) situasjonen er at vi har en sterkt økende mengde gutter og etter hvert også jenter som blir diagnostisert og medisinert. Kulturen har alltid straffet barn med asosial atferd hardt – og i dag ser vi at medisinering i tiltagende grad inngår som et ledd i vår kulturs måte å disiplinere atferd på. Dette får sitt mest tydelige uttrykk ved dagens ungdomsinstitusjoner, i fengsler og blant narkomane – der svært mange ulykkelige omsorgssviktede og krenkede mennesker blir medisinert og diagnostisert ADHD. Og bør vi ikke spørre oss selv som psykologer hva slags makter vi er på lag med, når vi hører disse barna, ungdommer og voksne fortelle om en oppvekst i omsorgssvikt, vold, alkoholisme, angst og utrygghet og til slutt konkludere med at: "Du skjønner, jeg lider av ADHD (Løkke 2006, s. 3)

Litteraturhenvisninger

- Adalberon, E. W. (2005). *Alt du ikke får vite om ADHD og Ritalin*. Kristiansand: Eget forlag.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (1994). Kritisk teori. I: *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. (s. 117-222). Göteborg og Stockholm: Studentlitteratur.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (10 Supplement), 085S-121S.
- Barkley, M. L. (2002). International consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review* 5(2), 89-111.
- Baughman, F. A. Jr. (1998) *The totality of the ADD/ADHD fraud*. Lastet ned september 8., 2006, fra: <http://www.adhdfraud.com>.
- Bentall, R. (1999). Why there will never be a convincing theory of schizophrenia. In: Rose, S., *From brains to consciousness*. London: Penguin Books.
- Breggin, P. R. (1999). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD. Part II – Adverse effects on brain and behaviour. *Ethical Human Sciences and Services* no1: 230.
- Breggin, P. R. (2002). *The stimulant Fact Book*. Cambridge, MA: Preseus Books.
- Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T. (2005). Impulsive børn. I: *Klinisk børne psykologi. Udvikling på afveje* (s. 249-270). København: Hans Reitzels forlag.
- Bryhn, G. (2004). AD/AD-utredning, diagnostikk og behandling. I: Strand, G., *AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Carey, W. B. (2002). Is ADHD a valid disorder? In: Jensen, P. S., & Cooper, J. R. (eds), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: State of the Science. Best Practices*. Kingston, NJ: Civic Reserch Institute.
- Cohen, D. (2006). Critiques of the “ADHD” enterprise. In: Lloyd, G., Stead, J. & Cohen, D. (eds). *Critical New Perspectives on ADHD*. (s. 12-22). London and New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Cook, T. D. & Campbell D.T. (1979). *Quasi-Experimentation. Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mufflin Company.
- Damm, D. & Thomsen, P. H. (2006). *Om børn og unge med ADHD*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ekeland, T-J. (2001) Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs. *Fokus* Vol. 29, 308-323.

- Ekeland, T.-J. (2003). Ein diagnose av diagnosar i psykiatrien. *Impuls* nr. 1, 56-64. Ekeland, T.-J. (2006). *Biologi som ideologi*: artikkel. Lastet ned januar 15., 2007, fra: <http://www.mentalhelse.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=7703>.
- Fagerland, T. (1999). Makta ikler seg kunnskap som språk. *Sykepleien* nr. 18. Lastet ned desember 12., 2006, fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=416>.
- Foucault, M. (1973). *Galskapens historie*. Oslo: Gyldendal norske forlag.
- Fugelli (2006, 27. mars). Her er pilleøkningen størst. *TV2.Nettavisen*. Lastet ned mars 26., 2007, fra: <http://pub.tv2.no/nettavisen/side2/helse/article570853.ece>.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Habermas, J. (1969). Erkjennelse og interesse. I: *Vitenskap som ideologi* (3-17). Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Habermas, J. (1984). *The theory of communicative action*. Vol. 1 and 2. Cambridge: Beacon Press.
- Hjortdahl, S. & Høye, P. (2002). ”Ny vidunderpille!” – hva skriver norske aviser om nye legemidler? *Tidsskrift for den norske lægeforening* nr. 17. 122:1671-6. Lastet ned oktober 4., 2006, fra: http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=567600.
- Idås, E. (2006). Urovekkende utvikling rundt ADHD? *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening* nr. 3. Lastet ned januar 17., 2007, fra: <http://www.psykologforeningen.no/default.aspx?did=9092404&title=Urovekkende+utvikling+rundt+ADHD?>
- Jodd, C. M., Smith, E. R. & Kidder, L. H. (1991). *Research Methods in Social Relations*. 6th edition. Florida, USA: Holt Rinehart and Winston.
- Kirk, S. A. & Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM. The rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine de Gruyter.
- Kleven, T. A. (2002). Begrepsoperasjonalisering. I: Lund, T. (red), *Innføring i forskningsmetodologi*. (s. 141-184). Oslo: Unipub forlag.
- Kolstø, A. (1997). *Reliabilitet: Kan verktøyet brukes som måleinstrument?* Lastet ned desember 12., 2006, fra: <http://www.humancontent.com/pdf/HC-Om-Reliabilitet.pdf>.
- Korneliussen, S. O. (2006). *A drug looking for a market*. Lastet ned oktober 4., 2006, fra: <http://www.netseklikk.no/20060419/92106.html>.
- Kuhn, T. (1979). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago, University of Chicago Press.
- Kunnskapsdepartementet (KD) (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa*

- (*opplæringslova*). Lastet ned mai 8., 2007, fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/kd/td-20060623-0724-004.html>
- Kvernbekk, T. (2002). Vitenskapsteoretiske perspektiver. I: Lund, T. (red), *Innføring i forskningsmetodologi*. (s. 19-78). Oslo: Unipub forlag.
- Lorentzen, J. (2006, 6. februar). Medisinsk heksejakt på barn: artikkel. *Klassekampen*. Lastet ned oktober 6., 2006, fra: http://.skk.uio.no/formidling/KK_kronikker/heksejakt.html.
- Lund, T. (2002). Metodologiske prinsipper og referanserammer. I: Lund, T. (red), *Innføring i forskningsmetodologi*. (s. 79-124). Oslo: Unipub forlag.
- Lund, T. (2002). Generaliseringsproblematikk. I: I: Lund, T. (red), *Innføring i forskningsmetodologi*. (s. 125-139). Oslo: Unipub forlag.
- Løkke, P. A. (2006). ADHD-epidemien i det biomedisinske paradigmet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* nr. 3. Lastet ned januar 17., 2006, fra: <http://www.psykologforeningen.no/default.aspx?did=9092427&title=ADHD-epidemien+og+det+biomedisinske+paradigmet>.
- Løkke, P. A. (mars 10., 2006). Medisinering av barn: artikkel. *Dagbladet*. Lastet ned mars 7., 2007, fra: <http://www.dagbladet.no/kultur/2006/03/10/460231.html>.
- Løvaas, E. K. (2006). *Urovekkende om AD/HD*. Lastet ned august 25., 2006, fra: <http://www.adhd-foreningen.no/litteratur/urovekkende%20EvaKL.htm>.
- Maddux, J. E. (2003). Stopping the madness. *Impuls* nr. 1, 10-21.
- National Institutes of Health (1998). *Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder*. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement nov. 16-18.
- Norges Apotekerforening (NAF) (2005). *Utviklingstrekk for forbruk av ADHD-medisiner*. Lastet ned august 21., 2006, fra: <http://www.apotek.no/sw16291.asp>.
- Rapport fra Gjennombruddsprosjekt Psykiatri (2003-2004). *ADHD – Forbedre utredning, diagnostikk og behandling*. Hammer, L. & Torp, A. S. (red). Den norske lægeforening. Lastet ned august 21., 2006, fra: http://www.medisinstudent.no/asset/29123/1/29123_1.doc.
- Rognes, W. (2003). Klassifikasjonssystemer og diagnostisk praksis. *Impuls* nr. 1, 36-49.
- Rønhovde, L. I. (2004). *Kan de ikke bare ta seg sammen. Om barn og unge med ADHD og Tourette syndrom*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Sagvolden, T. & Zeiner, P. (februar 28., 2006). Fakta om ADHD: kronikk. *Aftenposten*. Lastet ned oktober 12., 2006, fra: <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/article1236767.ece>.

- Shea, S.F. m.fl. (2000). Pathology in the Hundred Acre Wood: A Neurodevelopmental Perspective on A. A. *Canadian Medical Association Journal* no 12, 1557f.
- SINTEF Rapport (2004). *Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD*. Lastet ned august 21., 2006, fra: <http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/STF78A045012%20-%20Nasjonal%20kartlegging%20ADHD.pdf>.
- Skjervheim, H. (1976). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Tanum-Norli.
- Skjervheim, H. (1992). *Filosofi og dømmekraft*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Sosial- og helsedirektoratet (Shdir) (2006). *Veileder for diagnostisering og behandling av AD/HD*. Lastet ned august 8., 2006, fra: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00006/IS-1244NY_6901a.pdf.
- Sosialdepartementet (SD) (1978). *Forskrift om narkotika m.v. (Narkotikalist)*. Lastet ned mai 11., 2007, fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/to-19780630-0008-0.html>.
- Stortingets spørretime (mars 15., 2006). Lastet ned august 21., 2006, fra: <http://www.stortinget.no/stid/2005/s060315-01.html>.
- Sørbø, J. I. (2003). Hans Skjervheim og psykologifaget. *Impuls* nr. 1, 92-94.
- Tranøy, J. (2003). Diagnostisering av problematferd i skolen, et feilspor? *Impuls* nr. 1, 70-73.
- Ueland, R. (2003). Fellende dommer og selvoppfyllende profetier. *Impuls* nr. 1, 51-55.
- Ulleberg, H. P. (2002). *Frankfurtskolen og kritisk teori*. Lastet ned desember 12., 2006, fra: <http://www.sv.ntnu.no/ped/hans.petter.ulleberg/tine.htm>.
- WHO (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization.
- Zeiner, P. (2004). ADHD – en oversikt. I: Zeiner (red), *Om barn og unge med ADHD*. (s. 18-71). Oslo: Tell forlag.